

2m 11. 2690.9

Université de Montréal

Les recours et les séquences thérapeutiques chez les personnes se percevant gravement
malades au Mali

Par

Sophie Dupéré

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Janvier, 1999

© Sophie Dupéré, 1999

1999

WY

5

U58

1999

V.017

Université de Montréal

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières
Société Infirmières
FAC

Mémoire présenté à l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en sciences infirmières (M.Sc.)
à la suite d'études de troisième cycle

1999

1999

1999

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Les recours et les séquences thérapeutiques chez les personnes se percevant gravement malades
au Mali

Présenté par
Sophie Dupéré

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Président du jury:	Raynald Pineault, département de médecine sociale et préventive
Membre du jury:	Suzanne Kérouac, faculté des sciences infirmières
Co-directeur:	Pierre Fournier, département de médecine sociale et préventive
Directrice:	Bilkis Vissandjée, faculté des sciences infirmières

Mémoire accepté le:
16 juin, 1999



Sommaire

Bien que les efforts se multiplient à travers le monde pour renforcer l'offre et l'accessibilité des services de santé, dans plusieurs pays en développement, il règne encore une couverture sanitaire insuffisante pour répondre aux besoins des populations. Au Mali seulement 30 % de la population aurait accès aux services de santé modernes. Ce taux, dans un contexte où plusieurs types de recours thérapeutiques se multiplient et co-existent, signale une faible prise en charge de la maladie par le système de santé moderne malien .

Bien que le phénomène de l'utilisation des services de santé a largement été étudié et qu'une bonne connaissance générale des différents facteurs associés aux choix thérapeutiques dans les pays en développement est disponible, il n'y a pas encore de consensus quant à la nature des liens et l'importance relative de chacun de ces facteurs. De plus, aucune étude, à notre connaissance ne s'est penchée spécifiquement sur les recours et les séquences thérapeutiques des personnes gravement malades, ou qui se perçoivent gravement malades. Plusieurs questions persistent donc quant aux barrières géographiques, culturelles et financières qui limitent l'accès aux services de santé modernes.

L'étude proposée, par le biais d'analyses secondaires, se penchera sur les facteurs associés aux recours thérapeutiques et les facteurs associés aux séquences thérapeutiques effectuées par les personnes se percevant gravement malades. Les modèles de Kroeger (1983) et de Fournier et Haddad (1992) ont servi à créer le cadre de l'étude.

Les résultats de cette étude contribuent à une meilleure connaissance des comportements des personnes se percevant gravement malades et des facteurs associés aux recours choisis et aux séquences thérapeutiques effectuées par ces derniers. Par rapport aux recours thérapeutiques, nous avons trouvé que le recours au praticien traditionnel et l'abstention thérapeutique sont des recours minoritaires chez les personnes se percevant gravement malades. Tandis que l'auto-traitement est un recours d'importance égale aux

services de santé modernes publics. En ce qui a trait aux caractéristiques associées aux recours thérapeutiques, nous avons retrouvées des associations significatives avec l'âge, l'éducation, la profession du chef de famille, la nature des plaintes et le site.

À la lumière des résultats de cette étude, des recommandations ont été formulées pour améliorer la prise en charge du système de santé moderne des personnes se percevant gravement malades. Ce problème revêt un caractère important pour les infirmiers et les infirmières qui se situent au coeur des services de santé modernes et qui sont appelés à participer davantage à l'élaboration et à l'implantation de politiques socio-sanitaires cohérentes visant l'amélioration des services de santé moderne.

Table des Matières

Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xii
Remerciements.....	xiii
Liste des abréviations.....	xiv
Problème.....	1
Justification du choix de la population-cible.....	5
Cadre de référence de l'étude.....	7
Pertinence de l'étude.....	8
Recension des écrits.....	10
Première partie.....	11
Les contextes des pays en développement (PED).....	11
Deuxième partie.....	13
Caractéristiques des sujets.....	16
L'âge.....	16
Le genre.....	17
L'ethnie et la religion.....	18
Le lieu de résidence.....	18
L'éducation.....	19
Le statut socio-économique/revenu.....	20
Le ménage.....	21
Le chef de ménage.....	21
Caractéristiques de la maladie	22
La nature de la maladie.....	22
Caractéristiques des services tels que perçus par les individus.....	23
L'accessibilité financière et/ou le coût.....	23
L'accessibilité géographique.....	23
L'efficacité attendue des recours thérapeutiques.....	24

La qualité perçue.....	25
Troisième partie.....	26
Les séquences thérapeutiques.....	26
La diversité des études sur le sujet.....	28
Quatrième partie.....	30
Cadre de l'étude.....	33
Buts de l'étude.....	37
Questions de recherche.....	37
Méthode.....	38
Devis de recherche.....	39
Description de l'étude "parente".....	39
Description des milieux.....	40
Brève présentation du Mali:	40
Système de santé.	41
Les milieux d'enquête:.....	41
Sujets de l'étude.....	42
Le plan d'échantillonnage:.....	42
Description de l'échantillon de l'étude parente.	43
Description de l'échantillon des personnes se percevant gravement malades.....	43
Définition opérationnelle des variables.....	44
Les variables dépendantes.....	44
Les variables indépendantes.....	46
Instrument de collecte de données.....	47
Analyses statistiques.....	47
Limites méthodologiques.....	48
Considérations éthiques.....	49
Présentation des résultats.....	50
Statistiques descriptives.....	51

Description de l'échantillon.....	51
Les caractéristiques socio-démographiques des PPGM.....	51
Les caractéristiques des ménages.	53
Les caractéristiques de la maladie.....	54
Les types de recours thérapeutiques.....	56
Les fréquences des types de recours:.....	56
Les types de recours à l'intérieur des séquences thérapeutiques.....	56
Les Transitions.....	58
Regroupement général:	58
Regroupement spécifique:	59
Analyses bivariées.....	62
Les facteurs associés aux types de recours thérapeutiques.....	62
Les caractéristiques socio-démographiques des PPGM:.....	62
Les caractéristiques du ménage associées aux recours thérapeutiques:.....	64
Les caractéristiques de la maladie associées aux types de recours thérapeutiques:.....	65
Synthèse selon les différents types de recours thérapeutiques.....	67
L'abstention thérapeutique (ABT):.....	67
L'auto-traitement (AT):	67
Le praticien traditionnel (PT).....	68
Les services de santé modernes publics (SSMPU).....	68
Les services de santé modernes privés (SSMPR).....	69
Les facteurs associés aux transitions.....	70
Les caractéristiques socio-démographiques des PPGM:	70
Les caractéristiques du ménage.....	71
Les caractéristiques de la maladie.....	73

Synthèse selon les différentes transitions effectuées.....	75
Les PPGM qui n'ont fait aucun recours.....	75
Les PPGM qui se sont soignées seules.....	75
Les PPGM qui ont uniquement consulté un praticien.....	75
Les PPGM qui ne sont jamais allées aux SSMPU.....	76
Les PPGM qui ont été fidèles à un seul recours.....	76
Discussion.....	77
Première Partie.....	78
Les facteurs associés à chacun des types de recours thérapeutiques (ou transition).....	78
L'abstention thérapeutique (ABT).....	78
L'auto-traitement (AT).....	81
Services de santé modernes publics (SSMPU).....	84
Les services de santé modernes privés (SSMPR).....	87
Le praticien traditionnel (PT).....	88
Deuxième partie.....	89
Regard global sur les transitions effectuées par les PPGM.....	89
Regard spécifique sur les transitions effectuées par les PPGM: la place de SSMPU dans les transitions.....	91
SSMPU vers PT.....	91
SSMPU vers SSMPR.....	91
AT vers SSMPU.....	92
Autres transitions intéressantes d'un point de vue théorique.....	92
Les PPGM qui n'ont jamais consulté les SSMPU.....	92
Troisième partie.....	93
Biais et limites.....	93
Conclusions et Recommandations.....	94
Certains constats généraux par rapport aux recours thérapeutiques choisis par les PPGM.....	95

Certains constats généraux par rapport aux déterminants des recours thérapeutiques.....	95
Recommandations.....	96
Éducation des non-professionnels.....	96
Les SSMPU.....	97
Au niveau méthodologique.....	98
Références.....	100
Appendice A: Le modèle de Kroeger (1983).....	111
Appendice B: Le modèle de Fournier et Haddad (1992).....	112

Liste des tableaux

Tableau 1:	La gravité de la maladie et le type de recours thérapeutique	14
Tableau 2:	L'âge et le type de recours thérapeutique choisi.....	16
Tableau 3:	Le genre et le type de recours thérapeutique choisi.....	17
Tableau 4:	L'ethnie et/ou la religion et le type de recours thérapeutique choisi....	18
Tableau 5:	Le lieu de résidence et le type de recours thérapeutique choisi	18
Tableau 6:	L'éducation et le type de recours thérapeutique choisi.....	19
Tableau 7:	Le statut socio-économique et/ou le revenu et le type de recours thérapeutique choisi.....	20
Tableau 8:	La taille du ménage et le recours thérapeutique choisi	21
Tableau 9:	Le chef du ménage et le choix du recours thérapeutique.....	21
Tableau 10:	La nature de la maladie et le type de recours thérapeutique	22
Tableau 11:	L'accessibilité financière et/ou le coût et le type de recours thérapeutique choisi.....	23
Tableau 12:	L'accessibilité géographique et le type de recours thérapeutique choisi.	23
Tableau 13:	L'efficacité attendue des recours thérapeutiques et le type de recours thérapeutique choisi.....	24
Tableau 14:	La qualité perçue et le type de recours thérapeutique choisi.....	25
Tableau 15:	Les composantes de la qualité perçue.....	25
Tableau 16:	Les positions des types de recours dans la séquence thérapeutique.....	26
Tableau 17:	Les caractéristiques des milieux de l'étude.....	42
Tableau 18:	Répartition des personnes malades de l'étude parente et des PPGM selon les sites.....	43
Tableau 19	Distribution des caractéristiques socio-démographiques des PPGM par sites.....	52
Tableau 20	Distribution des caractéristiques des ménages des PPGM par sites (N)..	54
Tableau 21	Distribution des plaintes exprimées par les PPGM	55
Tableau 22	Distribution des plaintes exprimées par les PPGM par sites.....	55

Tableau 23	Distribution des recours thérapeutiques lors des épisodes de maladie par les PPGM.....	57
Tableau 24	Distribution des PPGM qui ont utilisé au moins une fois chacun des types de recours thérapeutiques.....	58
Tableau 25	Distribution générale des transitions effectuées par les PPGM (fréquence totales des transitions).....	58
Tableau 26	Distribution générale des transitions effectuées par les PPGM (fréquences des transitions relatives aux passages du premier recours vers le deuxième recours).....	59
Tableau 27	Distribution spécifique des transitions effectuées par les PPGM (fréquences totales des transitions).....	60
Tableau 28	Distribution spécifique des transitions effectuées par les PPGM (fréquences des transitions relatives aux passages du premier recours vers le deuxième recours).....	61
Tableau 29	Distribution spécifique des transitions effectuées par les PPGM (fréquences des transitions relatives aux recours qui ont précédé le deuxième recours).....	61
Tableau 30	Les caractéristiques socio-démographiques associées à chacun des types de recours thérapeutiques choisis à un moment donné durant l'épisode de maladie.....	63
Tableau 31	Les caractéristiques du ménages des PPGM associées aux types de recours thérapeutiques.....	64
Tableau 32	Les caractéristiques de la maladies associées à chacune des options thérapeutiques choisies à un moment donné durant l'épisode de maladie.....	66
Tableau 33	Les raisons associées à chacun des types de recours thérapeutiques.....	69
Tableau 34	Les caractéristiques socio-démographiques associées à chacune des transitions.....	70
Tableau 35	Les caractéristiques du ménages des PPGM associées aux transitions...	71

Tableau 36	Les caractéristiques de la maladies associées à chacune des transitions.....	73
Tableau 37	Les caractéristiques des recours telles que perçues par les PPGM.....	74

Liste des figures

Figure 1:	Schéma des variables à l'étude inspiré des modèles de Kroeger (1983) et de Fournier et Haddad (1992).....	36
-----------	---	----

Remerciements

Je désire remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, je remercie de tout coeur mes directeurs Bilkis Vissandjée et Pierre Fournier pour le soutien qu'ils m'ont fourni tout au long de ce travail. Leur rigueur constante et leur ouverture d'esprit m'ont servi d'inspiration et de motivation pour mener à terme ce projet.

Je remercie les membres de mon jury M Raynald Pineault et Mme Suzanne Kérouac pour leurs précieux commentaires ainsi que Jocelyn Bisson qui m'a aidé et conseillé lors de l'analyse statistiques des données.

Des remerciements s'adressent à mes parents pour leur encouragements continus et leur aide inconditionnelle pour assurer mon éducation. Je tiens également à remercier Cauchy pour son soutien et sa confiance en moi, il a été une source inestimable de motivation tout au long de ce processus.

Finalement mes remerciements vont à mes amies et collègues de travail pour leur soutien, leur écoute et leurs précieux commentaires: Caroline Longpré, Isabel Castro, Michelle McGregor, Marilyn Aita, Nima Machouf, Alain Biron, Laeticia Aitachimi, et Caroline Tourigny.

Liste des abréviations

ABT:	Abstention thérapeutique
ACDI:	Agence canadienne de développement international
ACSP:	Association canadienne de santé publique
AIIC:	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AT:	Autotraitement
CII:	Conseil international des infirmières
OMS:	Organisation mondiale de la santé
MT:	Médecine traditionnelle
PED:	Pays en développement
PIB:	Produit intérieur brut
PPGM:	Personnes se percevant gravement malades
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le développement
PT:	Praticien traditionnel
SSM:	Services de santé modernes
SSMPR:	Services de santé modernes privés
SSMPU:	Services de santé modernes publics
SSP:	Soins de santé primaires

Problème

L'organisation mondiale de la santé (O.M.S.), en 1978, par sa politique de soins de santé primaires (SSP) indiquait la nécessité de développer, à travers le monde, des services de santé modernes pour en améliorer l'accessibilité afin de répondre à l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Cet objectif concerne les infirmières car celles-ci jouent un rôle primordial dans son instauration. En effet, l'OMS (1986) souligne que les SSP ne peuvent être envisagés sans l'adhésion de la profession infirmière, celle-ci ayant été identifiée comme essentielle à la stratégie des SSP, et particulièrement si elles sont bien préparées.

Au cours des dernières années, les efforts se sont multipliés à travers le monde pour renforcer l'offre des services de santé modernes, pour améliorer l'accessibilité à ces services et ainsi augmenter la couverture sanitaire. Cependant, dans plusieurs pays en développement (PED), règne encore une couverture sanitaire insuffisante pour répondre aux besoins des populations. Cela est notamment le cas au Mali où seulement 30 % de la population aurait accès aux services de santé modernes (UNICEF, 1995). Dans ce pays, bien qu'une demande à la hausse ait été observée ces dernières années, le taux annuel d'utilisation des services de santé modernes de type curatif demeure encore relativement faible, soit de 0,24 à 0,30 contacts par habitant par an (Ministère de la santé, Mali 1996). Ces résultats sont faibles si on les compare aux taux enregistrés dans les pays industrialisés, qui se situent entre cinq et sept contacts par habitant par an (Haddad, 1992). Comme le souligne Brunet- Jailly (1995), de faibles taux de consultations auprès des services de santé modernes publics de type curatif signalent qu'une faible partie de la pathologie est prise en charge par le système de santé. Ceci permet de prédire une prise en charge partagée des pathologies entre plusieurs types de recours thérapeutiques. Plusieurs recours thérapeutiques, autres que ceux auprès du système de santé moderne public, s'offrent en effet aux individus présentant un problème de santé dans les PED. Outre les services de santé modernes, les personnes malades peuvent tenter de se soigner en ayant recours à des pharmacies, à des praticiens traditionnels, à des vendeurs ambulants et autres (Fabrega 1980; Kleinman 1980; Lasker 1981; Young 1981; Durkin-Longley 1984; Hielscher & Sommerfeld 1985; Fosu, 1989; Subedi, 1989; Saueborn & al. 1989; Uyanga, 1983;

Kroeger, 1983; Subedi, 1989; Phillips, 1990; Haddad, 1992; Hunte & Sultana, 1992; Mcnee & al. 1995; Tembon, 1996; Vissandjée et al., 1997). Les différents contextes existant dans les PED se caractérisent par un enchevêtrement de systèmes et de sous-systèmes médicaux. La coexistence de ces systèmes et de ces sous-systèmes peut être opposée à la relative homogénéité des contextes des pays industrialisés (Phillips, 1990). Il est toutefois important de noter que les contextes des pays industrialisés se modifient de plus en plus avec le phénomène d'immigration (Massé, 1995).

Dans les PED, Abosede (1984), Brunet-Jailly (1995), Ferraz et al. (1996) et Calva (1996) font ressortir les avantages et les inconvénients de certaines alternatives thérapeutiques, entre autres l'automédication. Comme le souligne Bledsoe (1985), l'automédication peut devenir une pratique plutôt dangereuse lorsqu'il s'avère aussi facile de se procurer des médicaments qu'une bouteille de coca-cola. De plus, la vente des médicaments est souvent faite par un personnel qui a peu de compétence pharmaceutique et/ou qui ne prend pas le temps de donner des instructions appropriées. L'utilisation du mauvais médicament, d'un mauvais dosage et d'une période de prise du médicament trop courte sont des situations fréquentes et provoquent des effets dévastateurs sur la santé des individus.

Dans un contexte de "sous-utilisation" relative du système de santé moderne et, étant donné les impacts potentiellement néfastes de l'utilisation de certains recours thérapeutiques sur la santé des personnes, il devient important de se questionner sur les divers recours thérapeutiques qui sont disponibles et sur les facteurs qui sous-tendent leur choix. Ceci pourrait contribuer entre autres à améliorer les modalités de prise en charge du système de santé moderne.

Par ailleurs, si l'on considère la quantité des services de santé qui sont disponibles dans une région comme un reflet de l'offre, la demande serait alors la quantité des services demandés (utilisés) qui découlent de besoins de santé d'individus. Or, l'offre des services

de santé n'entraîne pas nécessairement une utilisation rationnelle des services (Phillips, 1990; Haddad, 1992; Massé, 1995). La clientèle visée par les services de santé modernes n'est donc pas toujours celle qui utilise les services. Ce ne sont pas, par conséquent, nécessairement les personnes ayant des maladies graves, ou les personnes qui se perçoivent gravement malades, qui consultent les services de santé modernes (Massé, 1995).

Les déterminants de l'utilisation des services de santé modernes ont largement été étudiés et ce, tant dans les PED que dans les pays industrialisés. Certaines études ont mis l'accent sur les différentes séquences des recours thérapeutiques des individus en cas de maladie et les motifs sous-jacents au choix de ces recours thérapeutiques. À cet effet, Mwabu (1986) s'est penché sur l'analyse des séquences thérapeutiques en Afrique, et indique que les individus ne réutilisent pas nécessairement les mêmes recours thérapeutiques aux différentes étapes de leur maladie. L'utilisation séquentielle et concomitante des différents recours thérapeutiques est très présente dans les PED et a été largement documentée (Subedi, 1989; Saueborn 1989; Caldwell & al., 1989; Wolffers, 1988; Hunte & Sultana 1992). Janzen (1987) cité par Hunte & Sultana (1992) qualifie le recours séquentiel et concomitant de "jonglage avec les alternatives thérapeutiques" tandis que d'autres y réfèrent comme un "magasinage de services" basé sur un processus "d'essais et erreurs" (Hielscher & Sommerfeld, 1985 ; Nitcher, 1980; Chen, 1981; Durkin-Longley; 1984). Cette utilisation est le reflet des préoccupations des individus de maximiser l'efficacité des traitements à recevoir dans un contexte où les diverses traditions médicales sont perçues comme complémentaires plutôt qu'en compétition (Young, 1981; Hielscher & al., 1985; Bibeau, 1985; Fosu, 1989; Hunte & al. 1992; Foster, 1977; Bhardwaj ; Subedi, 1989; Wolffers, 1988; Haddad, 1992). En effet, ce qui compte pour les individus présentant un problème de santé, c'est d'abord et avant tout de guérir et ce, d'une façon ou d'une autre (Annis, 1981). Les dispensateurs de soins n'ont alors qu'un contrôle marginal sur cette demande de services et sur les séquences thérapeutiques de leurs patients. Cette indépendance des utilisateurs en regard des prestataires de soins est une caractéristique particulière des PED (Mwabu, 1986; Saueborn, 1989; Young, 1981; Wolfers, 1988;

Haddad, 1992; Bibeau, 1985).

Justification du choix de la population-cible

Une connaissance générale des différents facteurs associés aux choix des recours thérapeutiques dans les PED est disponible. Toutefois, il n'y a pas encore de consensus quant à la nature des liens entre ces facteurs et les recours thérapeutiques et quant à l'importance relative de chacun de ces facteurs (Bailey & al., 1990). De plus, il n'y a pas d'études à notre connaissance qui examine l'importance de certains de ces facteurs parmi une population qui se perçoit gravement malade.

La gravité de la maladie a été étudiée en tant que facteur associé à l'utilisation des services de santé, plutôt que considérée comme critère de sélection d'une population à l'étude. L'étude proposée, examinera les comportements d'utilisation des personnes se percevant gravement malades (PPGM) et identifiera les facteurs associés au choix des recours thérapeutiques. Plusieurs questions se posent quant à cette population. Par exemple: lorsque la maladie est jugée grave, les gens sont-ils plus disposés à faire des efforts additionnels pour se traiter en surpassant les barrières financières, culturelles et géographiques comme le suggère Lasker (1981) et Stock (1983) ? Quels sont les facteurs associés au choix du recours thérapeutique lorsque l'on est gravement malade? Quels types de séquences thérapeutiques se dessinent alors? À quel moment les gens viennent-ils consulter les services de santé modernes publics ? Ont-ils fait d'autres types de recours thérapeutiques avant de venir consulter ? Les réponses à ces questions contribueront certainement à une meilleure prise en charge des PPGM pour qui les services de santé modernes publics peuvent être plus spécifiques.

En plus de ce besoin d'informations sur les comportements d'utilisation des services de santé modernes des PPGM, un autre argument en faveur du choix de cette population-cible, est l'impact de la gravité de la maladie sur le bien-être général du ménage. La revue

des écrits par Ell (1994) sur le soutien social, sur le réseau social et sur le “*coping*” dans le cas des maladies graves, fait ressortir les bienfaits du soutien social sur les taux de mortalité, de morbidité et sur l’observance au traitement. Une évidence systématique, issue des recherches portant sur les maladies graves, souligne que les ménages sont les premières sources de soutien, de soins et d’amour pour le patient (Ell, 1994). Lorsque la maladie est subite et grave, la famille risque d’être propulsée dans un état de crise affectant de façon dramatique les relations du couple et tout le système familial au complet. La famille, durant l’expérience d’une maladie grave, peut vivre également de l’épuisement émotionnel, un effort physique accru, de l’incertitude, la peur de la mort, des changements de rôles et de modes de vie (Ell, 1994; Altschuler, 1997). Reis (1990) cité par Ell (1994) pose l’hypothèse que plus le degré de sévérité est élevé, plus une cohésion familiale est nécessaire pour surpasser les circonstances stressantes.

Outre ce fardeau émotionnel qui pèse sur les ménages lorsqu’un des leurs est atteint d’une maladie grave, des écrits rapportent des impacts économiques importants pour les ménages (Covinsky et al., 1994). Saueborn et al. (1995, 1996 a-b) et Jayawardene (1993), se sont penchés sur les coûts économiques engendrés par l’expérience de la maladie d’un individu et concluent que la majorité des coûts sont encourus par les membres en santé des ménages. Dans le contexte malien, il s’avère de plus que la décision de recourir à un service relève souvent d’un membre sain du ménage ou d’un conseil familial (Coppo & al., 1992; Brunet-Jailly, 1993).

Les coûts engendrés par la quête de soins en cas de maladie sont de nature diverse, monétaires ou non, directs ou indirects. Les dépenses directes sont, par exemple, celles relatives aux traitements, aux transports du malade et aux honoraires des praticiens de la médecine traditionnelle ou des professionnels de la santé. Ces dépenses directes ne constituent qu’une composante du coût du traitement appliqué au problème de santé. Par ailleurs, les pertes de temps, soit le temps consacré au déplacement, aux périodes d’attentes et de consultation, ainsi que le manque à gagner, dû à l’arrêt des activités à but lucratif du

malade, ou des membres sains du ménage, constituent d'autres coûts, non monétaires, que les ménages doivent assumer (Haddad, 1992; Jayawardene, 1993; Saueborn et al., 1995, 1996 a-b, Tembon, 1996). Certains ménages ont plus de difficultés que d'autres à déployer des stratégies de "*coping*" pour répondre aux coûts de la maladie. Le facteur de la pauvreté mis à part, Saueborn et al. (1996 a) soulignent que le degré de gravité de la maladie, la composition du ménage (ex: l'âge des membres) et la taille des ménages sont des facteurs influençant l'aptitude à pouvoir faire face aux coûts des problèmes de santé. Saueborn et al. (1996b) rapportent également que les coûts financiers directs et indirects sont significativement plus élevés lorsque la maladie est perçue grave par le ménage. Saueborn et al. (1996 a) suggèrent que les ménages pauvres, de petites tailles et qui ont fait l'expérience récente d'une maladie grave soient considérés comme des ménages "à risque" et une cible prioritaire des services de santé et des politiques de santé.

La justification ultime du choix de la population-cible réside dans la nature et la raison d'être des services curatifs. En effet, les services de type curatif sont ceux qui sont destinés à guérir et à traiter les maladies. Lorsque les maladies sont graves ou perçues graves, l'urgence de l'action des professionnels de la santé ne devrait-elle pas être encore plus ressentie?

Cadre de référence de l'étude

Cette étude s'appuie sur deux modèles. Le premier est le cadre théorique développé par Kroeger (1983). Ce cadre théorique est un modèle dit "de déterminants", c'est-à-dire qui met l'accent sur les caractéristiques associées aux recours thérapeutiques (Haddad, 1992; Vissandjée, 1994). Cet auteur a intégré les résultats de recherches anthropologiques et socio-médicales, afin de développer un modèle spécifique d'utilisation des services de santé dans le contexte socio-culturel des PED. Tout en étant un modèle axé sur les déterminants et qui observe les recours de façon transversale, ce modèle reconnaît que ces différentes caractéristiques peuvent intervenir sur les choix des individus aux

différentes étapes de la maladie. Le modèle développé par Kroeger (1983) considère les différentes alternatives thérapeutiques et traduit ainsi davantage la réalité des recours thérapeutiques en PED (Haddad, 1992; Vissandjée, 1994). Le deuxième modèle est celui de Fournier et Haddad (1992). C'est un modèle séquentiel, qui est également spécifique au contexte des PED, et qui permet de lier les déterminants et les séquences du processus décisionnel des individus vivant un problème de santé.

En s'inspirant du modèle de déterminants de Kroeger (1983) et du modèle de Fournier et Haddad (1992), l'étude proposée examinera, dans un premier temps, les caractéristiques associées aux divers recours thérapeutiques des PPGM et, dans un deuxième temps, les séquences thérapeutiques adoptées par ces dernières. Il est important de mentionner que l'étude proposée ne tente pas de décrire le phénomène de recours thérapeutiques dans son ensemble, mais spécifiquement les recours thérapeutiques pour les PPGM au Mali.

Pertinence de l'étude

Chercher à mieux connaître et à comprendre les comportements d'utilisation des services de santé modernes, particulièrement des PPGM, s'inscrit dans les préoccupations des dispensateurs de services, des décideurs, des responsables sanitaires et des bailleurs de fonds. *Le plan décennal de développement sanitaire et social 1997-2006 du Mali* reconnaît que la mise en oeuvre des stratégies de développement du système de soins de santé dans un cadre plus global et intégré est un axe prioritaire des efforts à accomplir pour les dix années à venir. De plus, ce plan vise principalement, par sa politique sectorielle de santé à la population, à améliorer l'état de santé des populations, à étendre la couverture sanitaire et à rendre viable et performant le système de santé. De plus, considérant, d'une part, qu'aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur la population des PPGM et, d'autre part, la méconnaissance des caractéristiques associées aux choix des recours thérapeutiques et aux séquences thérapeutiques lors d'une situation de gravité de la maladie, l'étude

proposée revêt un caractère particulièrement important pour l'avancement des connaissances qui contribueront au développement d'interventions adaptées aux PPGM au Mali. Les résultats de cette étude guideront ainsi les planificateurs de politiques de santé, les gestionnaires et les prestataires de soins de santé vers une meilleure prise en charge des PPGM au Mali.

La problématique étudiée ici est particulièrement importante pour les infirmières et les infirmiers qui oeuvrent dans le domaine de la santé communautaire et de la santé publique. En effet, selon l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), les soins infirmiers visent principalement à promouvoir et préserver la santé des populations. Par ailleurs, un des postulats de base de la profession infirmière, tel que dicté par l'ACSP, est de savoir reconnaître les tendances de la société en matière de santé afin de participer adéquatement à l'élaboration de programmes et de politiques touchant la santé des populations. De plus, Martin (1984), Clarke, Beddome et Whyte (1993), tout comme l'ACSP (1990) soulignent l'importance pour les infirmières et infirmiers de développer et d'assumer des rôles tant au niveau professionnel, social que politique. Ils sont ainsi appelés à travailler de concert avec divers groupes: les collectivités, les autres professionnels, le secteur informel, le secteur privé et le gouvernement. Ils doivent démontrer un leadership suffisant pour participer à l'élaboration et à l'implantation de politiques socio-sanitaires cohérentes et afin d'améliorer les divers systèmes de santé dans lesquels ils sont appelés à oeuvrer.

Recension des écrits

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, aucune étude, à notre connaissance, ne s'est penchée sur les recours thérapeutiques en ayant comme population à l'étude, les PPGM. Toutefois, certaines études ont pris en considération le facteur "gravité" et ont examiné l'influence de ce dernier sur les recours thérapeutiques. La revue des écrits présentée ici fait le point sur l'état des connaissances concernant les recours thérapeutiques à des fins curatives chez les personnes malades vivant dans les PED. Cette revue des écrits permet de contextualiser les défis et la complexité de l'utilisation des services de santé dans les PED et de tirer des conclusions appropriées pour les PPGM. Les problèmes de santé mentale ainsi que les recours préventifs sont exclus de la recension des écrits, car des profils d'utilisation spécifiques et différents peuvent s'en dégager (Wolffers, 1988). Dans la première partie, nous exposons quelques traits caractéristiques des contextes des PED. Dans la deuxième partie, les résultats des études portant sur les différentes caractéristiques influençant les types de recours thérapeutiques sont examinés. Par la suite, une troisième partie rapporte les études qui se sont penchées sur les séquences thérapeutiques dans le temps. Finalement, dans la quatrième partie, nous faisons un bref aperçu des différents modèles d'utilisation des services de santé existants et nous discutons des raisons du choix des deux modèles conceptuels qui ont servi à élaborer le cadre de référence de cette étude.

Première partie

Les contextes des pays en développement (PED).

Les contextes des PED se distinguent par la co-existence de types de recours thérapeutiques diversifiés s'offrant aux individus présentant un problème de santé (Mwabu, 1988; Hielscher & Sommerfeld, 1985). Chacun de ces recours a son propre régime thérapeutique et offre, aux yeux des gens, des avantages et des inconvénients différents. Il s'agit là d'un pluralisme médical incontournable lors de la conduite d'études en PED (Phillips, 1990). Les types de recours thérapeutiques considérés varient d'une étude à l'autre. La majorité des auteurs prennent en considération les services de santé modernes

et les services de santé traditionnels¹ mais ne font pas de distinction quant aux différentes formes que peuvent prendre ces services. D'autres auteurs prennent en considération les différents types de recours thérapeutiques comme par exemple l'automédication (AM) et l'abstention thérapeutique (ABT), tandis que certains distinguent des catégories plus spécifiques entre les secteurs modernes publics et privés, ou encore font une distinction entre les types de professionnels plus qualifiés (tels les médecins), les professionnels moins qualifiés (tels les agents de santé communautaire) et les professionnels non qualifiés (tels les vendeurs itinérants). Une distinction devrait être faite également entre les divers types de praticiens traditionnels: les herboristes, les magiciens, les devins, les marabouts, les féticheurs et autres (Hielscher & al., 1985). De plus, l'automédication à l'aide de médicaments modernes devrait être différenciée de l'automédication traditionnelle celle-ci étant faite à base de remèdes "maisons" préparés avec les herbes locales (Abosedo, 1984; Coppo, 1992).

À part l'existence de systèmes médicaux pluralistes dans les PED, Haddad (1992) ayant jeté un regard d'ensemble sur les comportements d'utilisation des services de santé en PED, fait ressortir une deuxième caractéristique principale. Selon cet auteur, il y a une sous utilisation des services de santé modernes en regard des attentes des responsables sanitaires. En faisant référence aux normes d'utilisation que propose Gish (1990), qui estime que 3 à 4 contacts par habitant par an constitue une norme raisonnable, Haddad (1992) fait ressortir un continuum allant de 0.2 contacts pour les services de santé modernes publics au Sénégal (Unger et al., 1990) à 2.5 contacts pour l'Ethiopie (Kloos 1990). La sous-utilisation apparaît particulièrement fréquente en Afrique, tant dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains, où l'accessibilité des services de santé modernes est plus importante que dans les milieux ruraux. Il est à noter que la plupart des observations ne concernent que les services de santé modernes de sorte que nous ne pouvons pas parler de

1

Bien que les termes "médecine cosmopolitaine" et "médecine locale" seraient plus appropriés, nous allons utiliser plutôt les termes de la "médecine moderne" et de la "médecine traditionnelle" qui sont les plus couramment utilisés dans les écrits.

sous-utilisation des services en général puisqu'aucune donnée n'est disponible sur les services de la médecine traditionnelle (Phillips, 1990).

Une autre caractéristique particulière des contextes dans les PED est que les dispensateurs de soins n'ont qu'un contrôle marginal sur la demande de services et sur les itinéraires thérapeutiques de leurs patients. Cet élément est bien illustré dans l'étude de Mwabu (1986), qui s'étant penché sur l'analyse des séquences thérapeutiques au Kenya en Afrique, a montré que les individus ne réutilisent pas nécessairement les mêmes alternatives thérapeutiques aux différentes étapes de leur maladie. Les choix et les décisions individuelles vont ainsi régir l'utilisation des services de santé et, si les dispensateurs ne rencontrent pas les attentes des patients, ces derniers changeront aisément de dispensateurs de soins (Mwabu, 1986; Kroeger, 1983; Haddad, 1992). Cette utilisation des diverses ressources reflète les préoccupations des utilisateurs des services de maximiser l'efficacité du traitement reçu (Young, 1981; Hielscher & al., 1985). Il s'avère que les individus ne perçoivent pas nécessairement les dispensateurs de soins en terme d'opposition, mais plutôt en complémentarité (Haddad, 1992; Bibeau, 1985; Hielscher & al., 1985; Coppo & al., 1992; Chen, 1981). Cette indépendance des utilisateurs en regard des prestataires de soins est une caractéristique particulière des PED et de ce fait, des séquences thérapeutiques complexes et diversifiées en découlent. Nous reviendrons sur les séquences thérapeutiques dans la troisième partie de ce chapitre.

Deuxième partie

Bien que plusieurs études conduites en PED révèlent un éventail de variables influençant les comportements d'utilisation, une incompréhension persiste par rapport au pourquoi et au comment les services sont exactement utilisés par la population (Phillips, 1990) et ce, plus particulièrement pour la population-cible de cette étude soit les PPGM. Tel que mentionné précédemment, la gravité de la maladie a plutôt été étudiée en tant que facteur associé à l'utilisation des services de santé, sans pour autant se pencher directement

et exclusivement sur une population se percevant gravement malade. Les recours thérapeutiques varient selon la gravité de la maladie. Le tableau ci-dessous expose les tendances principales tirées des études ayant comparé les PPGM aux autres personnes se percevant peu ou pas gravement malades.

Tableau 1²La gravité de la maladie et le type de recours thérapeutique

Recours	association	Auteurs
SSM	positive	Benyoussef 1974; Lasker 1981; Durkin-Longley, 1984; Hielsher et Sommerfled 1985; Bhardwaj, 1986; Berman 1987; Wolffers, 1988; Saueborn, 1989; Kroeger, 1983; Henderson et al., 1994; Mc Nee et al., 1995; Develay, 1996
SSM-praticiens plus qualifiés	positive	Benyoussef 1974, Young, 1980; Lasker, 1981; Heller 1982, Saueborn 1989
AM	négative	Lasker, 1981; Saueborn 1989; Colson 1971; Bhardwaj 1986; Kroeger 1983; Coppo et coll. 1992; Jayawardene (1993)
ABT	négative	Colson 1971; Berman 1987; Bhardwaj et al. 1986; Saueborn 1989; Basu, 1990; Henderson et al. 1994; Winston et Patel, 1995
un ou des recours	aucune relation	Subedi (1989)

Saueborn (1989) rapporte que bien que les maladies graves sont en majorité traitées par un infirmier, presque la moitié de celles-ci sont traitées à l'intérieur du ménage. Une allocation financière plus importante est aussi investie lorsque la maladie est jugée grave (Saueborn et al., 1996; Coreil, 1983). Paradoxalement, si elle est jugée "désespérée", comme il en est souvent le cas pour le tétanos néonatal, aucune démarche n'est alors entreprise par les parents de l'enfant (Coreil, 1983). Une allocation financière moindre pour

2

Rappel des acronymes employés dans les tableaux: **ABT**: l'abstention thérapeutique, **AM** auto-médication, **AT**: l'auto-traitement, **MM** services de la santé modernes en général, **SSMpu**: les services de santé de la médecine modernes du secteur public; **SSMpr** les services de santé de la médecine modernes du secteur privé; **PT**: les services du praticien traditionnel.

les maladies en général a été signalée par Saueborn et al. (1996) au Burkina Faso durant la saison des pluies. Durant cette saison, où l'argent est moins disponible et où les membres du ménage sont plus occupés à travailler aux champs, moins d'individus se perçoivent malades et les épisodes de maladies sont alors perçus moins graves. Les ménages réduiront leurs coûts directs et indirects et auront davantage recours à l'ABT ou à l' AM, tandis que les SSM et les recours au PT diminuent de façon drastique. Cela veut-il dire que l'incidence des maladies est plus basse lors de la saison des pluies? Peu probable selon ces auteurs. Par ailleurs, Bhardwaj et Paul (1986) qui se sont penchés sur le pluralisme médical et la mortalité infantile au Bangladesh, ont trouvé que 40% des parents des enfants morts entre 1976-1983 n'ont pas consulté car la majorité de ceux-ci ne percevaient pas la maladie de leurs enfants grave. Toutefois comme nous pouvons le constater dans le tableau 1, l'AM et l'ABT sont des recours moins importants lorsque la maladie est perçue grave.

Le recours thérapeutique est un résultat d'interactions complexes entre plusieurs variables, visibles ou invisibles, qui agiront à différentes étapes. Il est impossible d'observer les recours thérapeutiques d'une façon complète et d'inclure toutes les variables associées et donc, un choix parmi celles-ci s'imposent (Habib & al.,1986; Bailey & al., 1990; Phillips, 1990). Par conséquent, cette recension qui ne se veut pas exhaustive se limitera aux facteurs qui caractérisent particulièrement les contextes des PED et ceux qui peuvent être pertinents pour les PPGM. En s'inspirant du modèle de Kroeger (1983), nous verrons ici brièvement quelques caractéristiques se rattachant aux trois grandes catégories: **1**-les caractéristiques des sujets (et du ménage); **2**-les caractéristiques reliées à la maladie et ses perceptions et **3**- les caractéristiques reliées aux systèmes de santé tels que perçues par les individus (*Voir modèle en annexe*). Il est à noter que ces caractéristiques sont fortement interreliées entre elles.

Pour chacune des caractéristiques, un tableau résumera les associations entre la caractéristique et les recours thérapeutiques chez la population en général. Les points importants se rapportant aux PPGM seront par la suite discutés brièvement.

Caractéristiques des sujets

L'âge.

Tableau 2

L'âge et le type de recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSM	positive	Noutgara et al. (1989); Saueborn et al.(1994)
SSM	négative	Caldwell (1989); Scarpaci(1988); Frankel (1984); Heller (1982); Uyanga (1983); Parker (1986); Subedi (1989); Gesler (1984); Oshomuwe (1990)
SSM	relation en U	Akin et al..(1986); Poland et al.. (1990) et BenYouseff et al.. (1974)
MT	positive	Saueborn et al.. (1996); Kroeger (1983); Oshomuwe (1990); Lasker, 1981; Heller ,1982; Frankel, 1984; Caldwell, 1989; Uyanga, 1983; Haddad, 1992; Winston et Patel, 1995
MT	négative	Hunte et Sultana (1992); Diakité et al.. (1993); Chernichovsky et al.. (1986); Fosu (1989)
un ou des recours	aucune relation	Colson ,1971; Habib et Vaughan,1986; Fosu,1989; Coppo et coll.,1992; Vissandjée et al.,1997; Barlow et Diop,1995

L'effet de l'âge n'est pas toujours évident d'autant plus que divers facteurs, tels que l'éducation et l'occupation, sont susceptibles d'influencer le choix des recours thérapeutiques. Tel que nous l'avons vu précédemment, plus la gravité d'une maladie augmente plus le fardeau économique s'alourdit. Ceci se traduit dans le contexte des PED par un recours différentiel au traitement, dépendamment de l'âge de la personne malade. En effet, le ménage alloue de façon prioritaire ses ressources financières aux membres actifs du ménage au point de vue économique et ce, afin de conserver sa production et son revenu. À cet effet, Saueborn et al. (1996) note que l'allocation pour les soins de santé est significativement plus élevée pour les adultes que pour les enfants et ce, même si la maladie est perçue significativement plus grave pour les enfants. Les enfants et les personnes âgées risquent ainsi d'être défavorisés puisqu'ils sont des membres non- productifs au point de vue économique.

Le genre.

Tableau 3

Le genre et le type de recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSM-femme	positive	Kloos (1987); Benyoussef (1974); Frankel (1984)
SSM-femme	négative	Feldman (1983); Akin et al.(1986); Kaona (1990); Chen et al.(1981); Bhardwaj et al. (1986); Wolffers (1988); Hunte et Sultana (1992)
MT-femme	positive	Lasker, 1981; Islam (1980) cité par Feldman (1983); Lieban (1983) Diakitè et al. (1993)
un ou des recours	aucune relation	Saueborn,1989; Becher,1976; Habib et al.,1986; Subedi, 1989; Coppo et coll.,1992; Colson,1971; Diakitè,1993; Develay et al.,1996

Dans les contextes où la mobilité des femmes est plus limitée, notamment en Asie du Sud, on retrouve une allocation financière disproportionnée en faveur des jeunes garçons. Feldman (1983), mentionne toutefois que cela peut être différent lorsque la maladie des femmes est jugée grave et surtout lorsqu'elles ne peuvent plus vaquer à leurs activités domestiques puisque cela affecte tous les membres du ménage. En Afrique, la discrimination des femmes en faveur des hommes semble moins courante que dans le contexte asiatique. En effet, Saueborn et al. (1996) n'ont pas trouvé de discrimination envers les jeunes filles et les femmes en ce qui a trait à l'allocation pour les soins de santé ou la nourriture. Ces auteurs expliquent ces constats par la participation active des femmes au revenu financier du ménage. Une importance quasi égale aux hommes leur est donc accordée pour le traitement de la maladie. D'autres études sont toutefois nécessaires pour corroborer ces constats. De plus, comme l'indique Haddad (1992), toutes choses étant égales, les femmes utilisent plus de services de santé que les hommes puisqu'elles sont habituellement plus nombreuses dans la population et qu'elles sont sujettes à la maternité. On peut alors se demander si les femmes consultent plus les services de santé que les hommes dans des circonstances moins graves et les consultent moins que leur homologue masculin lorsque les maladies sont graves.

L'ethnie et la religion..

Tableau 4

L'ethnie et/ou la religion et le type de recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSM-peuple local	négative	Lasker, 1981
MT-peuple local	positive	Fosu (1989)
MT-immigrants	négative	Lasker (1981)
un ou des recours	aucune relation	Subedi (1989) ; Wong et al. (1987); Saueborn (1989); De Walt (1977)

En général, chaque groupe ethnique a tendance à consulter les dispensateurs de services propre à son groupe défini par l'ethnie ou par la religion. Toutefois, Stock (1983) et Slikkerveer (1982) notent des exceptions lorsque les patients se perçoivent gravement malades. En effet, une urgence d'action peut alors être ressentit et les personnes, dans cette situation précise, peuvent alors surpasser leurs frontières ethniques et /ou religieuses afin de consulter le thérapeute susceptible d'apporter un soulagement immédiat à leur état.

Le lieu de résidence.

Tableau 5

Le lieu de résidence et le type de recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSMPU-milieu urbain	positive	Benyoussef (1974); Caldwell(1989); Uyanga (1983); Coppoet coll. (1992); Haddad (1992)
SSMPR-milieu urbain	positive	Uyanga (1983); Abu-Zeid et al. (1985); Wolfers (1988)
MT-milieu rural	positive	Uyanga (1983); Abbas et al. (1986); Wolfers (1988); Benyoussef (1974); Barrett et al. (1995)
AM trad-milieu rural	positive	Wolfers (1988); Caldwell (1989); Allain et al. (1997)
AM mod-milieu urbain	positive	Wolfers (1988)
un ou des recours	aucune relation	Fosu (1989); Delevay et al. (1996)

Il semble y avoir un certain consensus sur les liens entre le lieu de résidence et le type de recours thérapeutique choisi. N'ayant pas été traité dans la littérature, une étude est

nécessaire auprès d'une population se percevant gravement malade afin d'établir si le lieu de résidence est associé au type de recours thérapeutique.

L'éducation.

Tableau 6

L'éducation et le type de recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSM	positive	Coppo et coll. ,1992; Abu-Zeid et al.,1985; Barlow et Diop,1995; Kwast,1988; Akin et al.,1986; Orubuloye et al.,1991; Vissandjée et al. ,1997; Basu ,1990; Lasker (1981)
SSM-praticiens plus qualifiés	positive	Bhardwaj et Paul,1986; Okafor, 1983; Saueborn et al.,1989; Chernichovsky et al.,1986
MT	positive	Lasker (1981) ;Fabrega (1977); Brunet-Jaillit (1988)cité par Diakité (1993); Abosede (1984)
MT	négative	Benyoussef (1974); Kleinman (1980); Bhardwaj et Paul (1986); Fosu (1989); Barrett (1995); Vissandjée et al. (1997)
AM	positive	Abosede (1984); Kroeger (1988) cité par Haddad (1992)
AM	négative	Okafor (1983)et Barrett (1995)
ABT	positive	Fabrega (1977) Coppo et coll. (1992); Benyoussef (1974); Kwast (1988); Wong et al. (1987) Kloos (1990)
un ou des recours	aucune relation	Colson (1971); Henderson et al. (1994); Develay et al. (1996)

Le taux d'ABT diminue avec l'augmentation du niveau d'éducation qui s'explique selon Subedi (1989) par une prise de conscience et un recours plus rapide aux services de santé. À l'égard des femmes en particulier, Orubuloye et al. (1991) soulignent quatre conséquences reliées à un niveau d'éducation plus élevé: 1-une prise de conscience de la femme de la nécessité de traitement pour elle et les membres de son ménage; 2-une capacité d'expliquer sa maladie avec plus de conviction; 3-une reconnaissance immédiate de l'état de santé de la femme et de ses enfants par le mari; 4-une allocation financière pour les recours thérapeutiques de la femme sera défrayée plus rapidement (par le mari généralement). L'éducation est donc important à considérer auprès d'une population de PPGM car, en s'avérant significatif, d'importantes recommandations pourront être formulées pour l'élaboration de programmes d'interventions adaptées auprès des

populations moins éduquées.

Le statut socio-économique/revenu.

Tableau 7

Le statut socio-économique et/ou le revenu et le type de recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSM-privés et/ ou praticiens plus qualifiés	positive	Heller, 1982; Akin et al. (1986); Feldman,1983; Parker,1986; Bhardwaj et al.,1986; Chernichovsky et al.,1986; Bailey et al.,1990; Winston et al.,1995; Tembon,1996; Vissandjée et al.,1997
SSM-publics et/ou praticiens moins qualifiés	négative	Heller, 1982; Feldman,1983; Parker,1986; Bhardwaj et al.,1986; Chernichovsky et al.,1986; Bailey et al.,1990; Winston et al.,1995; Tembon,1996; Vissandjée et al.,1997
MT	négative	Diakité,1993; Barrett,1995; Vissandjée,1997; Bhardwaj et al.,1986; Winston et al., 1995; Young (1981)
AM	négative	Feldman (1983); Chernichovsky et al.(1986) et Tembon (1996)
ABT	négative	Coppo (1992) Winston et al.(1995) et Develay et al. (1996)
un ou des recours	aucune relation	Lasker,1981; Colson, 1971; Henderson et al.,1994; Tembon ,1996; Vissandjée et al.,1997

La recherche de traitement est plus fréquente chez les individus ayant un statut socio-économique élevé. Parmi les populations les plus pauvres, la tendance à ignorer la maladie se justifie par l'impossibilité d'assumer les coûts directs et indirects générés par l'état de santé. Pour ces groupes, les revenus familiaux étant déjà tout juste suffisant pour couvrir les besoins essentiels du ménage. Le facteur "statut socio-économique" est donc une barrière potentielle au traitement des PPGM au sein de ces ménages et doit être inclus dans notre étude.

Le ménage

Tableau 8

La taille du ménage et le recours thérapeutique choisi

Type de recours	Association	Auteurs
SSM	positive	Habib et al. (1986) (nombre de femmes); Chernichovsky et al. (1986); Coreil (1983)
SSM	négative	Fosu (1989)(chez les mères) ; Vissandjée et al. (1997) (chez celles ayant des filles)
SSMPR	négative	Tembon (1996)
MT	positive	Kroeger (1983); Akin et al. (1985); Heller (1982); Keith et al. (1990) cité par Haddad (1992)
MT	négative	Chernichovsky et al. (1986)
un ou des recours	aucune relation	Subedi (1989); Saueborn (1989); Develay et al. (1996) et Colson (1971) Habib et Vaughan (1986) et Scarpaci (1988) (pour les jeunes enfants et les personnes âgées).

Le chef de ménage.

Tableau 9

Le chef du ménage et le choix du recours thérapeutique

Type de recours	Association	Auteurs
SSM-femme	négative	Keith et al. (1990) cité par Haddad (1992)
Un ou des recours	aucune relation	Scarpaci (1988) (femme); Diakité (1993) (instruction du chef) Habib et al. (1986) (instruction) Delevay et al. (1996)(occupation du chef)

Il est reconnu que les décisions quant aux choix des recours thérapeutiques sont souvent prises collectivement par les membres du ménages et les amis du malade. En effet, ces derniers sont les premiers consultés par la personne présentant un problème de santé. La variable "ménage" est ainsi déterminante à l'accessibilité des services et des décisions thérapeutiques puisqu'elle peut être à la fois une source d'information, de soutien, d'accompagnement et de soutien financier. Les données actuelles ne permettent pas toutefois d'établir clairement les caractéristiques du ménage qui font en sorte que celui-ci est plus durement touché et limité dans ses recours thérapeutiques lorsqu'un de ses membres est gravement malade.

Les caractéristiques de la maladie

La nature de la maladie.

Tableau 10

La nature de la maladie et le type de recours thérapeutique

Recours	nature de la maladie	Auteurs
MT	fractures	Stock, 1983; Nnadi et Kabat, 1984; Lasker, 1981; Okafor, 1983; Caldwell, 1989
MT	morsure de serpent	Wolffers (1988)
MT	système génito-urinaire	Coppo et coll., 1992
MT	les problèmes du système digestif	Lang et al., 1986
MT	le tétanos néonatal	Bhardwaj et Paul, 1986
MT	les douleurs non-spécifiques	Winston et Patel, 1995; Saueborn, 1989
MT	IVRS	McNee et al. (1995)
MT	fièvre	Lasker (1981)
SSM	fièvre	Coppo et al. (1992); Habib et al. (1986)
SSM	tuberculose	Stock, 1983
SSM	malaria	Lang et al. (1986)
SSM	diarrhée	Coppo et coll. (1992)
SSM	maladies infectieuses et parasitaires	Habib et Vaughan (1986)
AM	maladies communes	Wolffers, 1988; Diakité, 1993; Abu-Zeid et al., 1985; Saueborn, 1989; Stock, 1983; Caldwell, 1989; Mwabu, 1988
un ou des recours	Aucune relation	Colson (1971) et Berman (1987)

Dans une région donnée chaque praticien, moderne ou traditionnel, est reconnu pour sa spécialité. Parfois, il y a chevauchement des pratiques mais souvent ils se complètent, chacun s'ayant forgée une réputation pour certaines formes de traitement (Feldman, 1983). Notons qu'il est difficile de dissocier de la nature de la maladie, la perception de l'étiologie, la gravité, et l'efficacité perçue des différentes thérapies. Il sera intéressant dans notre étude de voir si la nature de la maladie joue un rôle dans le choix de

recours thérapeutiques des PPGM.

Caractéristiques des services tels que perçus par les individus

L'accessibilité financière et/ou le coût.

Tableau 11

L'accessibilité financière et/ou le coût et le type de recours thérapeutique choisi

Recours	Association	Auteurs
SSM	négative	Hielscher et al. (1985); Winston et al. (1995); Tembon (1996); Haddad et coll (1995)
SSM	positive	Akin et coll. (1986); Heller (1982) Vissandjée et coll. (1997)
ABT	positive	Ahmed (1987) cité par Kloos (1990); Bhardwaj et Paul (1986); Jayawardene (1993)

Deux perspectives principales dominent les écrits. La première considère que les coûts des services de santé ne représentent pas une barrière à l'utilisation des services de santé. À cet égard, Akin et al. (1986) indiquent que les individus sont disposés à payer davantage pour des services de qualité supérieure et ce, plus particulièrement chez les individus se percevant gravement malades. L'autre perspective perçoit le coût comme un critère majeur dans le choix des ressources et ce, notamment pour les populations les plus pauvres et dans un contexte où plusieurs options thérapeutiques co-existent.

L'accessibilité géographique.

Tableau 12

L'accessibilité géographique et le type de recours thérapeutique choisi

Recours	Association	Auteurs
SSM	négative	Stock (1983); Habib et al. (1986); Kloos (1990); Haddad (1992)
ABT	positive	Bhardwaj et Paul (1986)
un ou des recours	aucune relation	Delevay et al. (1996); Bailey et al. (1990); Feldman (1983); Tembon (1996)

La distance géographique agit naturellement comme une barrière à l'utilisation de

service et ce, pour des raisons de praticabilité. En effet, en général, plus la distance augmente plus l'utilisation du recours baisse. Greffés à la distance, on retrouve l'effet des coûts indirects reliés au temps, au revenu perdu et au transport qui sont générés par le traitement de la maladie. L'effet de la distance est donc encore plus grand lorsqu'il interagit avec ces facteurs économiques.

La distance agira différemment selon les différentes circonstances et les divers lieux (Phillips, 1990). Bien que la majorité des individus présentant des maladies graves ont surpassé les barrières géographiques, Saueborn (1989) souligne qu'un certain nombre de PPGM n'ont pas consulté les services de santé, évoquant pour causes des barrières géographiques et financières. La variable distance est donc importante à considérer car, comme le coût, elle est une barrière potentielle chez les individus se percevant gravement malades.

Par ailleurs, Stock (1983) a observé une relation positive entre la hiérarchie des SSM (hôpital, centre de santé et dispensaire) et la distance parcourue. Selon cet auteur, les gens sont prêts à voyager plus longtemps pour des services plus spécialisés et de qualité supérieure. L'influence de la distance sur l'utilisation dépend donc de la perception de la qualité des services.

L'efficacité attendue des recours thérapeutiques.

Tableau 13

L'efficacité attendue des recours thérapeutiques et le type de recours thérapeutique choisi

Recours	perception	Auteurs
SSM	rapide et non permanente	Feldman, 1983; Bhardwaj; Caldwell, 1989; Hunte et al., 1992
SSM	soulage symptômes	Colson, 1971; Caldwell, 1989; Basu, 1990
MT	s'attaque aux causes	Caldwell (1989)

Une analyse coûts-efficacité des choix de traitements disponible des individus présentant une maladie est sous-jacente au choix des recours thérapeutiques. Selon Igun

(1979) cité par Haddad (1992) lorsque les personnes jugent leur état de santé grave, ils tendent à privilégier l'efficacité perçue des choix thérapeutiques disponibles, indépendamment des coûts encourus. Donc, l'efficacité perçue des recours thérapeutiques serait au coeur des choix de recours exercés par les PPGM.

La qualité perçue.

Tableau 14

La qualité perçue et le type de recours thérapeutique choisi

Recours	Association	Auteurs
SSM	positive	Tembon (1996); Gilson (1994) cité par Aljunid (1995)
SSMPR	positive	Annis (1981); Akin et al. (1985); Kloos (1987); Cladwell (1989)

La qualité perçue affecte l'utilisation des services de santé de façon très complexe car le concept de qualité a de multiples facettes. De plus, ce dernier est relié aux coûts et à l'accessibilité comme nous l'avons vu précédemment (Phillips, 1990). L'évaluation exacte de la qualité perçue est difficile car elle varie grandement si on se situe du côté des prestataires de soins ou de celui des usagers (Tembon, 1996).

L'influence des différentes composantes de la qualité perçue a été relativement peu explorée. Le tableau ci-dessous regroupe diverses composantes de la qualité mises en lumière dans les études.

Tableau 15

Les composantes de la qualité perçue

Composante de la qualité	Auteurs
le personnel qualifié	Heller, 1982; Berman, 1984; Saueborn, 1994
la compétence technique du personnel	Stock 1983; BenYoussef, 1974; Slikkerveer, 1982
la disponibilité des médicaments	Abu-Zeid, 1985; Bichman, 1991; Gilson, 1994 cité p Aljunid, 1995
un bon équipement et un éventail de services	BenYoussef et al., 1974; Kloos, 1990
les qualités interpersonnelles	Ainsworth, 1983 cité par Aljunid, 1995; Annis, 1981; Haddad et al. 1995; Lasker (1981)

La qualité perçue est une caractéristique particulièrement importante à considérer pour les PPGM. Selon l'étude de Kroeger (1988), cité par Haddad (1992), 20 % des patients souffrant de maladies graves en Argentine n'utilisaient pas les services de santé disponibles parce qu'ils les jugeaient de qualité déficiente. Akin (1986) corrobore ce constat en rapportant que lorsque la maladie est jugée grave, une forte tendance se dessine vers un recours accru aux services de santé modernes privés, ceux-ci étant plus dispendieux mais également jugés de qualité supérieure par les gens.

Troisième partie

Les séquences thérapeutiques

Les individus n'utilisent pas les mêmes recours thérapeutiques au cours des différentes étapes de leur maladie (Mwabu, 1986). Les recours thérapeutiques des individus lors d'un problème de santé se font tantôt de façon concomitante, tantôt de façon séquentielle (Kroeger, 1983; Phillips, 1990; Young, 1983; Haddad, 1992). Coppo et coll. (1992) ainsi que Hielscher et al. (1985), dans le contexte malien, précisent que l'utilisation des différentes alternatives est habituellement séquentielle bien qu'il peut y avoir une utilisation concomitante. Le tableau ci-dessous souligne les tendances dans les séquences thérapeutiques.

Tableau 16

Les positions des types de recours dans la séquence thérapeutique

Recours	séquence	Auteurs
AM	1 ^{er} recours	Gesler, 1984; Hielscher et Sommerfled, 1985; Van der Geest, 1987; McNee et al., 1995
AM	diminue dans les recours subséquents	Feldman, 1983; Wolfers, 1988; Caldwell, 1989; Jayawardene, 1993; Diakité, 1993
MT	1 ^{er} recours ou précédant MM	Slikkerveer, 1982; Feldman, 1983; Wolfers, 1988; Saueborn, 1989; McNee et al., 1995
SSM	1 ^{er} recours ou avant MT	Wolfers, 1988; Saueborn, 1989; Caldwell, 1989

Les choix et les décisions individuels des malades régiront l'utilisation des services de santé et, si les dispensateurs de soins ne rencontrent pas les attentes des patients, ces derniers changeront aisément de dispensateurs (Mwabu, 1986; Kroeger, 1983; Haddad, 1992). Plusieurs auteurs tentent d'expliquer ces conduites thérapeutiques. Hielscher et Sommerfled (1985) expliquent que les concepts et les croyances des individus ne sont pas statiques. En effet, dans leur étude, lorsqu'il n'y a pas de soulagement, les individus croient qu'un mauvais diagnostic de la maladie en est la cause. Une réévaluation et un reclassement de la maladie sont alors effectués par les malades, donnant ainsi lieu à un nouveau traitement. Lasker (1981), Caldwell (1989) et Winston et Patel (1995) constatent aussi qu'un type de recours qui a conduit à une déception ou à un échec donne lieu au choix d'un autre. L'absence de préférence univoque a été constatée par bon nombre d'auteurs (Hielscher et Sommerfled, 1985; Subedi, 1989; Saueborn, 1989; Woiffers, 1988). Plusieurs auteurs distinguent également des séquences thérapeutiques qui varient selon la nature de la maladie ou des symptômes (Woiffers, 1988; Saueborn et al., 1989). La complémentarité des différents recours qui répondent à des besoins très différents a aussi été mentionnée: les SMM font disparaître les symptômes et la MT s'adresse plutôt à la cause du problème (Young, 1983). Le recours exclusif à un seul type de recours est donc rare (Land et al. 1988; Ojanuga et Lefcowitz, 1982 cité par Haddad, 1992).

Par ailleurs, une seule étude a fait le lien entre l'utilisation multiple de recours et la gravité de la maladie. Colson (1971) remarque un choix concomitant de plusieurs recours en cas de maladies graves, ce qu'il qualifie de "shot gun therapy", qui est plus marquant que pour les maladies qui sont moins graves. C'est donc dans le cas des PPGM que les séquences thérapeutiques sont susceptibles d'être plus complexes, associant différents types de recours.

Il est important de souligner que les recours thérapeutiques ont été non seulement largement étudiés, mais aussi que les études ont utilisé des approches et des méthodes différentes et ont été conduites dans divers contextes (Kroeger, 1983; Haddad, 1992). Cette

diversité au niveau des études implique qu'une comparaison entre leurs résultats est difficile. Par contre, les différents profils qui en ressortent seront utiles pour mener d'autres études.

La diversité des études sur le sujet

Les paragraphes qui suivent exposent la diversité des études et permettent de jeter un regard critique sur les études relevées dans cette revue des écrits.

Les études mentionnées ci-dessus ont été faites dans différents continents, pays et régions. Chacun de ces contextes a ses propres valeurs, normes et croyances qui influencent les comportements des individus. En effet, selon les contextes, certaines réalités, comme la nature et l'efficacité des services de santé, sont différentes. Par exemple, dans un contexte donné, la médecine moderne peut se limiter à un vieux dispensaire peu fonctionnel tandis que dans un autre contexte, elle englobera les missions religieuses, les médecins privés, les hôpitaux publics, les infirmières et les agents communautaires. Par ailleurs, les termes "médecine moderne" et "médecine traditionnelle" revêtent des sens complètement différents d'un contexte à l'autre. Par conséquent, ceci devra être pris en considération lorsque nous discuterons des résultats de la présente étude.

Kroeger (1983) souligne que la diversité des méthodes employées dans les études sur le sujet soulève plusieurs problèmes méthodologiques. En effet, les bases de sondage approximatives ou inadaptées et la rigueur inégale des méthodes d'échantillonnage ont été mises en évidence. La négligence des chercheurs de ne pas explorer suffisamment les classifications locales des maladies a aussi été relevée. Un questionnaire approprié devrait être muni d'une liste de "*tracer conditions*" qui, culturellement adapté aux perceptions et aux croyances locales, permettrait de surpasser une possible divergence au niveau des conceptions entre les chercheurs et les répondants. De plus, tel que mentionné précédemment, plusieurs auteurs omettent de considérer l'existence d'autres alternatives

thérapeutiques qui font pourtant parties de la réalité des contextes des PED. Ces omissions peuvent donc biaiser les interprétations des études (Dunfield, 1996). D'autres problèmes tel que le classement approximatif des recours thérapeutiques est souvent fréquent. Par exemple l'automédication et l'abstention thérapeutique figurent dans la même catégorie dans certaines études. Des difficultés au niveau de la mesure de certaines variables ont également été détectées dans plusieurs études, ce qui rend la comparaison entre ces dernières difficile. Par exemple, pour mesurer le statut socio-économique, certains auteurs ont retenu comme indicateur le revenu, l'occupation et l'éducation tandis que d'autres se sont basés sur les possessions du ménage comme le bétail (Aljunid, 1995). Pour contourner cette difficulté, Kroeger (1983) recommande une étude préliminaire en profondeur du milieu et la construction d'un index pour le statut socio-économique qui inclurait des mesures indirectes. De plus, Kroeger (1983) favorise l'implication la plus active possible des gens locaux avant, pendant et après la collecte des données.

Par ailleurs, toujours sur le plan méthodologique, la population étudiée varie d'une étude à l'autre (Bernstein et al. 1997). Certaines études se penchent ainsi uniquement sur une population particulière qui revêt des caractéristiques communes telle que: les femmes et les enfants. Un profil de comportements distinctif et unique se dégage alors chez chacun de ces groupes. En ce qui concerne la présente étude, notons qu'un groupe spécifique est également visé, soit les PPGM au Mali. Il sera important d'interpréter les résultats en conséquence lors de la discussion.

De plus, certaines études, comme le soulève Frankel (1984), recrutent les sujets directement sur les lieux de prestation des services. Ce faisant, elles ne vont pas chercher les non-utilisateurs, qui sont souvent les groupes qui suscitent le plus d'intérêt. Selon cet auteur, cette lacune au niveau du recrutement peut être contournée par des enquêtes auprès des ménages. Notons que ce type d'enquête a été fait dans notre étude et donc constitue une force de celle-ci.

Les temps de rappel, qui sont utilisés dans les questions cherchant à connaître des informations qui précèdent l'enquête, varient également d'une étude à l'autre allant de quelques jours à 10 ans. Différents résultats découlent de cette variation du temps de rappel. Selon Kroeger (1983), plus le temps de rappel est élevé, plus la fiabilité des informations fournies par les sujets est questionnable et peu valide. De plus, il existe un risque d'avoir une sous-déclaration d'événements anciens et une sur-déclaration d'épisodes bénins, mais plus récents. Kroeger (1983) estime qu'un temps de rappel de deux semaines peut être un bon compromis pour obtenir assez d'informations sur les maladies récentes et pallier à la perte de justesse due à la mémoire.

Différents devis sont également employés, chacun ayant ses avantages et ses limites. Les recherches qualitatives, telles les études de cas, sont essentielles pour rapporter avec justesse la variété des particularités culturelles et sociales d'un segment d'une population mais sont, à elles seules, insuffisantes (Kroeger, 1983; Ward et al., 1997). Les recherches qualitatives et les recherches quantitatives doivent donc être utilisées de façon complémentaire (Yach, 1992; Haddad et Fournier, 1994).

Somme toute, cette diversité d'études et de méthodes ainsi que la qualité inégale des informations recueillies viennent appuyer la nécessité de procéder à d'autres études dans les PED qui tiendraient compte des recommandations des auteurs pour surpasser les diverses lacunes identifiées dans les études précédentes.

Quatrième partie

Tel que mentionné au chapitre précédent, l'étude proposée s'appuie sur deux cadres de référence. Avant de les décrire plus en profondeur, il est important de mentionner qu'une panoplie de modèles, issus de différentes écoles de pensées, ont tenté de modéliser l'articulation des différents facteurs impliqués dans le processus des recours thérapeutiques lors d'un problème de santé. La majorité de ces modèles a toutefois été développée pour

le contexte des pays industrialisés et présentent des faiblesses dans leur application dans les PED (Phillips, 1990).

Haddad (1992), dans une analyse systématique des modèles existants, distingue deux grandes catégories de modèles. Premièrement, ceux qui considèrent d'une part l'utilisateur et ses caractéristiques et, d'autre part, le prestataire de soins et les caractéristiques des services de santé, l'utilisation se situant à l'interface des deux. Ces derniers, nommés "modèle d'interface", se prêtent davantage aux pays industrialisés, où l'utilisation des services de santé est fortement influencée par les professionnels de la santé (À titre d'illustration: Donabedian, 1973, Aday & Anderson, 1978, Dutton, 1986). Deuxièmement, il y a ceux qui sont centrés sur les décisions et les choix des individus (À titre d'illustration: Young, 1981; Kroeger, 1983). Cette deuxième catégorie est celle qui nous intéresse plus particulièrement, car ces modèles sont privilégiés dans un contexte de PED. Kroeger (1983), explique cette préférence par le fait que les utilisateurs de services de santé sont beaucoup plus attachés et fidèles aux professionnels dans les pays industrialisés.

Selon Kroeger (1983), il existe deux types de modèles. Le premier type est le modèle dit de "cheminement" qui met l'accent sur les séquences décisionnelles des individus en cas de maladie, sachant que les décisions s'inscrivent dans une séquence logique. Les modèles de Igun (1982) et de Young (1983) sont des exemples de modèles de cheminement. Ces derniers ont été construits à partir de données empiriques et cherchent à reconstruire logiquement les facteurs et les mécanismes impliqués dans le processus d'utilisation (Haddad, 1992). Ces derniers ont toutefois été peu repris étant donné qu'ils ont été élaborés à partir de situations particulières. Le deuxième type est le modèle dit de déterminants, qui lui met l'accent sur les facteurs associés aux choix de recours thérapeutiques des individus. Les modèles comme celui d'Akin (1985) et Kroeger (1983) mettent plus d'accent sur les déterminants (Haddad, 1992; Vissandjée, 1994). Cependant Akin (1985), contrairement à Kroeger (1983), n'a pas développé son modèle pour des sociétés à faible revenu économique et pour des contextes caractérisés par des systèmes de

santé pluralistes (Vissandjée, 1994).

L'étude proposée, comme indiqué au premier chapitre s'appuie sur deux modèles. Tout d'abord, le modèle élaboré par Kroeger (1983). Le cadre théorique développé par ce dernier met l'accent sur les caractéristiques associées à l'utilisation des services de santé (Haddad, 1992; Vissandjée, 1994). Cet auteur, suite à une revue plutôt exhaustive des études sur l'utilisation des services de santé en PED, a intégré les résultats de différentes recherches anthropologiques et socio-médicales et a développé un modèle de déterminants sensible au contexte socio-culturel des PED. Il introduit une dimension temporelle dans le processus d'utilisation, c'est-à-dire que les différentes caractéristiques peuvent intervenir sur les choix des individus aux différentes étapes de la maladie. Ces caractéristiques se classent en trois grandes catégories interdépendantes: 1-les caractéristiques des sujets, 2-les caractéristiques attribuées à la maladie et ses perceptions et finalement, 3-les caractéristiques qui ont trait aux systèmes de santé tels que perçus par les individus. Kroeger (1983), qui considère les différentes alternatives thérapeutiques, traduit ainsi davantage la réalité des conduites thérapeutiques en PED (Haddad, 1992; Vissandjée, 1994). En effet, ce dernier distingue quatre types de recours: le tradipraticien; le guérisseur moderne, les vendeurs de médicaments et l'automédication/ l'abstention thérapeutique. Il est à noter que Kroeger (1983) ne fait pas de prédictions formelles et n'identifie pas si la nature de l'influence des caractéristiques est positive ou négative. Toutefois, dans le cadre de notre étude, ce modèle est approprié puisque l'état des connaissances sur les recours thérapeutiques chez les PPGM ne permet pas de faire de prédictions formelles. Le modèle de Kroeger (1983) procure ainsi des lignes directrices pour identifier les catégories de caractéristiques à considérer dans les PED. Néanmoins, l'utilisation du modèle de Kroeger (1983) seul est, à notre avis, insuffisant pour apprécier l'ensemble du phénomène des recours thérapeutiques des PPGM. Bien que ce modèle procure une classification de facteurs déterminants, il ne modélise pas toutefois le mécanisme par lequel s'opère la maturation des décisions. Il est pourtant souhaitable de considérer et de modéliser la dynamique et la séquence logique qui sous-tend le phénomène. Par conséquent, un deuxième modèle sera utilisé soit le modèle séquentiel

de Fournier et Haddad (1992). Ce modèle est un modèle séquentiel individuel concernant l'utilisation de services à des fins curatives. Il distingue une série d'étapes interreliées où la transition d'une étape à l'autre dépend d'une série de caractéristiques. Les trois étapes sont: **1-** l'émergence du besoin de santé; **2-** l'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire de soins et; **3-** la concrétisation de ce besoin de service qui va se traduire par des comportements d'utilisation ou de non utilisation. Le modèle de Fournier et Haddad (1992) est récent et n'a pas encore été utilisé par d'autres études. Néanmoins, ce modèle complète de façon harmonieuse le modèle de Kroeger (1983), car il considère également le caractère pluraliste des contextes des PED. En plus, ce modèle fait ressortir le pragmatisme qui sous-tend les décisions des individus qui vivent le problème de santé. Sa flexibilité et son pouvoir explicatif général contribuent à la compréhension des relations en présence. Le contexte des études variant grandement d'une région à l'autre, d'un village à l'autre, il est nécessaire de prendre un modèle séquentiel qui n'est pas trop spécifique à un contexte particulier, tel que le sont, par exemple, les modèles de Igun (1982) et de Young (1983).

Cadre de l'étude:

Dans la figure 1, nous avons tenté d'illustrer un schéma des variables à l'étude en s'inspirant des deux modèles. On retrouve les trois étapes du processus séquentiel du modèle de Fournier et Haddad (1992) et les trois groupes de caractéristiques, associés à l'utilisation des services de santé, identifiés par Kroeger (1983). Nous allons très brièvement identifier les groupes de facteurs qui sont importants à prendre en considération au niveau des étapes du processus séquentiel. De plus, nous allons indiquer où cette étude se situe de façon plus précise dans ce schéma.

L'émergence d'un besoin de santé (voir figure 1), la première étape, est celle où a lieu la reconnaissance d'une situation anormale et l'attribution d'un problème de santé (Fournier et Haddad, 1992). À ce niveau, bien que les caractéristiques de la maladie et ses perceptions influencent la perception du besoin de santé, ce sont surtout les caractéristiques

des PPGM qui interviennent. L'étape suivante, soit, l'expression du besoin de service est le moment où la personne (ou son entourage) identifie un éventail d'actions thérapeutiques potentiellement utilisables. Différentes caractéristiques sont susceptibles d'interagir à ce niveau soit en tant que barrières ou encore en tant qu'incitatifs. Tout d'abord, les caractéristiques de la maladie et ses perceptions jouent un rôle important au niveau de l'expression du besoin de service. Les caractéristiques des PPGM ont aussi une influence à cette étape et ce, de façon directe ou indirecte (puisque ces caractéristiques modèlent les perceptions de la maladie et des services de santé). Par exemple, les personnes plus éduquées peuvent percevoir davantage qu'elles ont besoin des services d'un praticien plus qualifié lorsque la maladie est grave. Finalement les caractéristiques telles que perçues par les PPGM, sont également à considérer à cette étape du besoin de service. Notons toutefois que d'autres besoins essentiels tels les besoins de nourriture risquent d'entrer en compétition avec ce besoin de service. La décision dépend, entre autres, des expériences antérieures et de l'évaluation des alternatives thérapeutiques. Une analyse des coûts et des bénéfices attendus des diverses alternatives thérapeutiques se fera à cette étape (Fournier et Haddad,1992). L'étape suivante est l'analyse des alternatives thérapeutiques. Les caractéristiques de la maladie et ses perceptions ont une influence sur le choix des recours. En effet, pour une certaine maladie, la personne peut avoir des préférences particulières pour un type de recours thérapeutique. Quant aux caractéristiques des recours thérapeutiques telles que perçues par les personnes, elles ont un rôle important au niveau de l'analyse des recours thérapeutiques. La présente étude se situe précisément à ce niveau (section grise dans le schéma). En terminant, il est important de mentionner que le choix d'un recours spécifique est le résultat des étapes antérieures et conditionne les recours subséquents. Cependant, il est important de noter que la séquence thérapeutique d'un individu ne comprend pas nécessairement l'ensemble des étapes exposées du modèle de Fournier et Haddad (1992). De plus, l'individu peut arrêter sa séquence thérapeutique à tout moment. Un besoin de santé peut ainsi mener ou non à l'émergence d'un besoin de service. Par ailleurs, ce modèle séquentiel individuel se situe dans un environnement physique, social et organisationnel plus large, comme on peut le constater dans la figure 1.

Ce schéma nous permet donc de faire des liens entre les caractéristiques identifiées par Kroeger (1983) et les étapes du processus décisionnel décrites par Fournier et Haddad (1992). Ce schéma reflète une façon de conceptualiser les recours aux services de santé, sans avoir la prétention d'en circonscrire tous les contours ou d'en refléter toute la complexité du phénomène.

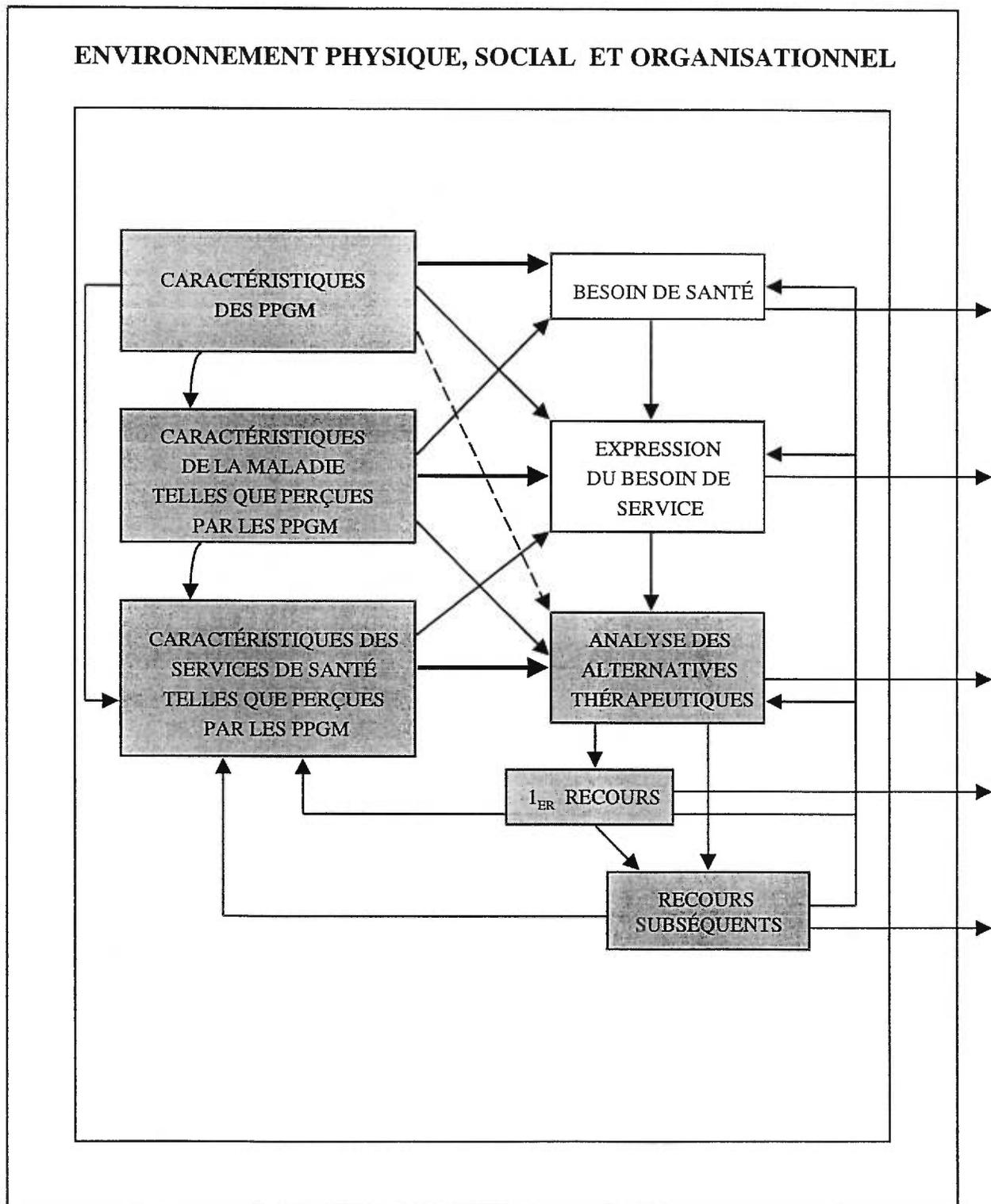


Figure 1. Schéma des variables à l'étude inspiré des modèles de Kroeger (1983) et de Fournier et Haddad (1992).

Buts de l'étude

- 1- Identifier les caractéristiques ³ associées aux types de recours thérapeutiques⁴ chez les PPGM au Mali
- 2- Examiner les séquences thérapeutiques adoptées par les PPGM au Mali et identifier les caractéristiques associées à celles-ci.

Questions de recherche

- 1- Quels sont les caractéristiques ¹ associées à chacune des types de recours thérapeutiques chez les PPGM au Mali?
- 2- Quelles sont les séquences thérapeutiques effectuées par les PPGM au Mali lors de leur épisode de maladie?
- 3- Quelles sont les caractéristiques ¹ associées aux séquences thérapeutiques effectuées par les PPGM au Mali?

³ c'est à dire les caractéristiques des sujets, du ménage, de la maladie et des services de santé tel que perçues par les PPGM.

⁴ Les types de recours choisis sont: 1-L'abstention thérapeutique; 2-l'auto-traitement; 3-Les services de la médecine moderne public; 4-Les services de la médecine moderne privé; 5-Les praticiens de la médecine traditionnelle

Méthode

Cette section présente le devis de recherche, une brève description de l'étude parente, les sites de l'étude, l'instrument de mesure, le plan d'échantillonnage, la définition des variables, l'instrument de collecte de données, la description des analyses ainsi que les considérations d'ordre éthique.

Devis de recherche

La recherche proposée répond aux questions de recherche au moyen d'analyses secondaires. Elle s'insère dans le contexte d'une étude plus large, l'étude parente, qui s'adresse principalement aux interrelations entre les politiques de santé dérivant de l'initiative de Bamako et le marché des services et du médicament (Fournier; Haddad, Touré, Brunet-Jailly; Diakité, et Dicko, 1995). Le type de l'étude proposée est descriptive, corrélationnelle et transversale.

Description de l'étude "parente"

L'étude parente s'est penchée principalement sur trois questions: **1-** dans quelle mesure, le marché local du médicament est-il modifié par la mise en place de systèmes publics payants assurant un approvisionnement régulier en médicaments essentiels? **2-** dans quelle mesure, la mise en place de systèmes publics payants modifie-t-elle les pratiques de prescription, de vente et de consommation du médicament ? **3-** dans quelle mesure, les composantes locales de l'offre de services et de médicaments et en particulier, les conditions de concurrence, influencent-elles l'implantation et le succès des réformes des structures sanitaires publiques locales? Ces questions furent examinées dans une double perspective, soit celle de systèmes publics de performance plus ou moins élevée, et celle de marchés de services et de médicaments plus ou moins concurrentiels. Cette étude parente fut conduite dans le cadre d'un partenariat entre l'équipe de l'Institut National de Recherche en Santé Publique de Bamako au Mali et l'équipe de l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal.

Description des milieux

Avant d'examiner les caractéristiques particulières des différents milieux dans lesquels s'est déroulée l'étude, il s'avère nécessaire de présenter brièvement le Mali afin de pouvoir contextualiser l'étude.

Brève présentation du Mali: Le Mali est un pays continental qui se situe au centre de l'Afrique de l'Ouest. La population malienne est inégalement répartie sur le territoire national: plus de deux tiers de la population se concentrent sur moins du tiers du pays, soit au sud et dans la vallée du Niger. Le Mali a accédé à son indépendance en 1960 mettant ainsi fin à une longue période de domination coloniale française. L'économie malienne repose essentiellement sur le secteur primaire qui contribue pour plus de 44%, en moyenne, à la formation du PIB. La rigueur du climat, la mauvaise répartition des pluies, dans le temps et dans l'espace, ainsi que les sécheresses entraînent souvent une régression de l'activité économique (Ministère du Mali, 1996).

Selon l'indicateur du développement humain développé par le PNUD, le Mali se classe parmi les pays les moins avancés, 167^e sur 173 pays (PNUD, 1995). Les chiffres à cet égard sont très éloquentes. L'espérance de vie est de seulement 44,7 ans pour les hommes et de 48,09 ans pour les femmes (ACDI, 1995 cité Ministère du Mali, 1996). Le taux d'analphabétisation dans la population de 15 ans et plus a été évalué à 80 % en 1994 (Ministère du Mali, 1996). De plus, le taux brut de scolarisation au Mali est plutôt bas (39.1% en 1994). Plus de 70% de la population vit en-dessous du seuil de la pauvreté. Une majorité des maliens rencontrent des difficultés pour la satisfaction de leurs besoins essentiels, notamment dans les secteurs sociaux (éducation, santé, eau, hygiène publique, logement). Malgré les efforts déployés, les tendances des indicateurs de santé demeurent préoccupantes. En effet, le taux de mortalité infantile est de 104.5/ 1000 (ACDI, 1995 cité par Ministère du Mali, 1996) et le taux de mortalité est de 19.93 / 1000 (ACDI, 1995 cité par Ministère du Mali, 1996).

Système de santé. Les services de santé ont été assurés uniquement par le secteur public appuyé par la Coopération internationale jusqu'à ce que se produise la libéralisation des professions de santé en 1985. En ce qui a trait à l'offre de soins; les structures du secteur public forment un réseau pyramidal à six échelons qui suit le découpage administratif du pays. Seulement 30 % auraient accès aux services de santé modernes dans un rayon de 5 km. De plus, une répartition inadéquate des ressources humaines est à noter. En effet, le personnel de santé est très mal distribué, par exemple, à Bamako, qui représente seulement 10% de la population totale, on retrouve 42% de médecins, 40% d'infirmières et 50% de sages-femmes (Tinta, 1990)

Suivant la Constitution malienne, les prestations de services de santé devraient être en principe gratuites. Cependant, une grande partie du budget étant absorbée par les salaires des professionnels au détriment des autres frais de fonctionnement, il est devenu nécessaire de recourir progressivement à la participation des usagers en instaurant une tarification des soins et des médicaments dans les formations sanitaires publiques. Ce processus a été mis en oeuvre par l'Initiative de Bamako.

Les milieux d'enquête: La recherche a été effectuée dans cinq milieux. Ceux-ci diffèrent principalement par la présence ou l'absence de participation financière des communautés dans le système public, et par le niveau de concurrence existant sur le marché des services de santé et du médicament. On peut constater les différentes caractéristiques des milieux dans le tableau 17. Les données résumées dans ce tableau ont été obtenues par des analyses de milieu réalisées lors de l'étude parente.

Tableau 17
Les caractéristiques des milieux de l'étude

milieux	Koutiala	Niono	Gao	Molobala	Cocody
Population	40 000	20 000	30 000	4 200	5 500
Habitants	urbain	urbain	urbain	rural	rural
Participation communautaire au financement du système public	non	oui	oui	non	oui
Approvisionnement en médicaments essentiels	non	Régulier	Intermédiaire	non	Régulier
Performance générale du système public de santé	Faible	Acceptable	Intermédiaire	faible	Acceptable
SSMPU	1 centre de santé	1 centre de santé	3 centres de santé et 1 hôpital	1 centre de santé	1 centre de santé
SSMPR	nombreux et de différents types	présents, accessibles mais moins nombreux que Koutiala	Moins nombreux que Koutiala et accès variable	aucun	aucun mais accès facile à Niono
PT	très nombreux	nombreux	moins nombreux	peu nombreux	accès à ceux de Niono

Sujets de l'étude

Le plan d'échantillonnage: Le plan d'échantillonnage de l'étude parente reflète une sélection aléatoire et stratifiée des quartiers et des ménages. En effet, la technique échantillonnale combine l'échantillonnage par stratification et l'échantillonnage systématique. Les milieux ont été divisés en quartiers. Un échantillon a été tiré par quartier proportionnellement au nombre de ménages qui y résident. Le premier ménage qui fait l'objet de l'enquête dans un quartier donné fut tiré au hasard à partir d'une table de nombres aléatoires. De plus, une fraction échantillonnale de un sur sept a permis de sélectionner les autres premiers ménages. En ce qui a trait autres ménages de la journée, ils ont été déterminés en suivant un itinéraire précis. 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 (Fournier et coll., 1995; Diakité, 1998).

Description de l'échantillon de l'étude parente. La population-cible de l'étude parente est composée entre autres des chefs de ménages et des personnes ayant rapporté une épisode de maladie grave. L'échantillon est constitué de 1817 ménages dont 824 personnes ayant déclaré une épisode de maladie dans les deux dernières semaines (ou pour les enfants une personne habilitée à s'exprimer en son nom).

Description de l'échantillon des personnes se percevant gravement malades (PPGM): Des 824 malades, 392 personnes ont mentionné qu'elles percevaient leur maladie très grave ou qu'elles avaient perçu que leur vie avait été en danger. L'échantillon de la présente étude est donc de 392 personnes (47.6 % de l'échantillon de l'étude parente). Le tableau ci-dessous montre la répartition de l'échantillon de l'étude parente et celle des PPGM dans les cinq sites de l'étude.

Tableau 18

Répartition des personnes malades de l'étude parente et des PPGM selon les sites

Sites	Échantillon de l'étude parente (N = 824)		Pourcentage des gens qui se sont déclarés gravement malades dans chaque milieu (n = 392)	
	n	%	n	%
Koutiala	254	30.8 %	119	46.9 %
Niono	276	33.5 %	79	28.6 %
Gao	187	22.7 %	135	72.2 %
Moloba	49	5.9 %	29	59.2 %
Cocody	58	7 %	30	51.7 %
TOTAL	824	100 %	392	

On retrouve sensiblement des pourcentages similaires de personnes malades et PPGM dans les différents milieux sauf pour Niono et Gao (Tableau 18). En effet, à Niono, seulement 28.6% des personnes se perçoivent gravement malades tandis qu'à Gao, ce pourcentage s'élève à 72.2 % (Tableau 18). Par ailleurs, on constate que la majorité des gens malades à Moloba sont des PPGM (59.1 %). Étant donné que nous retrouvons peu de PPGM à Moloba et Coccody et que ces deux sites sont des milieux ruraux, nous avons décidé de regrouper ces deux catégories sous un seul et même vocable, soit celui de "rural".

Définition opérationnelle des variables

Les variables dépendantes. La principale variable de cette étude est le type de recours thérapeutique utilisé suite au dernier épisode de maladie vécue par le répondant. Cette variable est mesurée à l'aide de la question suivante: *Quand votre maladie est survenue, qu'est-ce que vous avez fait?* Cette question a été demandée pour le premier, le deuxième et le troisième recours. Pour chacun de ces recours, le répondant peut répondre parmi les modalités de recours suivantes: l'abstention thérapeutique, l'auto-traitement, les services de santé modernes publics, les services de santé modernes privés, le praticien traditionnel, la pharmacie ou le dépôt de médicaments, les vendeurs du marché, les boutiques, les vendeurs ambulants et autres.

L'analyse des réponses des PPGM a montré que certaines catégories de recours ont fait l'objet de très peu ou même d'aucune réponse. Pour cette raison, nous avons regroupé les catégories en cinq grands types de recours mutuellement exclusifs, chacun établi sur une échelle dichotomique représentant le recours ou non au type de recours thérapeutique:

(1) l'abstention thérapeutique (ABT) qui représente l'abstention de recourir à toute forme de traitement durant l'épisode de maladie; (2) l'auto-traitement (AT), qui inclut toute forme de soins à l'exclusion d'un prestataire de services de santé. Que ce soit le recours à des remèdes traditionnels ou l'acquisition de médicaments modernes par le malade auprès vendeurs ambulants, d'une pharmacie, à un dépôt ou par l'entremise de l'entourage du

malade; (3) le recours aux services de santé modernes publics (SSMPU) concerne les centres de santé publics et l'hôpital; (4) le recours aux services de santé modernes privés (SSMPR). Cette catégorie inclut les médecins ou les infirmiers exerçant dans un cabinet privé ou encore des centres tenus par des missions religieuses, des anciens combattants ou une entreprise privée; (5) Le praticien traditionnel (PT).

Le deuxième type de variables dépendantes concerne les transitions dans les recours thérapeutiques utilisés. En effet, en plus d'examiner les types de recours thérapeutiques utilisés par les PPGM, nous allons examiner les transitions effectuées par celles-ci durant leur épisode de maladie. Une transition se définit comme la relation entre deux types de recours qui se suivent dans une séquence thérapeutique (Ryan, 1995). Une séquence thérapeutique étant composée d'une série de types de recours thérapeutiques utilisés par les individus durant leur épisode de maladie. Par exemple, une personne se percevant gravement malade peut d'abord tenter de se soigner par elle-même avec un médicament et aller visiter le centre de santé et, finalement, continuer avec un praticien traditionnel. La séquence thérapeutique de cette personne serait donc dans l'ordre: l'auto-traitement, les services de santé modernes publics et le praticien traditionnel. Le passage de l'auto-traitement vers les services de santé modernes publics constitue la première transition tandis que celui des services de santé modernes publics vers le praticien traditionnel, la deuxième transition. Étant donné que seulement 2.8% des PPGM ont utilisé un troisième recours dans le cadre de ce projet, nous allons nous pencher uniquement sur les premières transitions, c'est-à-dire le passage du premier vers le deuxième recours.

Il y a plusieurs façons de regrouper les recours thérapeutiques, cela dépend de ce qui nous intéresse. Nous allons examiner les transitions en faisant d'abord un regroupement général des types de recours thérapeutiques présentés plus haut en trois grandes catégories soient: 1- ABT: Les personnes qui se sont abstenus; 2- L'auto-traitement: les personnes qui se sont soignées seules (cette catégorie inclut l'auto-médication traditionnelle ou l'utilisation du médicament moderne, le marché, les vendeurs ambulants, les pharmacies et

les dépôts) et 3-Consultation: cette catégorie inclut tous les recours aux services de santé modernes publics et privés ainsi que le recours au praticien traditionnel. Par la suite nous allons examiner les transitions plus spécifiques relatives à un regroupement de recours thérapeutiques plus spécifiques. Les deux premières catégories resteront inchangées mais la troisième catégorie “ consultation” sera divisée. Ainsi, nous obtiendrons un regroupement à cinq catégories: 1-ABT, 2- L’auto-traitement, 3-Praticien traditionnel, 4-Services de santé modernes publics et 5-Services de santé modernes privés.

Les variables indépendantes. Les variables indépendantes sont regroupées en quatre grandes catégories.

(1) les caractéristiques socio-démographiques: l’âge (échelle ordinale), le genre, la position du malade au sein de son ménage (échelle catégorielle) et l’éducation (échelle catégorielle)

(2) Les caractéristiques du ménage: le statut socio-économique est mesuré par les possessions de biens matériels et d’animaux (échelle catégorielle). Certaines caractéristiques du chef du ménage soit son éducation et sa profession. De plus s’il est propriétaire du logement (reflète également revenu), le nombre d’enfants vivants et finalement le site.

(3) Les caractéristiques de la maladie: la nature des plaintes (échelle catégorielle).

(4) Les caractéristiques des recours thérapeutiques telles que perçues par les personnes se percevant gravement malades: caractéristiques ayant trait à la perception des services de santé (accessibilité financière (le coût), accessibilité géographique(la disponibilité), la qualité perçue (la possibilité. d’avoir une ordonnance, une consultation ou un diagnostic, l’efficacité attribuée). Ces dernières sont mesurées sur des échelles dichotomiques, catégorielles et continues.

Instrument de collecte de données

L'instrument a été testé à trois reprises avant d'être utilisé par l'étude parente. Le premier test, qui s'est déroulé dans un quartier de Bamako, a permis d'améliorer la formulation de certaines questions et d'en éliminer certaines qui suscitaient des difficultés de compréhension chez les répondants. L'instrument a également été utilisé dans une enquête réalisée dans un autre quartier de Bamako. Les questions ouvertes du questionnaire ont pu être transformées en questions fermées ou semi-fermées. Un dernier test a finalement été effectué à Koutiala. Ce dernier a servi de cavenas pour l'étude principale et a permis également d'ajuster les méthodes et d'optimiser la validité de contenu des instruments (Fournier et coll., 1995; Diakité, 1998).

Le questionnaire est constitué de deux sections dont l'une s'adresse au chef du ménage et l'autre à la personne ayant rapporté une épisode de maladie. Ce questionnaire recueille, auprès des répondants, des informations sur leurs comportements de santé et d'utilisation des services de santé. Les réponses aux questions sont mesurées sur des échelles dichotomiques, catégorielles et continues.

Analyses statistiques

Les principales analyses statistiques effectuées dans le cadre de cette étude sont des analyses descriptives et des analyses bivariées. Dans un premier temps, les distributions de fréquences sont présentées pour établir le profil des réponses selon les différentes variables indépendantes et dépendantes. Dans un deuxième temps, des analyses bivariées sont présentées afin de mettre en relation les types de recours thérapeutiques et les différentes types de transitions avec les différentes variables indépendantes. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du test du Chi-carré, qui permet d'évaluer si les réponses varient de façon significative selon chacune des variables indépendantes. Dans le cas des relations qui s'avéreront significatives (entre un type de recours (ou une transition) et une variable

indépendante), nous présenterons également les résidus standardisés ajustés (Haberman, 1973) et ce, afin d'identifier dans quelles catégories de réponses (ou dans quels groupes de répondants) se situent les différences significatives. Plus précisément, ces résidus indiquent le degré d'écart entre une proportion observée et la proportion prévue s' il n'y avait aucune différence entre les catégories. Comme ces résidus se distribuent normalement avec une moyenne de zéro et un écart-type de un, des résidus de 1,96 et plus indiquent des différences significatives au seuil alpha (probabilité d'erreur de 0,05).

Limites méthodologiques

Les limites auxquelles sont assujettie l'étude sont celles associées à l'utilisation d'une banque de données déjà constituée. Il faut noter que les comportements d'utilisation des services de santé ne sont qu'une petite partie de l'étude parente qui n'avait pas pour objectif principal de déterminer les caractéristiques associées aux recours thérapeutiques. Un des aspects limitant est que certaines variables d'intérêts ne sont pas présentes dans la banque de données. Tel est le cas de l'étiologie perçue de la maladie et de la durée de la maladie. Il aurait certainement été souhaitable de pouvoir bénéficier de ces renseignements pour pouvoir considérer avec plus de précision l'influence de la maladie et ses perceptions sur le choix des recours thérapeutiques. Par ailleurs, la réaction des répondants à l'étude et à ses enquêteurs n'est pas à négliger. En effet, les recours à la médecine traditionnelle sont souvent sous-déclarés, cela peut être dû, entre autres, à ce qu'Haddad (1992) qualifie de "désirabilité sociale". Machouf (1997) déclare quant à elle, dans sa propre expérience de collecte des données, que les individus étaient réticents à déclarer leur revenu et leur possessions matérielles car ils avaient peur de se voir obligé de payer davantage d'impôts au gouvernement. Cet aspect limitant est important à considérer lors de l'interprétation des résultats. La présente étude a pour but d'examiner les associations entre des facteurs, et donc aucune relation de cause à effet directe ne sera faite, ceci réduira la puissance d'explication du phénomène. De plus, certaines limites de notre étude viennent du caractère transversal des données recueillies, car il est difficile de déterminer, à partir des données de

ce type, la séquence chronologique d'apparition des différents facteurs étudiés.

Considérations éthiques

Les communautés ont été largement informées des objectifs et contenu de l'étude. Notamment, la diffusion de l'information s'est faite lors de réunions avec les responsables administratifs et communautaires et par la voie des radios locales. La confidentialité des données recueillies et le respect de l'anonymat des répondants ont été maintenus. Les noms des répondants n'ont jamais été demandés et ne figurent pas sur les questionnaires.

Présentation des résultats

Les résultats des analyses descriptives et bivariées sont présentés dans ce chapitre selon les objectifs de la recherche. Ceux-ci sont, rappelons le, d'identifier les caractéristiques⁵ associées à 5 options de recours thérapeutiques des personnes se percevant gravement malades (PPGM)⁶ et d'examiner les séquences thérapeutiques adoptées par celles-ci. Dans un premier temps, une description des caractéristiques socio-démographiques des PPGM, celles de leur ménage ainsi que celles reliées à leur maladie sera présentée. Cette description permettra d'identifier les environnements physique et social dans lesquels les recours thérapeutiques ont eu lieu. Ces caractéristiques sont présentées selon les différents sites de l'étude afin d'identifier si celles-ci sont prédominantes pour chacun des sites. Cette classification permet une meilleure représentation et facilitera l'interprétation des données. Dans un deuxième temps, nous décrirons les types de recours utilisés ainsi que les transitions effectuées par les PPGM durant les épisodes de leur maladie. Finalement, dans un troisième temps, les résultats des analyses bivariées seront présentées toujours selon les objectifs de cette recherche.

Statistiques descriptives

Description de l'échantillon.

Les caractéristiques socio-démographiques des PPGM. La répartition des sujets de l'échantillon selon les variables socio-démographiques est exposée dans le tableau 19 ci-dessous. L'échantillon est composé en majorité d'enfants et d'adolescents de 0 à 19 ans soit 48.3%. Notons qu'à Koutiala, on retrouve la plus grande proportion de jeunes âgées entre 6 et 19 ans soit de 30.3%. Les personnes âgées de 51 ans et plus constituent 11.9 % de

⁵

Les caractéristiques socio-démographiques et du ménage des personnes se percevant gravement malades, de la maladie ainsi que celles des services tels que perçues par les personnes se percevant gravement malades.

⁶ Afin d'alléger le texte cet acronyme sera utilisé

l'échantillon et, de ce nombre, 50% proviennent de Gao. Par rapport à la position du PPGM au sein du ménage, la plupart sont des enfants (42.6%) d'où, la plus grande concentration se retrouvent dans les milieux ruraux. La plus importante proportion de chef et de la catégorie "autre" se retrouve à Gao. Outre la prédominance du genre féminin (53.3 %), il faut noter que le niveau d'instruction est faible. Seulement 29.8 % des PPGM ont complété une éducation primaire et 5.9 % une éducation secondaire, ces derniers vivant en grande majorité à Gao (65.2%). Notons qu'aucune PPGM ayant complété leurs études secondaires habitent les milieux ruraux (Tableau 19).

Tableau 19

Distribution des caractéristiques socio-démographiques des PPGM par sites (N)⁷

Caractéristiques	Koutiala		Niono		Gao		Rural		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Âge										
0-5ans	29	(24.4)	21	(26.6)	31	(24.2)	20	(33.9)	101	(26.2)
6-19ans	36	(30.3)	18	(16.4)	21	(16.4)	10	(16.9)	85	(22.1)
20-50ans	45	(37.8)	30	(41.4)	53	(41.4)	25	(42.4)	153	(39.7)
>=51ans	9	(7.6)	10	(18.0)	23	(18.0)	4	(6.8)	46	(11.9)
Total	119	(100)	79	(100)	128	(100)	59	(100)	385	(100)
Genre										
homme	54	(45.8)	33	(41.8)	66	(48.9)	29	(49.2)	182	46.5
femme	64	(54.2)	46	(58.2)	69	(51.1)	30	(50.8)	209	53.3
Total	118	(100)	79	(100)	135	(100)	59	(100)	391	100
Position dans ménage										
chef	16	(13.4)	9	(11.4)	30	(22.2)	8	(13.6)	63	(16.1)
épouse	25	(21.0)	22	(27.8)	23	(17.0)	13	(22.0)	83	(21.2)
enfant	59	(49.6)	32	(40.5)	42	(31.1)	34	(57.6)	167	(42.6)
autre	19	(16.0)	16	(20.3)	40	(29.6)	4	(6.8)	79	(20.2)
Total	119	(100)	79	(100)	135	(100)	59	(100)	392	(100)
Éducation										

⁷ Le "N" varie de 385 à 392

Caractéristiques	Koutiala		Niono		Gao		Rural		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
aucune	37	(31.1)	27	(34.6)	47	(34.8)	25	(42.4)	136	(34.9)
primaire	47	(39.5)	23	(29.5)	35	(25.9)	12	(20.3)	117	(29.9)
secondaire	4	(3.4)	4	(5.1)	15	(11.1)	0	(0)	23	(5.9)
n/a (enfants)	31	(26.1)	24	(30.8)	38	(28.1)	22	(37.3)	115	(29.4)
Total	119	(100)	78	(100)	135	(100)	59	(100)	391	(100)

Les caractéristiques des ménages. La majorité des sujets possède un bien ou un animal (74.2%). En général, les chefs des ménages ne sont pas instruits (52.3%), seulement 12.2% ont reçu une éducation secondaire. De plus, ils sont, pour la plupart, propriétaires de leur habitation (71.2%). Environ un quart de ces chefs sont des agriculteurs, un quart sont des fonctionnaires ou des employés privés et le reste sont des commerçants, artisans ou autres. Par rapport au nombre d'enfants, 52.6 % des ménages ont entre 1 et 5 enfants et 14% en ont plus de dix. Il est intéressant de noter qu'à Gao on retrouve une majorité de PPGM qui ne possèdent ni animal ni bien et une majorité de chefs de ménages qui ont complété une éducation secondaire. Notons également que dans les milieux ruraux, 91.5% des PPGM ont un bien ou un animal et qu'une majorité de chefs des ménages n'ont aucune instruction (Tableau 20).

Tableau 20
Distribution des caractéristiques des ménages des PPGM par sites (N)⁸

Caractéristiques	Koutiala		Niono		Gao		Rural		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Possessions										
-ni bien ni animal	6	(5.0)	6	(7.6)	28	(20.7)	2	(3.4)	42	(10.7)
-1 bien ou 1 animal	90	(75.6)	52	(65.8)	95	(70.4)	54	(91.5)	291	(74.2)
-1 bien et 1 animal	23	(19.3)	21	(26.6)	12	(8.9)	3	(5.1)	59	(15.1)
Total	119	(100)	79	(100)	135	(100)	59	(100)	392	(100)
Éducation-Chef										
aucune	56	(47.1)	37	(46.8)	71	(52.6)	41	(69.5)	205	(52.3)
primaire	52	(43.7)	36	(45.6)	34	(25.2)	17	(28.8)	139	(35.5)
secondaire	11	(9.2)	6	(7.6)	30	(22.2)	1	(1.7)	48	(12.2)
Total	119	(100)	79	(100)	135	(100)	59	(100)	392	(100)
Profession-Chef										
agriculteur	17	(14.3)	8	(10.1)	20	(14.8)	52	(88.1)	97	(24.7)
commerçant	27	(22.7)	25	(31.6)	14	(10.4)	2	(3.4)	68	(17.3)
artisan	24	(20.2)	15	(19.0)	23	(17.0)	2	(3.4)	64	(16.3)
fonctionnaire	12	(10.1)	11	(13.9)	27	(20.0)	0	(0)	50	(12.8)
employé privé	20	(16.8)	8	(10.1)	13	(9.6)	1	(1.7)	42	(10.7)
autre	19	(16.0)	12	(15.2)	38	(28.1)	2	(3.4)	71	(18.1)
Total	119	(100)	79	(100)	135	(100)	59	(100)	392	(100)
Proprio-Chef										
propriétaire	82	(68.9)	55	(69.6)	88	(65.7)	54	(91.5)	279	(71.4)
locataire	35	(29.4)	23	(29.1)	20	(14.9)	0	(0)	78	(19.9)
autre	2	(1.7)	1	(1.3)	26	(19.4)	5	(8.5)	34	(8.7)
Total	119	(100)	79	(100)	134	(100)	59	(100)	391	(100)
Nbre d'enfants										
aucun	2	(1.7)	3	(3.8)	8	(5.9)	2	(3.4)	15	(3.8)
1-5 enfants	56	(47.1)	38	(48.7)	88	(65.2)	24	(40.7)	206	(52.7)
6-9 enfants	38	(31.9)	24	(30.8)	30	(22.2)	23	(39.0)	115	(29.4)
plus de 10 enf	23	(19.3)	13	(16.7)	9	(6.7)	10	(16.9)	55	(14.1)
Total	119	(100)	78	(100)	135	(100)	59	(100)	391	(100)

Les caractéristiques de la maladie. Le tableau 21 illustre la répartition des plaintes

⁸ Le "N" varie de 391 à 392

exprimées par les PPGM. On constate que la fièvre et les maux de tête représentent environ 40% de toutes les plaintes exprimées.

Tableau 21
Distribution des plaintes exprimées par les PPGM

Plaintes	Fréquence	% plaintes (n=727)	% cas (n= 392)
Fièvre	165	22.7%	42.1%
Maux de tête	120	16.5%	30.6 %
Toux	71	9.8%	18.1%
Vomissement	66	9.1%	16.8%
Maux de ventre	60	8.3%	15.3%
Diarrhée	51	7.0%	13.0%
Maladie des yeux	12	1.7 %	3.1 %
Autres plaintes	182	25.0%	46.4%
Total	727	100%	185.4 %** ⁹

Tableau 22
Distribution des plaintes exprimées par les PPGM par sites

Plaintes	Koutiala (119)		Niono (79)		Gao (135)		Rural (59)		Total (392)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Fièvre	39	(32.8)	36	(45.6)	66	(48.9)	24	(40.7)	165	42.1
Maux de tête	40	(33.6)	25	(31.6)	42	(31.1)	13	(22.0)	120	30.6
Toux	24	(20.2)	15	(19.0)	20	(14.8)	12	(20.3)	71	18.1
Vomissement	19	(16.0)	16	(20.3)	18	(13.3)	13	(22.0)	66	16.8
Maux de ventre	23	(19.3)	10	(12.7)	18	(13.3)	9	(15.3)	60	15.3
Diarrhée	10	(8.4)	11	(13.9)	19	(14.1)	11	(18.6)	51	13.0
Maladie des yeux	7	(5.9)	2	(2.5)	3	(2.2)	0	(0)	12	3.1
Autres plaintes	64	(53.8)	39	(49.4)	48	(35.6)	31	(52.5)	182	46.4

⁹ Le total dépasse 100% puisqu'une personne peut avoir rapporté plus d'une plainte.

Les types de recours thérapeutiques

Les fréquences des types de recours durant les épisodes de la maladie sont d'abord examinées suivies des différentes positions qu'occupent les types de recours à l'intérieur des séquences thérapeutiques.

Les fréquences des types de recours: Alors que les choix de l'auto-traitement (36.0%) et des services de santé modernes publics (34.8 %) s'équivalent, 58.2 % des recours utilisés incluent une consultation avec un praticien et ce, qu'il soit de la médecine traditionnelle ou de la médecine moderne (Tableau 23).

Les types de recours à l'intérieur des séquences thérapeutiques. En ce qui a trait à la longueur des séquences thérapeutiques, on constate que des 392 épisodes de maladies, les personnes ont eu entre zéro et trois recours, la moyenne étant 1.32 recours par épisode de maladie. 92.3% des PPGM ont utilisé au moins un recours, les autres ayant d'abord choisi d'attendre ou de ne pas se traiter du tout. Seulement 29.1 % des PPGM ont utilisé un deuxième recours (114 personnes) et 2.8 % (11 personnes) un troisième recours (Tableau 23). Les types de recours varient selon qu'il s'agit des premiers, des deuxièmes ou des troisièmes recours dans les séquences. Il faut toutefois être prudent lorsque nous examinons ces tableaux, puisqu'une minorité seulement ont eu un deuxième et troisième recours. Ainsi, les proportions rapportées dans le tableau ont une importance relative et le troisième recours sera exclu des analyses.

La proportion de personnes s'abstenant de tout recours est de 5.8% (Tableau 23). On remarque que ce recours est présent uniquement en tant que premier recours. L'abstention thérapeutique est ainsi une alternative thérapeutique minoritaire. L'auto-traitement est le type de soins le plus utilisé en premier recours mais ce dernier perd considérablement de son importance au fil de la séquence thérapeutique. En effet, il subit une décroissance de 40.6 %, en premier recours, à 20.2% en deuxième recours. Les services

de santé modernes publics, quant à eux, restent assez stable dans le temps en terme de fréquence (Tableau 23). Les recours aux services de santé privés et aux praticiens traditionnels gagnent de l'importance en deuxième recours, et particulièrement le praticien traditionnel qui connaît une hausse marquée de 5.9%, en premier recours à 26.3% en deuxième recours (Tableau 23).

Tableau 23

Distribution des recours thérapeutiques lors des épisodes de maladie par les PPGM

Types de recours	Total		Premier recours		Deuxième recours		Troisième recours	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ABT	30	5.8 %	30	7.7 %				
AT	186	35.97 %	159	40.6 %	23	20.2 %	4	36.4 %
SSMPU	180	34.8 %	139	35.5 %	39	34.2 %	2	18.2 %
SSMPR	64	12.4 %	41	10.5 %	22	19.3 %	1	9.1 %
PT	57	11.0 %	23	5.9 %	30	26.3 %	4	36.4 %
Total (N)	517	100	392	100 %	114	100 %	11	100 %
Pas de recours					278	70.9 %	381	97.2 %

Le tableau 24 illustre le nombre de PPGM qui ont utilisé au moins une fois un recours thérapeutique et ce pour chacun des types de recours. En adoptant cette perspective, nous constatons que le recours le plus communément utilisé au moins une fois durant l'épisode de la maladie est l'auto-traitement (45.7 %). Toutefois si on considère tous les recours qui impliquent un praticien, on constate que trois personnes sur quatre ont consulté un praticien au moins une fois durant leur épisode de maladie.

Tableau 24

Distribution des PPGM qui ont utilisé au moins une fois chacun des types de recours thérapeutiques (N = 392)

Épisodes de maladies où un recours a été utilisé au moins une fois		
Types de recours	n	%
ABT	30	7.7
AT	180	45.7
PT	57	14.5
Centre de santé publique	129	32.9
Hôpital	32	8.2
Autres SSM	75	19.1

Les Transitions

Regroupement général: La transition la plus fréquente (39%) est composée des personnes qui ont d'abord consulté pour ensuite s'abstenir. Une autre transition fréquente (27.3%) est celle effectuée par ceux qui se sont soignés de façon autonome pour ensuite s'abstenir (Tableau 25). On constate que les PPGM ont plus de chance de continuer à chercher des soins lorsqu'ils ont d'abord tenté de se soigner seul que lorsqu'ils ont consulté un praticien. En effet, trois personnes sur quatre cessent le traitement après avoir consulté un praticien issu de la médecine moderne ou traditionnelle tandis que 67% cessent après s'être auto-traitées (Tableau 26).

Tableau 25

Distribution générale des transitions effectuées par les PPGM (fréquence totales des transitions) (N = 392)

VERS DE	ABT	AT	Consultation	Total
ABT	18 (4.6%)	4 (1.0%)	8 (2.0%)	30 (7.7%)
AT	107 (27.3%)	6 (1.5%)	46 (11.7%)	159 (40.6%)
Consultation	153 (39.0%)	13 (3.3%)	37 (9.4%)	203 (51.8%)
Total	278 (70.9%)	23 (5.9%)	91 (23.2%)	392 (100%)

Tableau 26

Distribution générale des transitions effectuées par les PPGM (fréquences des transitions relatives aux passages du premier recours vers le deuxième recours) (N = 392)

↗ DE	VERS	ABT	AT	Consultation	Total
ABT		18 (60%)	4 (13.4%)	8 (26.7%)	30 (100%)
AT		107 (67.3%)	6 (3.8%)	46 (28.9%)	159 (100%)
Consultation		153 (75.4%)	13 (6.4%)	37 (18.2%)	203 (100%)
Total		278	23	91	392 (100%)

Regroupement spécifique: Avec cinq types de recours thérapeutiques, 25 différentes transitions sont possibles. Or, nous en avons observé 21, soit 84% de toutes les possibilités (Tableau 27). Ceci suggère que les PPGM évitent certaines transitions de recours et que les recours choisis en premier lieu influencent les recours subséquents. Parmi les PPGM qui ont eu un deuxième recours, nous pouvons constater que les personnes sont peu fidèles aux premiers recours thérapeutiques choisis et cherchent plutôt une diversité de recours durant leur épisode de maladie. Si les PPGM avaient été fidèles à leurs recours, nous aurions retrouvé la majorité des personnes dans les diagonales des tableaux des transitions.

Les deux transitions les plus fréquentes, pratiquement sur un pied d'égalité en terme de fréquence, soit environ un tiers, sont effectuées par les PPGM qui se sont d'abord auto-traitées pour ensuite s'abstenir et par celles qui ont consulté un service de santé moderne public pour ensuite s'abstenir. Les autres transitions les plus fréquentes, que l'on peut observer dans le tableau 27, sont en ordre d'importance: 1-les personnes qui ont consulté les services de santé privés pour ensuite s'abstenir (9.4%); 2- Celles qui se sont auto-traitées et qui sont par la suite allées aux services de santé modernes publics (6.9%) 3- Celles qui se sont abstenues de se faire traiter (4.6%) et; 4- Celles qui sont d'abord allées au centre de santé public et qui sont ensuite allées consulter le praticien traditionnel (4.3%). Les six transitions mentionnées dans ce paragraphe comptent pour environ 80% de toutes les transitions effectuées par les PPGM. Par ailleurs, notons que la transition du système de

soins modernes publics vers le système de soins traditionnel se fait cinq fois plus que la transition inverse. La transition du système de soins modernes publics au privé semble univoque car nous n'observons pas de transition du système de soins modernes privés au public. La transition de l'auto-traitement au service de santé moderne public se fait trois fois plus souvent que la transition inverse (Tableau 27).

Tableau 27

Distribution spécifique des transitions effectuées par les PPGM (fréquences totales des transitions) (N = 392)

VERS ↗ DE	ABT	AT	SSMPU	SSMPR	PT	Total
ABT	18 (4.6%)	4 (1.0%)	3 (0.8%)	4 (1.0%)	1 (0.3%)	30 (7.7%)
AT	107(27.2%)	6 (1.5%)	27 (6.9%)	11 (2.8%)	8 (2.0%)	159 (40.6%)
SSMPU	105 (26.8%)	8 (2.0%)	6 (1.5%)	3 (0.8%)	17 (4.3%)	139 (35.5%)
SSMPR	37 (9.4%)	0	0	0	4 (1.0%)	41 (10.5%)
PT	11 (2.8%)	5 (1.3%)	3 (0.8%)	4 (1.0%)	0	23 (5.9%)
Total	278 (70.9%)	23 (5.9%)	39 (9.9%)	22 (5.6%)	30 (7.7%)	392 (100%)

Les PPGM continuent davantage à chercher des soins suite à une consultation avec le praticien traditionnel qu'après une consultation dans un service de santé modernes. Dans 90.2 % des cas, les PPGM cessent de chercher des soins après avoir reçu des soins des services de santé modernes privés (Tableau 28).

Tableau 28

Distribution spécifique des transitions effectuées par les PPGM (fréquences des transitions relatives aux passages du premier recours vers le deuxième recours)

VERS ↗ DE	ABT	AT	SSMPU	SSMPR	PT	Total
ABT	18 (60%)	4 (13.3%)	3 (10%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)	30 (100 %)
AT	107 (67.3%)	6 (3.8%)	27 (16.98%)	11 (6.9%)	8(5.0%)	159 (100 %)
SSMPU	105 (75.5%)	8 (5.8%)	6 (4.3%)	3 (2.2%)	17 (12.2%)	139 (100 %)
SSMPR	37(90.2%)	0	0	0	4 (9.8%)	41 (100 %)
PT	11 (47.8%)	5 (21.7%)	3 (13%)	4 (17.4%)	0	23 (100 %)
Total	278 (70.9%)	23 (5.9%)	39 (9.9%)	22 (5.6%)	30 (7.7%)	392 (100 %)

Dans le tableau 29, il est intéressant de noter que 69.2% des PPGM qui viennent consulter les services de santé modernes publics ont d'abord tenté de s'auto-traiter. Cette transition est environ deux fois plus fréquente que l'inverse. Une autre transition d'intérêt est celle des services de santé modernes publics vers le praticien traditionnel, car 56.7% des PPGM qui viennent consulter le praticien traditionnel ont d'abord consulté les services de santé modernes publics.

Tableau 29

Distribution spécifique des transitions effectuées par les PPGM (fréquences des transitions relatives aux recours qui ont précédé le deuxième recours)

VERS ↗ DE	ABT	AT	SSMPU	SSMPR	PT	Total
ABT	18 (6.5%)	4 (17.4%)	3 (5.8 %)	4 (18.2%)	1(3.3%)	30 (7.7%)
AT	107(38.4%)	6(26.1%)	27(69.2%)	11(50%)	8(26.7%)	159 (40.6%)
SSMPU	105(37.8%)	8 (34.8%)	6 (15.4%)	3 (13.6%)	17(56.7%)	139 (35.5%)
SSMPR	37(13.3%)	0	0	0	4 (13.3%)	41(10.5%)
Pt	11(3.95%)	5(26.3%)	3(7.7%)	4(18.2%)	0	23 (5.9%)
Total	278 (100 %)	23 (100%)	39 (100%)	22(100%)	30 (100%)	392 (100%)

Analyses bivariées

Les résultats des analyses bivariées sont présentés en deux grandes parties qui reflètent les questions de recherche. Dans la première partie, nous aborderons les caractéristiques qui sont associées à chacun des types de recours thérapeutiques et, dans la seconde partie, nous examinerons les caractéristiques associées aux différentes transitions effectuées par les PPGM durant un épisode de maladie. Etant donné que nous ne pouvons pas comparer les différents recours entre eux car ce ne sont pas des catégories exclusives, les caractéristiques des sujets qui ont eu recours à un type de recours (ou à une transition) seront comparées aux caractéristiques des sujets n'ayant pas fait ce type de recours (ou transition). De plus, seules les associations significatives entre les variables indépendantes et dépendantes seront examinées.

Les caractéristiques associées aux types de recours thérapeutiques

Nous passerons en revue les caractéristiques qui sont associées aux recours thérapeutiques et ensuite nous résumerons pour chacun des types de recours. Notons que les caractéristiques attribuées aux recours thérapeutiques telles que perçues par les PPGM ne feront l'objet que d'un tableau de fréquences car aucun test de Chi-carré n'a été effectué, et ce, dû au fait qu'une personne peut avoir utilisé deux fois le recours et avoir donné deux raisons différentes.

Les caractéristiques socio-démographiques des PPGM: L'âge est une variable associée au choix du recours thérapeutique. En effet, elle-ci a été trouvée significativement associée au choix de l'AT où on retrouve une plus grande proportion de PPGM âgées entre 6 et 19 ans et une minorité de PPGM âgées entre 20 et 50 ans qui ont choisi cette option. Une association a été également trouvée avec le recours aux SSMPU où les enfants âgés entre 0 et 5 ans sont amenés en plus grande proportion que les autres catégories d'âge et où les 6 à 19 ans vont en moins grande proportion. La position qu'occupe les PPGM au sein

du ménage influence le recours aux SSMPU. Les épouses ont consulté davantage les SSMPU comparativement aux autres catégories. Finalement, une faible proportion de PPGM qui ont complété leur secondaire ont eu recours à l'AT alors qu'une majorité ont eu recours aux SSMPU. On peut également constater qu'une faible proportion de personnes n'ayant aucune éducation a consulté les SSMPU (Tableau 30).

Tableau 30

Les caractéristiques socio-démographiques associées à chacun des types de recours thérapeutiques choisis à un moment donné durant l'épisode de maladie

Caractéristiques	ABT		AT		SSMPU		SSMPR		PT	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
Âge (ddl=3)										
0-5ans	5.9	94.1	37.6	62.4	51.5 ⁺	48.5	20.8	79.2	16.8	83.2
6-19ans	5.9	94.1	62.4 ⁺⁺⁺	37.6	34.1 ⁺	65.9	14.1	85.9	9.4	90.6
20-50ans	9.8	90.2	39.2 ⁺	60.8	46.4	53.6	15.7	84.3	17.6	82.4
>=51ans	8.7	91.3	54.3	45.7	34.8	65.2	15.2	84.8	8.7	91.3
	$\chi^2 = 1.827$		$\chi^2 = 16.132^{***}$		$\chi^2 = 7.604^*$		$\chi^2 = 1.814$		$\chi^2 = 4.678$	
Genre (ddl=1)										
homme	4.9	95.1	49.5	50.5	42.9	57.1	17.0	83.0	17.6	82.4
femme	10.0	90.0	42.1	57.9	45.0	55.0	15.8	84.2	11.5	88.5
	$\chi^2 = 3.576$		$\chi^2 = 2.116$		$\chi^2 = 0.177$		$\chi^2 = 0.110$		$\chi^2 = 2.949$	
Position-(ddl=3)										
chef	4.8	95.2	47.6	52.4	33.3	66.7	20.6	79.4	20.6	79.4
épouse	8.4	91.6	39.8	60.2	55.4 ⁺	44.6	9.6	90.4	14.5	85.5
enfant	7.8	92.2	45.5	54.5	47.3	52.7	18.6	81.4	14.4	85.6
autre	8.9	91.1	50.6	49.4	32.9 ⁻	67.1	15.2	84.8	10.1	89.9
	$\chi^2 = 0.984$		$\chi^2 = 2.051$		$\chi^2 = 11.991^{**}$		$\chi^2 = 4.260$		$\chi^2 = 3.126$	
Éducation(ddl=3)										
aucune	10.3	89.7	51.5	48.5	35.3 ⁻	64.7	14.7	85.3	9.6	90.4
primaire	5.1	94.9	49.6	50.4	42.7	57.3	16.2	83.8	17.9	82.1
secondaire	8.7	91.3	26.1 ⁻	73.9	65.2 ⁺	34.8	17.4	82.6	21.7	78.3
n/a	7.0	93.0	39.1	60.9	50.4	49.6	18.3	81.7	15.7	84.3
	$\chi^2 = 2.506$		$\chi^2 = 8.094^*$		$\chi^2 = 10.397^{**}$		$\chi^2 = 0.594$		$\chi^2 = 4.872$	
*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001 - ou +P < 0.05 ¹⁰ / -- ou ++P < 0.01 / --- ou +++P < 0.001										

Notons que pour les résidus standardisés ajustés, les plus (+) indiquent une proportion observée significativement supérieure à la proportion attendue s'il n'y avait pas de différence entre les groupes et les moins (-) indiquent l'inverse.

Caractéristiques	ABT		AT		SSMPU		SSMPR		PT	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
agriculteur	4.1	95.9	54.6	45.4	49.5	50.5	11.3	88.7	12.4	87.6
commerçant	7.4	92.6	35.3	64.7	51.5	48.5	17.6	82.4	16.2	83.8
artisan	4.7	95.3	46.9	53.1	40.6	59.4	18.8	81.3	10.9	89.1
fonctionnaire	8.0	92.0	36.0	64.0	58.0 ⁺	42.0	14.0	86.0	12.0	88.0
employé privé	9.5	90.5	52.4	47.6	28.6 ⁻	71.4	19.0	81.0	19.0	81.0
autre	14.1	85.9	45.1	54.9	31.0 ⁻	69.0	19.7	80.3	18.3	81.7
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 8.790$		$\chi^2 = 15.943^{**}$		$\chi^2 = 3.151$		$\chi^2 = 2.940$	
Prop-chef(ddl=2)										
propriétaire	6.1	93.9	47.3	52.7	45.5	54.5	16.5	83.5	13.3	86.7
locataire	7.7	92.3	42.3	57.7	41.0	59.0	19.2	80.8	23.1 ⁺	76.9
autre	20.6 ^{**}	79.4	38.2	61.8	35.3	64.7	8.8	91.2	5.9	94.1
	$\chi^2 = 8.989^{**}$		$\chi^2 = 1.413$		$\chi^2 = 1.578$		$\chi^2 = 1.884$		$\chi^2 = 6.977^*$	
Nbenfants(ddl=3)										
aucun	0	100	40.0	60.0	40.0	60.0	26.7	73.3	26.7	73.3
1-5 enfants	6.3	93.7	45.6	54.4	43.7	56.3	16.5	83.5	18.0	82.0
6-9 enfants	9.6	90.4	47.0	53.0	44.3	55.7	13.0	87.0	9.6	90.4
plus de 10 enfants	10.9	89.1	45.5	54.5	43.6	56.4	20.0	80.0	9.1	90.9
	$\chi^2 = 3.181$		$\chi^2 = 0.270$		$\chi^2 = 0.103$		$\chi^2 = 2.624$		$\chi^2 = 7.304$	
Site (ddl=3)										
Koutiala	8.4	91.6	47.9	52.1	26.1 ⁻⁻⁻	73.9	28.6 ⁺⁺⁺	71.4	18.5	81.5
Niono	5.1	94.9	43.0	57.0	54.4 ⁺	45.6	13.9	86.1	15.2	84.8
Gao	10.4	89.6	40.0	60.0	47.4	52.6	12.6	87.4	10.4	89.6
Rural	3.4	96.6	57.6	42.4	57.6 ⁺	42.4	3.4 ⁻	96.6	15.3	84.7
	$\chi^2 = 3.772$		$\chi^2 = 5.608$		$\chi^2 = 24.143^{***}$		$\chi^2 = 22.001^{***}$		$\chi^2 = 3.432$	

*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001

- ou +P < 0.05 / -- ou ++P < 0.01 / --- ou +++P < 0.001

Les caractéristiques de la maladie associées aux types de recours thérapeutiques:

Seulement trois plaintes ont été associées aux types de recours thérapeutiques chez les PPGM. Tout d'abord, la fièvre a été associée aux choix de l'ABT où une minorité de PPGM qui se sont plaints de fièvre, ont choisi l'ABT. Les autres plaintes, moins communes, ont également été associées à l'ABT. Une plus grande proportion de PPGM qui ont souffert d'autres plaintes ont choisi l'ABT. Enfin, les PPGM qui ont souffert de maux de tête se sont auto-traités en plus grande proportion que les autres (Tableau 32).

Caractéristiques	ABT		AT		SSMPU		SSMPR		PT	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
oui	11.0 ⁺	89.0	43.4	56.6	41.2	58.8	16.5	83.5	16.5	83.5
non	4.8	95.2	47.6	52.4	46.2	53.8	16.2	83.8	12.9	87.1
	$\chi^2 = 5.35^*$		$\chi^2 = 0.697$		$\chi^2 = 0.983$		$\chi^2 = 0.006$		$\chi^2 = 1.032$	
*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001 - ou +P < 0.05 /-- ou ++P < 0.01 /---ou +++P < 0.001										

Synthèse selon les différents types de recours thérapeutiques

L'abstention thérapeutique (ABT): On remarque quelques variables associées à la décision de s'abstenir à un moment donné dans l'épisode de la maladie (tableau 30). Nous avons pu effectuer un test de chi-carré entre l'ABT et les possessions en regroupant des catégories et nous avons trouvé une association significative ($\chi^2 = 8.642$ à un $p = 0.001$) : ceux qui n'ont ni bien ni animal ont opté pour l'ABT en plus grande proportion (19%) que ceux qui ont un bien ou un animal ou que ceux qui ont un bien et un animal (6.3%). Une association significative a également été trouvée avec le fait que le chef du ménage ne soit ni locataire ni propriétaire et l'ABT. Seulement 3.6% des personnes qui ont eu de la fièvre ont décidé, à un moment donné, de ne rien faire. Une association significative a également été trouvée avec les personnes qui ont souffert des "autres" plaintes, c'est à dire des maladies moins communes (Tableau 30, 31, 32). En fait, 66.7% des sujets qui se sont abstenus de traitement à un moment donné souffrait d'autres plaintes. En ce qui a trait aux raisons évoquées, la moitié des personnes disent avoir perçu la maladie non grave et 46.7% ont évoqué d'autres raisons qui incluent les raisons peu communes (Tableau 33).

L'auto-traitement (AT): L'auto-traitement varie de façon significative selon l'âge. Les jeunes de 6 à 19 ans ont choisi l'auto-traitement en plus grande proportion (62.4%) que les autres groupes d'âge. L'éducation secondaire est associée de façon négative avec le recours à l'auto-traitement. Seulement 26.1% des PPGM qui ont complété leur secondaire se sont auto-traités. Il est intéressant de noter que l'éducation des chefs de ménage est également associée de façon significative avec le recours à l'auto-traitement du PPGM au

sein de ce ménage. En ce qui a trait aux caractéristiques de la maladie, les maux de tête sont associés de façon significative à l'auto-traitement (Tableau 30, 31, 32). Par rapport au recours à l'auto-traitement, deux raisons ressortent majoritairement (environ deux-tiers des réponses données) soit l'efficacité perçue du recours, et la disponibilité de ce recours (Tableau 33).

Le praticien traditionnel (PT). La seule caractéristique qui est associée de façon significative au choix du praticien traditionnel durant l'épisode de la maladie est si le chef du ménage est locataire/ propriétaire ou autre. On constate notamment que les PPGM dont le chef de famille est locataire ont consulté davantage un praticien traditionnel que les autres catégories (Tableau 30,31,32). Les trois principales raisons évoquées pour le choix du PT sont: l'efficacité perçue, le choix précédant étant peu bénéfique et finalement le coût peu élevé (Tableau 33).

Les services de santé modernes publics (SSMPU). L'âge est associé au choix du recours aux SSMPU. Les enfants âgés entre 0 à 5 ans ont été menés en plus grand nombre aux SSMPU proportionnellement aux autres catégories d'âges tandis que les 6 à 19 ans ont consulté moins fréquemment. La position familiale qu'occupe le PPGM a également été trouvée significative. Les épouses ont consulté davantage les SSMPU que les autres catégories. Notons l'association entre l'éducation et le recours aux SSMPU: plus on est éduqué plus on consulte les SSMPU. En effet, seulement 35.3 % des PPGM sans éducation ont consulté les SSMPU tandis que 65.2% des PPGM ayant complété leur éducation secondaire ont consulté les SSMPU. Les PPGM dont le chef de ménage est fonctionnaire optent en plus grand nombre pour les SSMPU et, à l'inverse, les PPGM dont le chef de ménage est un employé privé fréquentent moins les SSMPU. Enfin, on peut noter une association entre le site et le recours aux SSMPU. Seulement 32.4% des PPGM qui habitent Koutiala ont consulté les SSMPU tandis qu'à Niono plus de la moitié (55.0%) y sont allés (Tableaux 30,31,32). Les deux raisons les plus fréquemment mentionnées pour consulter les SSMPU sont: la disponibilité des ressources et la possibilité d'obtenir une consultation

ou un diagnostic (Tableau 33). Les autres raisons mentionnées en ordre d'importance sont: pour avoir une ordonnance, pour l'efficacité perçue et parce que le choix précédent n'était pas bénéfique. Il est intéressant de noter qu'à Koutiala la raison la plus fréquemment mentionnée pour avoir consulté les SSMPU est la disponibilité des ressources tandis qu'à Niono la raison invoquée est la possibilité d'obtenir une consultation ou un diagnostic.

Les services de santé modernes privés (SSMPR). Le site est la seule variable indépendante associée de façon significative aux SSMPR. Près d'un quart des personnes PPGMs qui habitent à Koutiala ont consulté les SSMPR, comptant pour plus de la moitié (55%) de toute les personnes qui ont consulté les SSMPR (Tableau 30,31,32). Les raisons de consultation des SSMPR sont multiples. La principale raison, qui compte pour un quart de toutes les réponses, est la disponibilité des SSMPR. Ensuite, l'efficacité perçue des SSMPR représente 17.2% de toutes les réponses. Finalement, le coût peu élevé, la possibilité d'obtenir une ordonnance, et le choix antérieur non bénéfique représentent chacune 10.9 % de toutes les raisons pour avoir choisi les SSMPR (Tableau 33).

Tableau 33

Les raisons associées à chacun des types de recours thérapeutiques

Raisons	ABT		AT		SSMPU		SSMPR		PT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
maladie non grave	15	50.0	15	8.1	0	0	0	0	2	3.8
proximité	0	0	1	0.5	4	2.2	4	6.3	0	0
cout peu élevé	0	0	21	11.4	3	1.7	7	10.9	11	21.2
efficacité	1	3.3	78	42.2	23	12.8	11	17.2	16	30.8
disp des ressources	0	0	50	27.0	49	27.2	16	25.0	5	9.6
consult/ diagnostic	0	0	0	0	49	27.2	9	14.1	2	3.8
avoir ordonnance	0	0	0	0	29	16.1	7	10.9	0	0
choix 1 non bénéfique	0	0	7	3.8	22	12.2	7	10.9	14	26.9
autre raison (n =29)	14	46.7	13	7.0	1	0.6	3	4.7	2	3.8
Total	30	100	185	100	180	100	64	100	52	100

Caractéristiques	Aucun recours		Soigner seul		Exc. Praticien		Jamais SSMPU	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
homme	1.6	98.4	32.4	67.6	48.4	51.6	57.1	42.9
femme	7.2 **	92.8	36.4	63.6	48.8	51.2	55.0	45.0
	$\chi^2 = 6.77^{**}$		$\chi^2 = 0.670$		$\chi^2 = 0.008$		$\chi^2 = 0.177$	
Position-ménage (ddl=3)								
chef	1.6	98.4	38.1	61.9	49.2	50.8	66.7	33.3
épouse	4.8	95.2	28.9	71.1	48.2	51.8	44.6	55.4
enfant	4.8	95.2	31.1	68.9	49.1	50.9	52.7	47.3
autre	6.3	93.7	44.3	55.7	43.0	57.0	67.1 ⁺	32.9
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 5.705$		$\chi^2 = 1.344$		$\chi^2 = 11.991^{**}$	
Éducation (ddl=3)								
aucune	7.4 ⁺	92.6	45.6 ⁺⁺⁺	54.4	39.7 ^{..}	60.3	64.7 ⁺	35.3
primaire	0.9 [.]	99.1	33.3	66.7	48.7	51.3	57.3	42.7
secondaire	0	100	13.0 [.]	87.0	69.6	30.4	34.8 [.]	65.2
n/a(enfants)	6.1	93.9	27.0 [.]	73.0	53.9	46.1	49.6	50.4
	$\chi^2 = 7.739^*$		$\chi^2 = 15.046^{**}$		$\chi^2 = 9.646^*$		$\chi^2 = 10.397$	
*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001 - ou +P < 0.05 / -- ou ++P < 0.01 / --- ou +++P < 0.001								

Les caractéristiques du ménage: La majorité des PPGM dont leur chef n'a pas reçu d'éducation se sont soignées seules et à l'inverse celles dont leur chef a complété une éducation primaire se sont moins fréquemment soignées seules (Tableau 35).

Tableau 35

Les caractéristiques des ménages des PPGM associées aux transitions

Caractéristiques	Aucun recours		Soigner seul		Exc. Praticien		Jamais SSMPU	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
Possessions (ddl=3)								
ni bien ni animal	16.7	83.3	40.5	59.5	42.9	57.1	69.0	31.0
1 bien ou 1 animal	3.4	96.6	34.7	65.3	47.1	52.9	55.7	44.3
1 bien et 1 animal	1.7	98.3	28.8	71.2	59.3	40.7	49.2	50.8
	$\chi^2 = NAP$		$\chi^2 = 1.514$		$\chi^2 = 3.537$		$\chi^2 = 4.037$	
Instruction-chef (ddl=2)								
aucune	6.3	93.7	42.9 ⁺⁺⁺	57.1	41.5	58.5	61.5	38.5
primaire	2.2	97.8	25.9 [.]	74.9	54.7	45.3	51.8	48.2
secondaire	4.2	95.8	22.9	77.1	60.4	39.6	45.8	54.2

Caractéristiques	Aucun recours		Soigner seul		Exc. Praticien		Jamais SSMPU	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
	$\chi^2 = 3.331$		$\chi^2 = 13.853$ ***		$\chi^2 = 8.916$		$\chi^2 = 5.494$	
Profession-chef (ddl=5)								
agriculteur	3.1	96.9	36.1	63.9	42.3	57.7	50.5	49.5
commerçant	5.9	94.1	27.9	72.1	57.4	42.6	48.5	51.5
artisan	3.1	96.9	35.9	64.1	51.6	48.4	59.4	40.6
fonctionnaire	2.0	98.0	20.0	80.0	60.0	40.0	42.0*	58.0
employé privé	9.5	90.5	47.6	52.4	38.1	61.9	71.4*	28.6
autre	5.6	94.4	39.4	60.6	43.7	56.3	69.0*	31.0
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 10.085$		$\chi^2 = 9.016$		$\chi^2 = 15.943^*$	
Proprio-chef (ddl=2)								
propriétaire	2.9	97.1	33.3	66.7	48.4	51.6	54.5	45.5
locataire	5.1	94.9	30.8	69.2	51.3	48.7	59.0	41.0
autre	17.6	82.4	52.9	47.1	41.2	58.8	64.7	35.3
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 5.763$		$\chi^2 = 0.969$		$\chi^2 = 1.578$	
Nbr d'enfants (ddl=3)								
aucun	0	100	33.3	66.7	60.0	40.0	60.0	40.0
1-5 enfants	4.4	95.6	32.0	68.0	49.5	50.5	56.3	43.7
6-9 enfants	6.1	93.9	33.3	61.7	44.3	55.7	55.7	44.3
plus de 10 enfants	3.6	3.6	36.4	63.6	49.1	50.9	56.4	43.6
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 1.365$		$\chi^2 = 1.677$		$\chi^2 = 0.103$	
Site (ddl =3)								
Koutiala	5.9	94.1	39.5	60.5	44.5	55.5	73.9***	26.1
Niono	2.5	97.5	27.8	72.2	53.2	46.8	45.6*	54.4
Gao	5.9	94.1	34.8	65.2	52.6	47.4	52.6	47.4
Rural	1.7	98.3	32.2	67.8	40.7	59.3	42.4*	57.6
	$\chi^2 = 2.896$		$\chi^2 = 3.007$		$\chi^2 = 3.787$		$\chi^2 = 24.14$ ***	
*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001 - ou +P < 0.05 / -- ou ++P < 0.01 / --- ou +++P < 0.001								

Les caractéristiques de la maladie: Les PPGM qui se sont plaintes de fièvre se sont significativement moins abstenues et se sont plus rarement soignées seules (Tableau 36).

Tableau 36

Les caractéristiques de la maladies associées à chacune des transitions

Caractéristiques	Aucun recours		Soigner seul		Exc. Praticien		Jamais SSMPU	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
Fièvre (ddl=1)								
oui	1.8	98.2	28.5	71.5	51.5	48.5	51.5	48.5
non	6.6	93.4	38.8	61.2	46.3	53.7	59.5	40.5
	$\chi^2 = 5.004 *$		$\chi^2 = 4.474*$		$\chi^2 = 1.058$		$\chi^2 = 2.456$	
Maux de tête (ddl=1)								
oui	2.5	97.5	35.8	64.2	41.7	58.3	60.8	39.2
non	5.5	94.5	33.8	66.2	51.5	48.5	54.0	46.0
	$\chi^2 = 1.727$		$\chi^2 = 0.149$		$\chi^2 = 3.204$		$\chi^2 = 1.559$	
Maux de ventre (ddl=1)								
oui	6.7	93.3	26.7	73.3	56.7	43.3	50.0	50.0
non	4.2	95.8	35.8	64.2	47.0	53.0	57.2	42.8
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 1.895$		$\chi^2 = 1.906$		$\chi^2 = 1.078$	
Diarrhée (ddl=1)								
oui	3.9	96.1	25.5	74.5	52.9	47.1	49.0	51.0
non	4.7	95.3	35.8	64.2	47.8	52.2	57.2	42.8
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 2.079$		$\chi^2 = 0.469$		$\chi^2 = 1.201$	
Toux (ddl=1)								
oui	5.6	94.4	31.0	69.0	53.5	46.5	50.7	49.3
non	4.4	95.6	35.2	64.8	47.4	52.6	57.3	42.7
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 0.458$		$\chi^2 = 0.886$		$\chi^2 = 1.034$	
Vomissement (ddl=1)								
oui	3.0	97.0	31.8	68.2	51.5	48.5	53.0	47.0
non	4.9	95.1	35.0	65.0	47.9	52.1	56.7	43.3
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 0.241$		$\chi^2 = 0.295$		$\chi^2 = 0.308$	
Maladie-yeux (ddl=1)								
oui	0	100	58.3	41.7	41.7	58.3	75.0	25.0
non	4.7	95.3	33.7	66.3	48.7	51.3	55.5	44.5
	$\chi^2 = N/A$		$\chi^2 = 3.130$		$\chi^2 = 0.229$		$\chi^2 = 1.791$	
Autres plaintes (ddl=1)								
oui	5.5	94.5	35.7	64.3	48.4	51.6	58.8	41.2
non	3.8	96.2	33.3	66.7	48.6	51.4	53.8	46.2

Caractéristiques	Aucun recours		Soigner seul		Exc. Praticien		Jamais SSMPU	
	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non	%oui	%non
	$\chi^2 = 0.632$		$\chi^2 = 0.245$		$\chi^2 = 0.002$		$\chi^2 = 0.983$	
*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001 - ou +P < 0.05 /-- ou ++P < 0.01 /---ou +++P < 0.001								

Tableau 37

Les caractéristiques des recours telles que perçues par les PPGM

Caractéristiques	Aucun recours		Soigner seul		Exc. Praticien		Jamais SSMPU	
	%oui (18)	%non (374)	%oui (190)	%non (202)	%oui (190)	%non (202)	%oui (220)	%non (172)
Raisons du 1er recours								
mldie non grave (n =32)	15.6	84.4	28.1	71.9	6.3 ⁻⁻⁻	93.8	56.3	43.8
proximité (n =8)	0	100	12.5	87.5	87.5 ⁺	12.5	62.5	37.5
cout peu élevé (n =0)	0	100	46.9	53.1	34.4	65.6	81.3	18.8
efficacité (n =104)	1	99.0	52.9 ⁺⁺⁺	47.1	32.7 ⁻⁻⁻	67.3	75.0 ⁺⁺⁺	25.0
disp des ressources (n=108)	0	100	30.6	69.4	51.9	48.1	50.9	49.1
consult/ diagnostic (n =43)	0	100	0 ⁻⁻⁻	100.0	100 ⁺⁺⁺	0	9.3 ⁻⁻⁻	90.7
avoir ordonnance (n =35)	0	100	0 ⁻⁻⁻	100.0	97.1 ⁺⁺⁺	2.9	17.1 ⁻⁻⁻	82.9
autre raison (n =29)	41.4	58.6	75.9 ⁺⁺⁺	24.1	10.3 ⁻⁻⁻	89.7	96.6 ⁺⁺⁺	3.4
	$\chi^2 = \text{NAP}$ ddl = 3		$\chi^2 = 83.765^{***}$ ddl = 3		$\chi^2 = 136.889^{***}$ ddl = 3		$\chi^2 = 103.767^{***}$ ddl = 3	
*P < 0.05 / **P < 0.01 / ***P < 0.001 - ou +P < 0.05 /-- ou ++P < 0.01 /---ou +++P < 0.001								

Synthèse selon les différentes transitions effectuées

Les PPGM qui n'ont fait aucun recours. Le genre et l'éducation ont été trouvés comme étant significativement associés aux PPGM qui se sont abstenues. En fait, 83.3 % des PPGM qui ont décidé de ne rien faire sont des femmes et 55.6% de ces personnes n'ont aucune instruction. Notons également que la fièvre a été négativement associée. On constate que pour plusieurs variables, aucun test de Chi-deux n'a pu être effectué en raison des petits effectifs. Toutefois en regroupant des catégories de certaines variables nous avons

pu effectuer des tests de Chi-deux et nous avons trouvé une relation significative entre les possessions et le fait que le chef du ménage soit propriétaire ou non de son habitation. En effet, 38.9 % n'ont ni bien ni animal et seulement 2.9% des propriétaires n'ont rien fait. En ce qui a trait aux raisons d'abstention thérapeutique, 66.7% des personnes ont mentionné des raisons appartenant à la catégorie " autres" c'est à dire des raisons moins communes.

Les PPGM qui se sont soignées seules. Les PPGM âgées entre 6 et 19 ans ont davantage recours à l'auto-traitement lorsqu'on les compare aux autres catégories d'âge tandis que les enfants âgés de 0 à 5 ans y sont menés moins fréquemment. L'éducation du PPGM est également associée à ce parcours thérapeutique. Les personnes moins éduqués se soignent seules en plus grand nombre (45.6%) et, à l'inverse, celles qui ont complété une éducation secondaire y ont moins recours (13.0%). De plus, on constate une association similaire avec l'éducation du chef du ménage où, 42.9% des PPGMs qui ont un chef de ménage qui n'a pas d'éducation se soignent seuls. Quant aux caractéristiques de la maladie, seule la fièvre est associée de façon significative à cette transition. Les deux principales catégories de raisons évoquées pour le premier recours sont: l'efficacité perçue du traitement utilisé et la catégorie " autres raisons" qui englobent les raisons peu communes (Tableau 37).

Les PPGM qui ont uniquement consulté un praticien. En ce qui a trait aux PPGM qui ont uniquement décidé de consulter un praticien issu de la médecine moderne ou de la médecine traditionnelle pour se guérir, on remarque quatre variables indépendantes significatives: l'âge, l'éducation du PPGM, l'éducation du chef de ménage et les raisons du premier recours. Par rapport aux raisons évoquées pour le premier recours, deux ressortent de façon significative soit: pour obtenir une consultation et/ou un diagnostic et pour obtenir une ordonnance.

Les PPGM qui ne sont jamais allées aux SSMPU. Parmi les caractéristiques socio-démographiques, l'âge est associé aux PPGM qui n'ont jamais consulté les SSMPU. Les

personnes âgées entre 6 et 19 ans ont, comparativement aux autres, évité davantage les SSMPU. La position du PPGM dans le ménage est également associée à l'évitement des SSMPU. En effet, les personnes appartenant à la catégorie "autres", c'est à dire ceux qui ne sont ni chef, ni épouse, ni enfant ont en majorité évité les SSMPU (67.1%). Par ailleurs, les PPGM n'ayant pas d'éducation ont évité les SSMPU contrairement à ceux qui ont complété leur éducation secondaire. Le fait de ne jamais aller aux SSMPU varie également selon la profession du chef du ménage. Les employés privés et ceux appartenant à la catégorie "autres" évitent les SSMPU. Finalement, à Koutiala, les PPGM ont évité les SSMPU tandis qu'on remarque le contraire pour Niono.

Les PPGM qui ont été fidèles à un seul recours. Cette catégorie inclut les PPGM qui ont utilisé un recours et qui ont ensuite cessé de chercher un traitement, et les PPGM qui ont consulté deux fois le même recours. Les personnes qui n'ont rien fait du tout ne sont pas considérées. Des analyses bivariées ont été effectuées mais aucune variable indépendante n'a été associée de façon significative.

Discussion

Cette dernière section analyse, à la lumière des écrits scientifiques, les résultats présentés dans le chapitre précédent. Dans un premier temps, nous allons discuter les résultats des analyses bivariées effectuées pour déterminer les caractéristiques associées à chacun des types de recours thérapeutiques et celles des transitions qui correspondent à ces types de recours. Nous nous attarderons ensuite aux transitions effectuées par les PPGM. Finalement, nous terminerons avec les limites de l'étude.

Première Partie

Les caractéristiques associées à chacun des types de recours thérapeutiques (ou transition).

L'abstention thérapeutique (ABT): Comme on pouvait s'y attendre l' ABT est une décision thérapeutique minoritaire chez les PPGM. Ce recours est utilisé par les PPGM et représente environ 6% (30 personnes) de tous les recours utilisés. La proportion des PPGM s'étant abstenue de tous recours thérapeutique est moindre que la proportion retrouvée dans la majorité des études qui ont été conduites dans les PED (Coppo et al., 1992; Winston et Patel, 1995; Delevay et al., 1996). Néanmoins, cette proportion est quand même surprenante pour des PPGM. D'autant plus que plusieurs auteurs ont observé que l'ABT diminue avec la gravité de la maladie (Colson, 1971; Berman, 1987; Saueborn, 1989).

Notons que des 30 PPGM qui ont choisi l'ABT, 18 n'ont ensuite rien fait en deuxième recours tandis que 12 ont continué à chercher des soins. Nous discuterons plus particulièrement des 18 personnes qui n'ont rien fait un peu plus loin. Quant aux 12 personnes, si on se réfère à Ryan (1995) elles auraient plutôt choisi d'attendre que de s'abstenir de traitement. Or, nous n'avions aucune question qui demandait spécifiquement aux personnes si elles avaient attendu avant de se soigner. Il serait ainsi possible que le pourcentage que nous avons obtenu ne reflète pas fidèlement la réalité. En effet, l'attente représentait 30% des stratégies utilisées par les personnes malades dans l'étude de Ryan (1995). Il serait souhaitable pour des recherches futures d'inclure des questions sur l'attente

entre l'apparition de la maladie et le recours thérapeutique ainsi qu'entre chaque recours thérapeutiques au fil de la séquence. Par ailleurs, nous avons observé l'ABT uniquement lors du premier recours chez les PPGM alors que d'autres auteurs l'ont observé, et ce, même dans une plus grande proportion que lors du premier recours, aux deuxième et troisième recours (Mwabu, 1986).

Les résultats des analyses bivariées font ressortir que les PPGM qui ont choisi l'ABT au moins une fois ou ceux qui n'ont fait aucun recours, n'ont généralement aucune possession matérielle ou animale. Plusieurs études ont trouvé des résultats similaires au niveau du statut socio-économique. En effet, ce sont généralement les pauvres qui s'abstiennent de traitement même s'ils rapportent des taux de maladies similaires aux autres malades (Andisio et coll. 1972 cité par Kroeger 1983; Chernichovsky et Meesok ,1986; Subedi , 1989; Kloos 1990; Coppo et al.1992; USAID, 1986 cité par Haddad, 1992; Winston et al. 1995; Delevay et al. 1996). Une seule étude ne constate aucun lien entre l'ABT et le revenu (Akin et coll.,1986).

Une association significative a été trouvée avec les PPGM qui n'ont fait aucun recours et le genre du malade. En fait, 83.3% des PPGM qui n'ont fait aucun recours sont des femmes. Notons que le genre n'a pas été associé de façon significative avec les autres variables dépendantes. Il est donc difficile d'interpréter cette association car il semble prématuré de conclure à une discrimination envers les femmes, plus de recherche serait nécessaire à ce niveau.

En ce qui a trait à l'association significative entre l'éducation et les PPGM qui n'ont fait aucun recours, des résultats similaires ont été trouvés par d'autres auteurs qui ont constaté que ceux qui n'ont aucune éducation ont plus tendance à s'abstenir de traitement (Benyoussef et al., 1974; Kloos, 1990; Haddad, 1992; Coppo et al. 1992).

Par rapport aux caractéristiques de la maladie, une association positive a été trouvée

entre les PPGM qui sont atteints de maladies moins communes (catégorie "autres") et le choix de l'ABT à un moment donné durant l'épisode de maladie. De plus, les PPGM qui se plaignaient de fièvre ont choisi moins fréquemment l'ABT et ont rarement fait aucun recours. À ce niveau, Wolffers (1988) au Sri Lanka mentionne qu'un des facteurs importants dans le choix des recours est la perception de la gravité de la maladie qui se traduit souvent par la nature menaçante de la plainte. Bien que dans son étude ces perceptions varient selon les individus et les plaintes, cet auteur remarque que les maladies qui sont accompagnées de fièvre sont perçues plus menaçantes que celles sans fièvre et que, dans ces cas, les gens vont consulter plus rapidement un prestataire de services. Ainsi, on peut penser que pour les PPGM au Mali, la fièvre est également un symptôme associé à une maladie menaçante et pour laquelle on a besoin d'une aide extérieure pour se soigner. Le fait qu'on ait trouvé une association avec les maladies "autres", c'est-à-dire celles qui ont été mentionnées moins fréquemment par les PPGM, est intéressant mais difficile à interpréter. On peut penser que lorsque les PPGM ne reconnaissent pas les symptômes ou lorsque ceux-ci surviennent pour une première fois, elles ont tendance à attendre l'évolution de la maladie; ou encore, les PPGM peuvent ne pas savoir comment agir lorsque des symptômes plus rares surviennent, elles peuvent se sentir dépourvues et alors attendre ou s'abstenir de traitement. Mechanic (1968) note à ce sujet, que les personnes ont plus tendance à trouver que les symptômes sont graves lorsqu'ils sont non usuels et mal connus.

Les raisons invoquées pour avoir choisi l'ABT sont pour la moitié des PPGM qu'elles ne percevaient pas leur maladie comme étant grave et, pour l'autre moitié, des raisons " autres", c'est-à-dire les raisons moins fréquentes parmi toutes les raisons invoquées par les PPGM. Nous pouvons supposer que la perception de la gravité des plaintes a évolué durant l'épisode de maladie et qu'au début les PPGM n'ont pas perçu leur maladie comme étant grave et se sont abstenues de traitement. Winston et Patel (1995) ont également trouvé qu'une des raisons de non-consultation des services de santé modernes est reliée à la perception du problème de santé qui n'apparaît pas assez significatif pour aller consulter. En ce qui a trait aux raisons pour n'avoir eu aucun recours, deux tiers des PPGM invoquent

des raisons qui appartiennent à la catégorie "autres", c'est-à-dire parmi les raisons les moins communes. Il serait donc intéressant d'approfondir les raisons de l'ABT dans des recherches futures.

L'auto-traitement (AT): Le recours qui a été le plus souvent utilisé au moins une fois lors des épisodes de maladie des PPGM est l'AT. En effet, 45.7% des PPGM se sont auto-traitées au moins une fois durant leur épisode de maladie. De plus, la grande majorité des PPGM qui se sont auto-traitées, l'ont fait au premier recours. En effet, l'AT, qu'il soit fait avec des remèdes traditionnels ou des médicaments modernes, perd son importance au fil de la séquence thérapeutique des PPGM. Des résultats similaires ont été trouvés dans l'étude effectuée par Young (1981) où l'AT a été choisi chez 75% des malades au premier recours et chez seulement 3% au deuxième recours. Des constats similaires ont été observés dans d'autres études (Feldman, 1983; Wolffers, 1988; Caldwell, 1989). Ryan (1995), quant à lui, constate une diminution de l'AT lorsque ce sont des médicaments modernes qui sont employés contrairement, à quand ce sont des remèdes traditionnels maison, qui conserve plutôt leur importance au fil des séquences thérapeutiques. Notons, que dans notre étude, nous n'avons pas fait de distinction entre ces deux types d'AT, il serait donc intéressant de la faire dans des recherches ultérieures.

Par ailleurs, 27.3% des PPGM ont uniquement eu recours à l'AT afin de se soigner. L'AT constitue ainsi un recours thérapeutique assez important mais non majoritaire pour les PPGM. Nous aurions pu nous attendre à l'inverse car, selon certains auteurs, l'AT diminue avec la gravité de la maladie (Colson, 1971; Lasker, 1981; Saueborn, 1989). Par contre, la proportion des PPGM qui se sont auto-traitées est inférieure à ce que d'autres études ont trouvé où l'AT est la ressource principale de soins (Young, 1982; Van der Geest, 1987; Saueborn, 1989; Delevay et al., 1996). Entre autres, Kroeger (1983) et Ryan (1995; 1998) ont trouvé que plus de 80% des maladies sont traitées à l'intérieur des ménages. Il est intéressant de noter que ces études ne se sont pas penchées sur une population de PPGM. Ainsi, on peut penser que chez les PPGM, le recours à l'AT est un recours moins fréquent

que pour une population qui ne se perçoit pas gravement malade. Une des raisons pour expliquer cette tendance pourrait être que plus la perception de la gravité augmente chez la personne malade ou dans son entourage, moins les gens ont confiance en leurs compétences pour soigner la maladie ou encore plus ils ressentent l'urgence de remettre la personne malade entre les mains d'un "professionnel" qui détient une compétence particulière.

Les résultats des analyses bivariées montrent quelques associations significatives entre les variables indépendantes et les PPGM qui ont choisi à un moment donné l'AT ou celles qui ont uniquement choisi l'AT pour se traiter, c'est à dire celles qui se sont soignées seules. Les PPGM âgées entre 6 à 19 ans ont davantage recours à l'AT ou se soignent davantage seules que les autres PPGM. Il est toutefois difficile d'expliquer pourquoi on retrouve une association significative spécifiquement pour les 6 à 19 ans et non pas chez les enfants en général. Certaines études ont constaté que l'automédication est plus fréquente chez les enfants en général que chez les adultes (Hunte et Sultana, 1992; Winston et Patel, 1995). D'autres remarquent chez les enfants de moins de 4 ans un recours plus élevé à l'automédication qui sont presque exclusivement soignés par leur mère (Saueborn, 1989; Diakité et coll., 1993).

L'éducation des PPGM et celle du chef de leur ménage sont également associées à l'AT et le fait de se soigner seul. En effet, les PPGM qui ont complété leur secondaire ont eu moins recours à l'AT et se soignent seules moins souvent que les autres catégories. À l'inverse, les PPGM moins éduquées se soignent seules en plus grand nombre. Les PPGM qui appartiennent à un ménage dont le chef n'a aucune éducation se soignent davantage seules ou choisissent au moins une fois l'AT durant leur épisode de maladie. Il est intéressant de voir que l'éducation du chef des ménages est associée également à l'AT et ceci corrobore les constats des études antérieures qui remarquent que les membres du ménage jouent souvent un rôle important dans les décisions de recours thérapeutiques des malades vivant dans le ménage (Janzen, 1976; Abasiokong, 1981; Kroeger, 1983; Hielscher et Sommerfeld, 1985; Coppo et al. 1992). Habituellement le niveau d'éducation est

positivement associé à l'utilisation des services de santé modernes (Benyoussef et al., 1974; Lasker, 1981; Kroeger, 1983; Abu-Zeid et al., 1985; Akin et al., 1986; Kwast, 1988; Basu, 1990; Orubuloye et al., 1991; Coppo et al., 1992; Barlow et Diop, 1995; Vissandjée et al., 1997). En ce qui a trait spécifiquement au recours à l'AT, Okafor (1983) remarque que les malades plus éduqués ont tendance à moins recourir à l'AT. En revanche, des constats différents ont été observés par Abosede (1984) et Kroeger (1988) qui ont plutôt constaté que les malades plus éduqués ont davantage recours à l'AT. Certains auteurs n'ont pas trouvé de relation significative avec l'éducation des malades (Colson, 1971; Henderson et al., 1994; Develay et al., 1996) ou avec l'éducation des chefs de ménage (Diakité, 1993).

En ce qui a trait à la nature des plaintes, nous avons dénoté une association positive entre les PPGM qui se plaignaient de maux de tête et le recours à l'AT. Habituellement, lorsque les gens souffrent d'un problème de santé commun, ils se soignent à la maison (Abu-Zeid et al., 1985; Wolffers, 1988; Saueborn, 1989) car cette option coûte généralement moins cher en terme de temps, d'argent et d'énergie à investir. Notons à cet effet, qu'une des principales raisons invoquées pour avoir choisi l'AT est la disponibilité, l'autre étant l'efficacité perçue. Par ailleurs, certains auteurs ont spécifiquement trouvé que les maux de tête sont auto-traités à la maison à l'aide d'analgésique ou autres traitements (Caldwell, 1989; Mwabu, 1988; Diakité et coll., 1993). Pourquoi les maux de tête ont été associés à l'AT et pas les autres plaintes communes mentionnées par les PPGM de notre étude? On peut penser que les gens connaissent plus de remèdes efficaces (traditionnels ou modernes) pour soigner les maux de tête que les autres plaintes. Ou encore, comme le suggère Diakité (1998), ceci peut être lié à la perception de la gravité car les maux de tête sont souvent perçus comme étant non graves voire "banals".

Bien que le recours à l'AT soit utilisé aussi couramment que les SSMPU lorsqu'on considère l'ensemble des recours utilisés (environ un tiers chacun), on constate que trois personnes sur quatre ont utilisé à un moment donné au cours de leur maladie, les services d'un praticien, qu'il soit issu de la médecine traditionnelle ou moderne.

Services de santé modernes publics (SSMPU). Le recours aux SSMPU est habituellement supérieur à l'ensemble des autres alternatives thérapeutiques (Haddad, 1992). De plus, lorsque la maladie est plus grave, les gens vont davantage consulter les SSM (Saueborn et al., 1989; Delevay, 1996). Dans notre cas, si nous jumelons les SSMPU et SSMPR, ils se rangent en première position avec 47.2% de tous les recours utilisés. Ce qui est quand même relativement faible comparé aux résultats d'autres études (Haddad, 1992; Winston et Patel, 1995).

Il est intéressant de noter que le site a été associé de façon significative avec le recours au SSMPU et que la performance de ces derniers varie selon les différents sites de l'étude. En effet, à Niono où la performance du système de santé est considérée la meilleure (disponibilité des médicaments essentiels, recouvrement direct des coûts, supervisions régulières et formations), une majorité des PPGM ont utilisé les SSMPU. À l'inverse, à Koutiala, où la performance du système de santé moderne public est considérée faible, seulement un tiers des PPGM ont recours aux SSMPU. Ce constat laisse sous-entendre que la performance des services de santé modernes est susceptible de jouer un rôle dans l'attrait des personnes malades. Bien que peu d'études se sont penchées spécifiquement sur le lien entre la qualité des services et leur utilisation, certaines nous présentent une relation positive entre la qualité et l'utilisation des SSMPU (Fournier et Haddad, 1995; Tembon, 1996; Gilson, 1994 cité par Aljunid, 1995). On constate également qu'une grande proportion de PPGM qui habitent les sites ruraux consultent les SSMPU. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans ces sites l'offre locale de médicaments et de soins est rationnée et la densité des fournisseurs est faible, ce qui entraîne le quasi monopole des formations sanitaires publiques qui sont, par conséquent, utilisées.

Parmi les autres associations significatives, on remarque que les enfants âgés entre 0 et 5 ans ont davantage recours aux SSMPU tandis que les 6 à 19 ans y ont moins recours. Nous avons cru au départ que les personnes âgées et les enfants étaient défavorisés car ils sont des membres moins actifs dans le ménage sur le plan économique mais nous n'avons

pas trouvé de résultats dans ce sens. Plusieurs auteurs ont noté que les enfants sont les plus grands utilisateurs des SSMPU bien que l'âge précis varie d'une étude à l'autre: moins d'un an pour Caldwell (1989) au Sri Lanka, moins de 4 ans pour Scarpaci (1988) au Chili, moins de 5 ans pour Frankel (1984) en Nouvelle Guinée et Poland et coll (1990) à Grenade. Phillips (1990) croit que le fait que les jeunes enfants soient souvent la cible de nombreux programmes de soins de santé primaire, ils sont amenés en priorité aux formations sanitaires modernes par les membres du ménage. Selon Diakité (1998) ceci peut s'expliquer également par le fait que l'enfant occupe une place importante dans le ménage au Mali tout comme, habituellement, dans toutes les sociétés. De plus, l'état souvent plus fragile des jeunes enfants qui sont plus exposés pourrait expliquer également ces constats. Par ailleurs, il est difficile d'expliquer pourquoi le groupe de 6-19 ans utilise moins les SSMPU que les autres. On peut penser qu'ils ne sont pas la cible d'aucun programme de santé en particulier ou encore qu'ils pourraient simplement ne pas être prioritaires dans l'accès aux ressources du ménage.

Bien que le genre ne soit pas associé de façon significative aux SSMPU, il s'avère cependant que nous avons trouvé une association avec la position du malade au sein du ménage. En effet, nous avons constaté que les épouses ont davantage recours aux SSMPU. Étant donné que toutes les épouses sont âgées de plus de 20 ans, nous avons effectué un test de Chi-carré entre les femmes âgées de plus de 20 ans et le recours aux SSMPU et nous avons trouvée une association significative ($\chi^2 = 4.679$, $p < 0.05$). Bien qu'aucune étude à notre connaissance n'ait rapporté une association entre les épouses et le recours aux SSM, plusieurs auteurs ont souligné que les femmes utilisent plus les SSM que les hommes au sein du ménage (Benyoussef et al., 1974; Finkler, 1981; Frankel, 1984; Fong et Phua, 1985; Kloos, 1987;). Selon Haddad (1992) les femmes sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé que les hommes, entre autres à cause des maternités et des complications associées et, tout comme les enfants, elles font l'objet d'une attention particulière des stratégies de développement des soins de santé primaire et de protection de la famille.

L'éducation est aussi associée aux SSMPU. En effet, les PPGM qui ont complété leur secondaire consultent davantage que les autres et celles qui n'ont aucune éducation consultent moins. Plusieurs auteurs ont décelé une augmentation des SSMPU avec l'accroissement du niveau d'éducation, ou une baisse de consultation chez les personnes moins éduquées (Benyoussef, 1974; Nnadi et al., 1984; Abu-Zeid et al., 1985; Kwast, 1988; Kroeger 1988; Boerma, 1990; Kloos, 1990; Coppo et al., 1992; Barlow et Diop, 1995). Bien que nous n'ayons pas de données à ce sujet, il est intéressant de noter que certains auteurs ont trouvé une tendance chez les plus éduqués à avoir recours aux professionnels plus qualifiés (Okafor, 1983; Bhardwaj et Paul, 1986; Saueborn, 1989). Certains auteurs n'ont toutefois pas trouvé de relation significative avec les SSMPU (Colson, 1971; Akin et coll. 1986; Kaona, 1990). Nous pouvons expliquer ces tendances chez les PPGM en faisant référence à Kroeger (1983) qui mentionne que l'éducation formelle est une des principales exposition à la culture occidentale. Les personnes plus éduquées vont ainsi consulter à des stades plus précoces de leur maladie (Subedi, 1989). Par ailleurs, l'éducation est souvent associée au revenu. En effet, les démunis sont souvent les moins éduqués et donc ont des capacités d'utilisation inférieures aux plus éduqués.

Finalement, la profession du chef du ménage est significativement associée au recours aux SSMPU. En effet, les fonctionnaires ont davantage recours aux SSMPU et les employés privés y ont moins recours. Selon Lasker (1981) le réseau social joue un rôle important dans l'accessibilité des services de santé pour le malade. Il procure en effet de l'information sur les services, il peut servir de "porte d'entrée" dans les services et il peut réduire les coûts associés à la consultation et au traitement. Dans le même sens, Diakité (1993) souligne qu'au Mali le recours au spécialiste peut être facilité par les relations personnelles du malade. De plus, il arrive que ces relations jouent un rôle au niveau des coûts de prestation, par exemple, 7% des patients déclarent avoir la gratuité des soins, 6% payer moins cher et 3% recevoir gratuitement les médicaments. Ainsi, on peut penser que dans notre étude les PPGM qui ont un chef de ménage fonctionnaire ont plus recours au SSMPU que les autres PPGM du à leur réseau social, ou encore à leur culture

professionnelle. Il se peut également que le chef de ménage fonctionnaire puisse plus facilement accompagner le malade car il est plus facile de s'absenter de son emploi sans avoir à subir une perte de revenu.

Contrairement à nos attentes, aucune relation n'a été trouvée entre le statut socio-économique et le recours aux SSMPU. Nous pouvons penser que les PPGM sont davantage prêtes à surmonter la barrière du coût pour se faire soigner.

Il est intéressant de noter que les raisons invoquées pour avoir consulté les SSMPU sont très variées et qu'aucune tendance précise ne se dessine. Parmi ces raisons, il y a la disponibilité des ressources, la possibilité d'avoir une consultation, un diagnostic ou une ordonnance, l'efficacité perçue, et le choix antérieur non bénéfique. À Koutiala, la raison la plus fréquemment mentionnée est la disponibilité des ressources, donc une grande accessibilité, tandis qu'à Niono on va davantage aux SSMPU parce que l'on veut obtenir une consultation ou un diagnostic, ce qui est une composante de la qualité.

Les services de santé modernes privés (SSMPR): La seule variable indépendante qui a été significativement associée est le site. En effet, plus de PPGM consultent les SSMPR à Koutiala. On pourrait expliquer ce constat par le nombre plus élevé de praticiens de la médecine moderne privée qui se retrouve à Koutiala comparativement aux autres sites de l'étude. Il est intéressant de noter qu'à Koutiala plus de gens vont consulter les SSMPR que les SSMPU. Ceci pourrait-être une indication qu'à Koutiala, de la qualité des SSMPR supérieure à celle des SSMPU. D'ailleurs, certaines études ont remarqué une nette préférence des malades pour les SSMPR particulièrement en raison de la mauvaise qualité des SSMPU (Annis, 1981; Akin, 1985; Kloos, 1987; Wolffers, 1988; Caldwell, 1989). En ce qui a trait de la faible proportion de PPGM qui consultent les SSMPR dans les sites ruraux, on peut tout simplement penser que cette tendance est due à l'offre réduite de SSMPR. En effet, il n'y a pas de prestataires privés à Moloba et Coccody quoique les PPGM habitant à Coccody peuvent avoir accès à ceux de Niono. Notons cependant que les

raisons invoquées pour avoir choisi les SSMPR sont multiples.

Le praticien traditionnel (PT) Comme on pouvait s'y attendre, le recours au PT est un recours minoritaire. D'autres auteurs ont trouvé des taux similaires (Winston et Patel, 1995; Tembon, 1996). Saueborn (1989) mentionne que le PT est habituellement un recours minoritaire lorsque la maladie est grave. Mais il faut être prudent car plusieurs auteurs mentionnent que le recours au PT est souvent sous-estimé (Kroeger, 1983; Saueborn, 1989; Fassin et Brouselle, 1991; Haddad, 1992). Haddad (1992) explique que les personnes n'aiment pas rapporter des comportements qu'elles pensent illégaux ou qui peuvent être mal perçus par les enquêteurs, qui sont souvent identifiés aux SSMPU.

La seule variable significative est le fait que le chef du ménage soit locataire, propriétaires ou autres. Des constats similaires ont été trouvés avec le statut socio-économique où les pauvres ont davantage recours au PT que les autres (Uyanga, 1983; Bhardwaj et Paul, 1986; Barrett, 1995). Winston et Patel (1995) au Zimbabwe ont constaté toutefois une variation selon le type de médecine traditionnelle. Il serait d'ailleurs intéressant de faire la distinction entre les types de praticiens traditionnels dans des recherches futures.

Les raisons mentionnées pour avoir eu recours au PT sont: l'efficacité perçue du recours, le coût peu élevé et le choix antérieur non bénéfique. Il est intéressant de noter que la majorité des gens qui viennent consulter le PT au deuxième recours ont consulté précédemment les SSMPU, comme nous le verrons un peu plus loin dans la section des transitions. Winston et Patel (1995) au Zimbabwe ont trouvé comme certaines raisons de consultation des PT, sont notamment la confiance dans le traitement prodigué par ces derniers et que le choix du recours précédent s'est avéré non bénéfique. Hielscher et Sommerfled (1992) ont, par ailleurs, trouvé que le PT est moins cher et surtout qu'il accepte le paiement en nature.

Deuxième partie

Regard global sur les transitions effectuées par les PPGM.

Si nous observons les transitions effectuées par les PPGM à l'aide des classifications globales (voir chapitre de la méthode), on remarque que les transitions les plus fréquentes sont: 1-Consultation vers rien (39%) et 2-L'auto-traitement vers rien (27.3%). Deux grandes tendances semblent se dessiner chez les PPGM. La première est constituée des PPGM qui ont directement consulté un praticien qu'il soit issu de la médecine moderne ou traditionnelle. Ces PPGM ont probablement décelé dès le début des signes et symptômes inconnus ou assez menaçants pour aller directement consulter une ressource extérieure. Peut-être également que ces personnes ont tout simplement moins confiance en leur compétence pour se soigner elles-mêmes ou avec l'aide de leur entourage, ou encore qu'elles ont peut-être moins de connaissances pour s'aventurer dans un auto-traitement. L'autre grande tendance concerne les PPGM qui se sont uniquement auto-traitées. Pour Ryan (1995), la proportion qui a eu pour seul traitement l'AT est d'environ 50%. On peut penser que probablement ces PPGM ont d'abord tenté de se soigner seule car cela cause moins d'inconvénients de temps, de déplacement et d'argent (coûts directs et indirects). À cet effet, Hielscher et Sommerfled (1985) rapportent qu'au Mali, les plaignants commencent par se soigner seuls quand les symptômes sont bien identifiés et les maladies sont reconnues. Wolffers (1988) remarque également que les gens débutent d'abord en tentant de s'auto-traiter car c'est l'option qui coûte le moins cher en terme d'argent, de temps et d'énergie.

Il est intéressant de noter que les PPGM ont plus de chance de continuer de chercher des soins après avoir choisi de l'AT que la consultation. En effet, 3 personnes sur 4 cessent de chercher des soins après avoir consulté, tandis que 67 % des PPGM continuent de chercher des soins après l'auto-traitement. On peut ainsi penser que la consultation est plus efficace que l'auto-traitement. Si les gens s'adressent directement à la bonne ressource, ils épargneraient du temps et de l'argent. Ceci est intéressant pour développer des programmes

de santé. Il faudrait cependant explorer davantage les raisons de délais des consultations à ce niveau.

Plus d'un quart des PPGM ont passé de l'AT à la consultation et une minorité ont fait l'inverse (Consultation vers l'AT), ou ont choisi de s'auto-traiter une deuxième fois. Ceci est consistant avec ce que d'autres auteurs ont rapporté. Coppo et al. (1992) constatent que le passage de l'intérieur du ménage (AT) vers l'extérieur semble irréversible. Une fois que le problème de santé est amené en dehors du ménage, la quête de soins se poursuit à l'extérieur du ménage. Ryan (1995), quant à lui remarque qu'il est peu probable que les gens utilisent deux fois les médicaments modernes. Plusieurs raisons peuvent être mises de l'avant selon cet auteur telles que 1- les gens peuvent ne pas avoir confiance au médicament dans son ensemble et ne sont pas prêts à le réessayer; 2-le manque de connaissance des gens à propos du médicament; 3- Les gens décident d'essayer l'auto-médication au premier recours et ensuite ils essaient les autres types de recours lors d'un échec avec l'AT; les gens ont plus confiance dans les autres que dans eux-mêmes pour se soigner. La majorité des PPGM qui se sont d'abord auto-traités ont ensuite consulté lorsque leur problème de santé persistait au lieu de tenter une deuxième fois de s'auto-traiter.

Notons que chez les PPGM, on en retrouve une majorité qui ont été fidèles à un seul recours, lorsqu'on inclut les PPGM qui ont uniquement fait un recours. En effet, on retrouve 69% des PPGM qui ont soit utilisé un recours et ont cessé de chercher des soins, ou soit utilisé deux fois le même recours (ceci excluant les gens qui n'ont rien fait). Aucune association n'a été trouvée pour ce groupe lorsqu'on les a comparés aux autres PPGM. Par contre, si on considère uniquement les gens qui ont eu un deuxième recours, on constate qu'une minorité d'entre-eux ont été fidèles à leur premier recours. Ceci indique que les gens évitent de répéter un traitement et cherchent la diversité, et que les choix antérieurs affectent les choix ultérieurs. Ceci est consistant avec ce que Mwabu (1986), Wolffers (1988), Saeborn (1989) et Young (1981) ont trouvé. Ceci vient également confirmer que peu de demande est induite par les professionnels de la santé mais que plutôt ce sont les choix et

les préférences des individus régissent les comportements des malades.

Regard spécifique sur les transitions effectuées par les PPGM: la place de SSMPU dans les transitions.

Selon la classification plus spécifique utilisée pour examiner les transitions, on remarque que les deux transitions les plus fréquentes sont: 1- L'AT vers rien (27%) et 2- Les SSMPU vers rien (26%). Nous allons discuter ci-dessous de certaines transitions impliquant les SSMPU et qui nous semblent intéressantes.

SSMPU vers PT: La transition de SSMPU vers PT est une des six transitions les plus fréquentes. Celle-ci est cinq fois plus fréquente que l'inverse (PT vers SSMPU). Ceci a été observé également par certains auteurs (Ojunaga et Lefcowitz, 1982; Green, 1985 cité par Haddad, 1992; Walker et coll. 1989; Saueborn et al., 1989). Ce constat reflète la grande flexibilité des gens dans leur quête de soins de santé et la complémentarité des deux médecines (Benyoussef et al. 1974; Mwabu, 1986; Saueborn et al. 1989; Coppo et al. 1992; Ryan, 1997). Un seul auteur avait observé la transition inverse où le PT était une des raisons importantes du délai au recours aux SSMPU (Subedi, 1989). On peut penser que les PPGM qui ont effectué cette transition ont été insatisfaites des services offerts par les SSMPU. Savoir que plus de la moitié des gens qui vont consulter le PT ont d'abord consulté les SSMPU est un constat très intéressant pour les professionnels de la santé oeuvrant dans les SSMPU.

SSMPU vers SSMPR: Il est intéressant de noter que le passage des SSMPU vers les SSMPR semble univoque, c'est à dire que le passage se fait uniquement dans un sens (SSMPU vers SSMPR) et non dans l'autre sens. On peut penser que les SSMPR offrent des avantages complémentaires aux SSMPU mais qu'une fois qu'on a consulté les SSMPR, les SSMPU ont peu d'éléments différents à apporter. De plus, tel que nous l'avons mentionné précédemment les SSMPR peuvent également être perçus comme étant de qualité supérieure

aux SSMPU et les gens évitent de passer à des services de moindre qualité dans le cours de leur épisode de maladie.

AT vers SSMPU: Le passage de l'AT vers SSMPU se fait trois fois plus que l'inverse (SSMPU vers AT) et compte parmi les 6 transitions les plus fréquentes des PPGM. En effet, 69% des PPGM qui viennent consulter les SSMPU en deuxième recours ont d'abord tenté de s'auto-traiter. Ceci est intéressant pour les professionnels de la santé, et plus particulièrement pour les infirmières et les infirmiers oeuvrant dans les SSMPU. En effet, ces derniers devraient s'assurer de bien évaluer si les malades se sont auto-traités lors de leur collecte des données. Des constats similaires ont été observés par Subedi (1989) pour qui la moitié des gens qui viennent consulter ont a priori fait de L'AT. En revanche, Ryan (1995) ne trouve pas de transition majeure de l'AT vers les SSMPU mais plutôt constate une bonne proportion de malades qui ont effectué la transition inverse. Tel que Subedi (1989), on peut penser que pour les PPGM, l'AT est un facteur important à considérer dans le délai aux recours aux SSMPU.

Autres transitions intéressantes d'un point de vue théorique

Les PPGM qui n'ont jamais consulté les SSMPU: Les PPGM âgés entre 6 à 19 ans ont moins consulté les SSMPU et comme nous l'avons vu plus tôt ils se retournent davantage vers l'AT. La position du malade au sein du ménage a également été associée de façon significative. Un peu moins de 70% des PPGM appartenant à la catégorie "autres", c'est-à-dire qui ne sont ni des chefs, ni des épouses ni des enfants ont davantage évité les SSMPU. Il est difficile d'interpréter ce constat. Par ailleurs, les PPGM n'ayant aucune d'éducation ont davantage évité les SSMPU tandis qu'on observe la tendance inverse pour les PPGM qui ont complété leurs études secondaires. De plus, les PPGM appartenant à un ménage dont le chef qui est un employé privé évitent davantage les SSMPU que les autres catégories de profession. Finalement, les PPGM ont évité les SSMPU à Koutiala tandis qu'on remarque le contraire à Niono et dans les milieux ruraux.

Il serait souhaitable de documenter les raisons de non-consultation des SSMPU car ceci nous donnerait entre des indications sur les éléments d'insatisfaction des gens avec les SSMPU.

Troisième partie

Biais et limites

L'étude parente n'a pas choisi les sites de l'étude de façon probabiliste. En fait, ceux-ci ont été choisis pour les caractéristiques différentes qu'ils offraient au niveau de la performance du système de santé public et la diversité de l'offre des services de santé et de médicaments plutôt que pour une représentativité particulière de la population générale du Mali. De ce fait, la validité externe de l'étude peut être discutée et il faut être prudent au niveau de l'extrapolation des résultats. Les sites de l'étude ne représentent pas les grands centres urbains ou les régions rurales très éloignées du Mali. Toutefois, on peut considérer que ces sites sont une bonne représentation des petites et moyennes villes qui représentent une majorité du pays. Notons que l'échantillon sélectionné dans chacun des sites a été fait de façon probabiliste.

Par ailleurs, le devis utilisé est celui d'une étude descriptive corrélationnelle qui a permis d'examiner des associations entre les variables indépendantes et dépendantes. Ce devis ne permet pas d'établir des relations de causalité ce qui limite le pouvoir explicatif de cette étude. D'autant plus qu'il est difficile de clarifier l'effet de chacune des variables puisqu'elles sont fortement corrélées entre elles et qu'aucune analyse multivariée n'a été effectuée (Bailey et Phillips, 1990).

Par ailleurs, certaines variables susceptibles d'influencer les recours thérapeutiques n'ont pas été utilisées. C'est le cas par exemple de l'étiologie perçue de la maladie qui, pour certains auteurs, est une variable explicative des comportements très forte (Colson, 1971; Hielscher et Sommerfeld, 1985)

Conclusions et Recommandations

Certains constats généraux par rapport aux recours thérapeutiques choisis par les PPGM:

L'ABT est un recours minoritaire chez les PPGM. Dix-huit personnes qui se percevaient gravement malades n'ont fait aucun recours thérapeutique. Ce groupe de PPGM se compose, en grande majorité, de femmes pauvres et sans éducation qui souffrent de plaintes peu fréquentes.

L'AT est un recours d'importance égale aux SSMPU chez les PPGM. Près de la moitié des PPGM ont eu recours à l'AT au moins une fois durant leur épisode de maladie.

Le PT est un recours thérapeutique minoritaire chez les PPGM. Il faut toutefois être prudent devant ce constat, puisque la sous-déclaration de ce recours est généralement fréquente. De plus, il est important de mentionner que ce recours prend de l'importance au fil de la séquence thérapeutique et qu'il est souvent utilisé en complémentarité avec les SSMPU.

La qualité des SSMPU semble jouer un rôle dans leur utilisation. En effet, on constate qu'une plus grande proportion de PPGM vont consulter les SSMPU à Niono, où la performance du système de santé est meilleure, tandis qu'une moindre proportion de PPGM vont consulter les SSMPU à Koutiala, où la performance du système de santé est plus faible.

Certains constats généraux par rapport aux déterminants des recours thérapeutiques:

Les ménages ayant une PPGM âgée entre 0 et 5 ans vont davantage consulter les SSMPU et se soignent rarement seuls. Les PPGM âgées entre 6 et 19 ans se soignent principalement seules en s'auto-traitant et elles évitent davantage les SSMPU que les autres PPGM.

En ce qui concerne l'éducation, on constate que contrairement à celles qui ont une éducation secondaire, les PPGM qui n'ont aucune éducation (ou dont le chef n'a aucune éducation) vont davantage se soigner seules et éviter les SSMPU.

Les PPGM appartenant à des ménages où le chef est fonctionnaire vont davantage consulter les SSMPU tandis que ceux appartenant à des ménages qui ont pour chef un employé privé les consultent moins.

En ce qui a trait à la nature des plaintes, les PPGM qui souffrent de fièvre, s'abstiennent moins de traitement et se soignent seules moins fréquemment que les autres PPGM. Quant aux maux de tête, on constate que les PPGM présentant ce type de plainte s'auto-traitent beaucoup plus fréquemment que ceux chez qui il est absent.

On constate également que le recours aux services de santé modernes varie selon les différents sites de l'étude. En effet, les PPGM vont davantage consulter les SSMPU à Niono et dans les milieux ruraux. À Koutiala, on observe plutôt que les PPGM consultent davantage les SSMPR et moins les SSMPU.

Recommandations

Éducation des non-professionnels. Étant donné que l'AT reste un recours largement utilisé par les PPGM, les professionnels de la santé, notamment les infirmiers et infirmières, pourraient assister et essayer d'encadrer les ménages dans leur démarche d'AT en les informant par rapport aux diagnostics et aux traitements des maladies communes et non graves. De plus, il serait intéressant d'apprendre aux personnes comment reconnaître les signes et les symptômes de maladies graves qui nécessitent une consultation. Puisque l'AT n'est pas un recours en voie de disparaître et que les ménages vont assurément continuer de donner des soins à leurs membres, il nous semble qu'il serait approprié d'outiller ces derniers par le biais de l'éducation populaire sanitaire. Cet aspect est particulièrement

important pour les infirmiers et infirmières qui sont souvent le premier contact avec le système de soins de santé moderne et qui se doivent ainsi d'aider les individus et les ménages à utiliser de façon appropriée les ressources officielles et officieuses de soins de santé offertes dans la collectivité (CII, 1981;1988; AIIIC, 1986; 1995; Awasum, 1992). De plus, il serait également souhaitable d'intervenir auprès de la communauté en général, notamment auprès des vendeurs oeuvrant dans les pharmacies, les dépôts, et les marchés informels, afin d'améliorer la prescription et la consommation des médicaments. Ces interventions pourraient viser, entre autres, la création de mécanismes de régulation au niveau de la distribution des médicaments, l'éducation des vendeurs ou la limitation des campagnes publicitaires souvent agressives des compagnies pharmaceutiques. Toutefois, pour améliorer la situation et trouver des interventions adaptées aux réalités locales, plus d'efforts de recherche sont nécessaires et une participation de la communauté est essentielle.

Les SSMPU. Cette recherche, comme d'autres études précédentes, indique que la qualité des SSMPU améliore leur position concurrentielle dans un contexte où co-existent une multitude d'alternatives thérapeutiques. En effet, à Koutiala les SSMPU sont moins utilisés et l'on constate que la performance de ceux-ci est faible. Par contre, à Niono, où les SSMPU ont une meilleure performance globale, on constate qu'ils sont davantage utilisés. À la lumière de ce qui précède, il est nécessaire d'orienter les recherches sur l'évaluation de la qualité des services et ce, en tenant compte de la perspective de la population à desservir, car les services de santé existent pour eux avant tout. D'ailleurs, l'AIIIC (1995); CII (1981) soulignent qu'un des grands aspects du rôle des infirmiers et infirmières est sa participation active à l'évaluation des services de santé.

Par ailleurs, dans notre étude, nous avons uniquement la principale raison invoquée pour justifier le choix des différents recours thérapeutiques des PPGM. Il serait par conséquent souhaitable d'investiguer plus en profondeur les raisons secondaires de consultation et les raisons de non consultation des recours thérapeutiques. Ceci permettrait de comprendre davantage l'analyse qui sous-tend les choix des types de recours

thérapeutiques et d'augmenter les connaissances quant aux barrières à l'utilisation des SSMPU. Dispenser des soins de qualité à tous devrait être une préoccupation principale pour les personnes œuvrant dans les SSMPU. Tout comme l'habileté des ménages à pouvoir payer ces soins. En effet, le but premier des SSMPU est d'offrir des services de santé accessibles à toute la population. Par conséquent, on doit faire des efforts non seulement pour améliorer la qualité des services de santé et répondre adéquatement aux besoins de la population, mais aussi pour éliminer les barrières financières des plus démunis.

Au niveau méthodologique. Nous avons effectué une recherche descriptive corrélationnelle transversale couvrant une période de 15 jours seulement. D'un point de vue méthodologique, les chercheurs sont toujours partagés entre le besoin de faire une étude populationnelle, qui nous donne un regard d'ensemble, et le besoin d'une étude en profondeur de type longitudinal, pour comprendre davantage les processus complexes des recours et des séquences thérapeutiques. Notre étude se rapproche davantage d'une étude de type populationnelle et nous fournit un portrait global des recours et des séquences thérapeutiques des PPGM. Il serait toutefois intéressant d'adopter une approche longitudinale auprès des PPGM qui permettrait de mettre plus d'accent sur la perception et l'évolution de la maladie au cours de l'épisode ainsi que les raisons des délais entre l'identification du problème de santé, l'expression du besoin de service et les recours thérapeutiques. Étant donné que la perception de la gravité de la maladie joue un rôle dans le choix des recours thérapeutiques, il serait intéressant de comprendre davantage cette perception et d'approfondir ce qui amène les personnes à se percevoir gravement malades. De plus, une approche longitudinale permettrait d'approfondir le mode de gestion de la maladie au sein du ménage et de la communauté. En effet, dans notre étude, nous avons quelques indications laissant présumer que le chef du ménage joue un rôle dans la décision des choix de recours thérapeutiques de la PPGM. Il serait donc intéressant d'explorer davantage le processus de décision à l'intérieur du ménage. Cette analyse permettrait d'adapter nos interventions et de mieux cibler les membres du ménage et de la communauté

qui joue un rôle dans la prise de décision du malade.

Références

Abbas, A.A., Walker, J.A. (1986). Determinants of maternal and child health services in Jordan. International journal of Epidemiology, 15:403-406.

Aday, L.A., Anderson, R. (1978). Insurance coverage and access: implications for health policy. Health Services Research 13(4), 369-377.

Abosedo, O.A. (1984). Self medication: an important aspect of Primary health care. Social Science and Medicine, 19 (7), 699-703.

Abu-Zeid, H.A. & Dann, W.M. (1985). Health services utilization and cost in Ismailia Egypt. Social Science and Medicine, 21 (4), 451-461.

Airey, T. (1992). The impact of road construction on the spatial characteristics of hospital utilization in the Meru district of Kenya. Social Science and Medicine. 34(10):1135-1146.

Akin, J.S., Birdsall, N., DeFerranti, D. (1986). The demand for adult out patient services in the Bicol region of the Phillipines. Social Science and Medicine,. 22: 321.

Aljunid, S. (1995). The role of private medical practitioners and their interactions with the public health services in Asian countries. Health policy and Planning, 10(4):333-349.

Allain, T.J., Wilson A.O., Gomo, Z.A.R., Mushangi, E., Senzane, B. (1997). Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. Age and Ageing (26) 115-121.

Altschuler, J. (1997). Family relationships during serious illness.

Annis, S.(1981). Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. Social Science and Medicine, 15D, 515-523.

Association Canadienne de Santé publique (1990). Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire et de santé publique. A.C.S.P. 25p

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1986).Le rôle de l'infirmière dans les soins de santé primaires. In Organisation mondiale de la santé. Genève. Réglementer la formation et l'activité du personnel infirmier pour répondre aux besoins des soins de santé primaires. (p.17).

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1995). Énoncé de politique sur le rôle de l'infirmière dans la prestation des soins de santé primaires. AIIC, avril, 1995.

Awasum, H.M.(1992). Health and nursing services in Cameroon: Challenges and demands for nurses in leadership positions. Nursing Administrative Quarterly, 16(2), 8-13.

Bailey, W. & Phillips, D.R. (1990). Spatial patterns of use of health services in the kingston metropolitan area jamaica. Social Science and Medicine. 30 (1), 1-12.

Barlow, R., Diop, F. (1995). Increasing the utilization of cost-effective health services through changes in demand. Health Policy and Planning, 284-295.

Barrett, B. (1995). Ethnomedical interactions: health and identity on Nicaragua's atlantic coast. Social Science and Medicine. 40(12):1611-1621.

Basu, A.M. (1990). Cultural influences on health care use: Two regional groups in India. Studies in Family Planning, 21(5): 275-286.

Benyoussef, A. & Wessen, A.F. (1974). Utilization of health services in developping countries-Tunisia. Social Science and Medicine. 8, 287-304.

Benyoussef, A., Cutler, J.L., Levine, A., Mansourian, P., Phan-Tan, T. & Al. (1974). Health effects of rural-urban migration in developping countries-senegal. Social Science and Medicine. 8, 243-254.

Berman, P.A. (1984). Village health workers in Java, Indonesia: coverage and equity. Social Science and Medicine. 19 (4), 411-422.

Bernstein, J.H., Shuval, J.T. (1997). Nonconventional medicine in Israel: consultation patterns of the Israeli population and attitudes of primary care physicians. Social Science and Medicine 44(9):1341-1348.

Bhardwaj, S.M. & Paul, B.K. (1986). Medical pluralism and infant mortality in a rural area of Bangladesh. Social Science and Medicine. 23 (10), 1003-1010.

Bibeau, G. (1985). From China to Africa: the same impossible synthesis between traditionnal and western medicine. Social Science and Medicine. 21 (8) 937-943.

Bichman, W. (1979). Primary health care and traditional medicine-considering the background of changing health care concepts in Africa . Social Science and Medicine. 13B, 175-182.

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.

Brunet-Jailly, J. (1993). Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales. Karthala et Orstom, Paris.

Brunet-Jailly, J.(1995). L'ajustement macro-économique et le secteur de la santé au Mali. In OMS, Estem(eds). Environnement Macro-économique et santé (219-246)

Caldwell, J., Gajanayake, I. Caldwell, P. & Peirus, I. (1989). Sensitization to illness and the risk of death: an explanation for SriLanka's approach 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.

Chen, P.CY. (1981).Traditional and moderne medicine in Malaysia. Social Science and Medicine, 15A, 127-136.

Chernichovsky, D. & Meesok, O.A. (1986). Utilization of health services in Indonesia. Social Science and Medicine, 23(6): 611-620.

Clarke, H.F., Beddome, G., Whyte, N.B. (1993). Public health nurses' vision of their future reflects changing paradigms. Image: Journal of Nursing Scholarship, 25(4):305-310.

Colson, A.C. (1971). The differential use of medical resources in developing countries. Journal of Health and Social Behavior, 12, 226-237.

Conseil international des infirmières (1983). Santé pour tous, défi pour les soins infirmiers: 17e congrès quadriennal du Conseil international des infirmières. Conseil international des infirmières, Genève, 513p.

Coppo, P., Pisani, L. & Keita, A. (1992). Perceived morbidity and health behavior in a dogon community. Social Science and Medicine, 34 (11), 1227-1235.

Coppo, P., Keita, A. (1990). Médecine traditionnelle. Acteurs. Itinéraires thérapeutiques. Editions Edizioni, Italie.

Coreil, J. (1983). Allocation of family resources for health care in rural Haiti. Social Science and Medicine, 17 (11), 709-719.

Covinsky, K.E.; Goldman, L.; Cook, F.;Oye, R.; Desbiens, N.; Reding, D.; Fulkerson, W.; Connors, A.F.; Lynn, J.; Phillips, R.S. (1994). The impact of Serious illness

on patients' families. JAMA 272(23), 1839-1844.

Delevay, A.; Saueborn, R., Diesfeld, H.J. (1996). Utilization of health care in an african urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina Faso. Social Science and Medicine. 43(11):1611-1619.

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.

Diakit , B.D.; Diarra, T.; Traor , S.(1993). Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni. In Brunet-Jailly, J., Assas ( ds), Se soigner au Mali (pp.154-177).

Diakit , S.L. (1998). Système de recouvrement des co ts et utilisation du médicament au Mali. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.

Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Harvard University Press, Cambridge: 1973.

Dunfield, J.F. (1996). Consumer perceptions of health care quality and the utilization of non-conventional therapy. Social Science and Medicine 43(2):149-161.

Durkin-Longley, M.(1984). Multiple therapeutic use in urban Nepal. Social Science and Medicine 19 (8):867-872.

Dutton, D. (1986). financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. Social Science and Medicine 23 (7),721-735.

Ell, K. (1994). Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. Social Science and Medicine. 42(2):173-83.

Fabrega, H. (1977). Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine. British Journal of Preventive Medicine, 31: 213-219.

Fabrega, H. & Manning, P.K. (1979). Illness episodes, illness severity, and treatment option in a pluralistic setting. Social Science and Medicine. 13B, 41-51.

Fassin, D., Brousselle, C(1991). Les accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques. Revue d' pid miologie et de Santé Publique 39:89-99.

Ferraz, M.B., Pereira, R.B., Paiva, J.G.A., Atra, E. & 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.

Feldman, S. (1983). The use of private health care providers in rural bangladesh: a response to claquin. Social Science and Medicine. 17 (23), 1887-1896.

Fosu, G.B. (1989). Access to health care in urban areas of developing societies. Journal of Health and Social Behavior. 30, 398-411.

Fournier, P; Haddad, S. (1992). Un modèle d'utilisation des services de santé appliqué aux pays en voie de développement. Proceedings of the Fifth International Conference on System Science in Health Care. Prague June 29-July 3.

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.

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.

Haberman, S.J. (1973). The analysis of residuals in cross-classified tables. Biometrics 29, 205-220.

Habib, O.S. & Vaughan J.P. (1986). The determinants of health services utilization in Southern Iraq: a household interview survey. International Journal of Epidemiology. 15 (3), 395-403.

Haddad, S (1992). Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé de Nioki au Zaïre. Phd Thesis. Université Claude Bernard. Lyon, France, 1992.

Haddad, S.; Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. Social Science and Medicine. 40(6): 743-753.

Heggenhougen, H.K. (1980). Bomohs, Doctors and Sinsehs- Mediacl Pluralism in Malaysia. Social Science and Medicine 14B:235-44.

Heller, P.S. (1982). A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia. Social Science and Medicine. 16: 267.

Henderson, G., Akin, J., Zhiming, L., Jin, S., Ma, H., Ge, K (1994). Equity and the utilization of health services: report of an eight-province survey in China. Social Science and Medicine 39(5):687-699.

Hiescher, S. & Sommerfeld, J. (1985). Concepts of illness and the utilization of health-care services in a rural malian village. Social Science and Medicine, 21 (4), 469-481

Hosmer, D.W.; Lemeshow, S.(1989). Applied logistic regression. John Wiley & Sons, New York.

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.

Janzen, J.M. (1978). The comparative study of medical systems as changing social systems. Social Science and Medicine, 12, 121-129.

Jayawardene, R. (1993). Illness perception: social cost and coping strategies of malaria cases. Social Science and Medicine, 37(9):1169-1176.

Kaona, F.A., Siziya, S., Mushanga, M. (1990). The problems of a social survey in epidemiology: an experience from a Zambian rural community. African Journal of Medicine & Medical Sciences 19(3):219-224.

Kleinman, A.(1980). Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California.

Kloos, H. (1990). Utilization of selected hospitals, health centres and health stations in central, southern and western Ethiopia. Social Science and Medicine. 31: 101.

Kroeger, A. (1983). Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. Social Science and Medicine 17, (3), 147-161.

Kroeger, A. (1983). Health Interview Surveys in developing Countries: A Review of the Methods and results. International Journal of Epidemiology, 12 (4), 465-481.

Kroeger, A. (1988). Illness perception and use of health services in north-east Argentina. Health Policy and Planning, 3 (2):141-151.

Kwast, BE, Liff, J.M. (1988). Factors associated with maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. International Journal of Epidemiology. 17(1):115-121.

Lang, T., Lafaix, C. Fassin, D. & al. (1986). Acute respiratory infections: a longitudinal study of 151 children in Burkina Faso. International Journal of Epidemiology, 15, 553-561.

Lasker, J.N. (1981). Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory coast. Social Science and Medicine, 15A, 157-168.

Lieban rw (1983). Gender aspects of illness and practitioner use among filipinos. Social Science and Medicine 17(13):853-859.

Martin, C.(1984). Les soins de santé primaires..une notion à déchiffrer. Nursing Québec, 4(6):8-13.

Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Gaetan Morin, Montréal.

McNee, A., Neelam, K., Dawson, S.(1995). Responding to cough: Boholano illness classification and resort to care in response to childhood ARI. Social Science and Medicine. 40(9):1279-1289.

McPake, B. (1993). User charges health services in developing countries: a review of the economic literature. Social Science and Medicine. 36(11):1397-1405.

Mechanic, D. (1978). Sex, Illness behavior, and the use of health services. Social Science and Medicine 12B, 207-214.

Ministère de la santé du Mali (1996). Document d'orientation du Plan decennal de développement sanitaire et social 1997-2000.64p

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.

Nitcher, 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: 225-33.

Ngokwey, N. (1995). Home remedies and doctors' remedies in Feira (Brazil). Social Science and Medicine. 40(8):1141-1153.

Nnadi, E.E. & Kabat, H.F.(1984). Choosing health care services in Nigeria: a developping nation. Journal of Tropical Medicine. 87, 47.

Noutgara, A., Saueborn, R., Oepen, C., Diesfeld, H.J. (1989). Assessment of MCH services offered by professional and community health workers in the district of Solenzo, Burkina Faso. Journal of Tropical Pediatrics. 35(1), 2-9.

Okafor, S.I. (1983). Factors affecting the frequency of hospital trips among a predominantly rural population. Social Science and Medicine, 17 (9), 591-595.

Organisation Mondiale de la Santé (1978). Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Alta:OMS

Organisation Mondiale de la Santé (1986). Réglementer la formation et l'activité du personnel infirmier pour répondre aux besoins des soins de santé primaires. Série de rapports techniques, no738.

Orubuloye, I.O., Caldwell, J.C.; Caldwell, P.; Bledsoe, C.H. (1991). The impact of family and budget structure on health treatment in Nigeria. Health transition Review 1(2):189-210.

Oshomuvwe J.O (1990). Health services for the aged in sub-saharan africa. Social Science and Medicine 31:661-665

Parker, R.L. (1986). Health care expenditures in a rural indian community. Social Science and Medicine, 22 (1):23-27.

Phillips, R. (1990). Health and Health care in the Third World. Longman Scientific and Technical, Essex, England,334p.

Poland, B.D., Taylor, S.M. & Hayes, M.V. (1990). The ecology of health services utilization in Grenada, West Indies. Social Science and Medicine, 30 (1):13-24.

PNUD. (1995). L'état du monde édition 1996, Annuaire économique et géopolitique mondial. Éditions de la Découverte/Boréal, Montréal(Qc).

Ryan, G.W. (1995). Medical decision making among the Kom of Cameroon: Modeling how characteristics of illnesses, patients, caretakers and compounds affect treatment choice in a rural community. Ph.D. dissertation, University of Florida, Gainesville.

Ryan, G.W.(1998). What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process?: Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village. Social Science and Medicine, 46 (2), 209-225.

Saueborn, R., Noutgare, A. & Diesfelf, 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.

Saueborn, R., Adams, A., Hien, M. (1996 A). Household strategies to cope with the economic costs of illness. Social Science and Medicine, 43(3):291-301.

Sauebron, R., Nougara, A., Hien, M., Diesfled, H.J. (1996 B). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso. Social Science and Medicine, 43(3):281-290.

Scarpaci, J.L. (1988). Help-seeking behavior, Use and satisfaction among frequent Primary Care Users in Santiago de Chile. Journal of Health and Social Behavior, 29, 199-213.

Slikkerveer, L.J. (1982). Rural health development in Ethiopia. Problems of utilization of traditional healers. Social Science and Medicine, 16: 1859.

Stewart, MJ.(1995). Communitaty Nursing: Promoting Canadians'Health. WB Saunders Canada. Ontario, Toronto.813p.

Stock, R. (1983). Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. Social Science and Medicine, 17 (9), 563-570.

Subedi, J. (1989). Modern Health Services and Health Care Behavior: a survey in Kathmandu, Nepal. Journal of Health and Social Behavior, 30, 412-420.

Tembon(1996). Health care provider: the North West province of Cameroon. International Journal of Health Planning and Management 1153-67

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. (1995). L'initiative de Bamako: rapport d'activité intérimaire, Conseil d'administration session de 1993. Unicef, New York.

Uyanga, J. (1993). Rural-urban migration and sickness/health care behaviour: a study of easter Nigeria. Social Science and Medicine, 17 (9), 579-583.

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. (1992). Is paying for health care culturally acceptable in Sub-sahara Africa? Money and tradition. Social Science and Medicine. 34 (6), 667-673.

Vissandjée, B. (1994). Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. Ph.D dissertation, University of Michigan

Vissandjée, B., Barlow, R., Fraser, D.W. (1997). Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. Public Health. (111): 135-148.

Ward, H.; Mertens, T.E.; Thomas, C. (1997). Health seeking behavior and the control of sexually transmitted disease. Health policy and Planning. 12 (1):19-28.

Weller, S.C.; Ruebush, T.K.; Klein, R.E.(1997). Predicting treatment-seeking behavior in Guatemala: A comparison of the health services research and decision-theoretic approaches. Medical Anthropology Quarterly 11(2),224-245.

Winston, C.M. & Patel, V. (1995). Use of traditional and orthodox health services in urban Zimbabwe. International journal of epidemiology. 24(5)1006-1012

Wolffers, I. (1988). Illness behavior in Sri Lanka: results of a survey in two Sinhalese communities. Social Science and Medicine. 27 (5), 545-552.

Wong, E.L., Popkin, B.M., Guilkey, D.K. & Akin, J.S. (1987). Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines. Social Science and Medicine, 24, 927-944.

Yach, D.(1992). The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. Social Science and Medicine (1992) 35(4):603-612.

Young, J.C.(1980) A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. American Ethnologist 7, 106-151.

Young, (1981) Non use of physicians: methodological approaches, policy implications and the utility of decision models. Social Science and Medicine 15:499-507.

Young, A. (1983). The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care. Social Science and Medicine. 17(16), 1205-1211.

Appendice A
Modèle de Kroeger

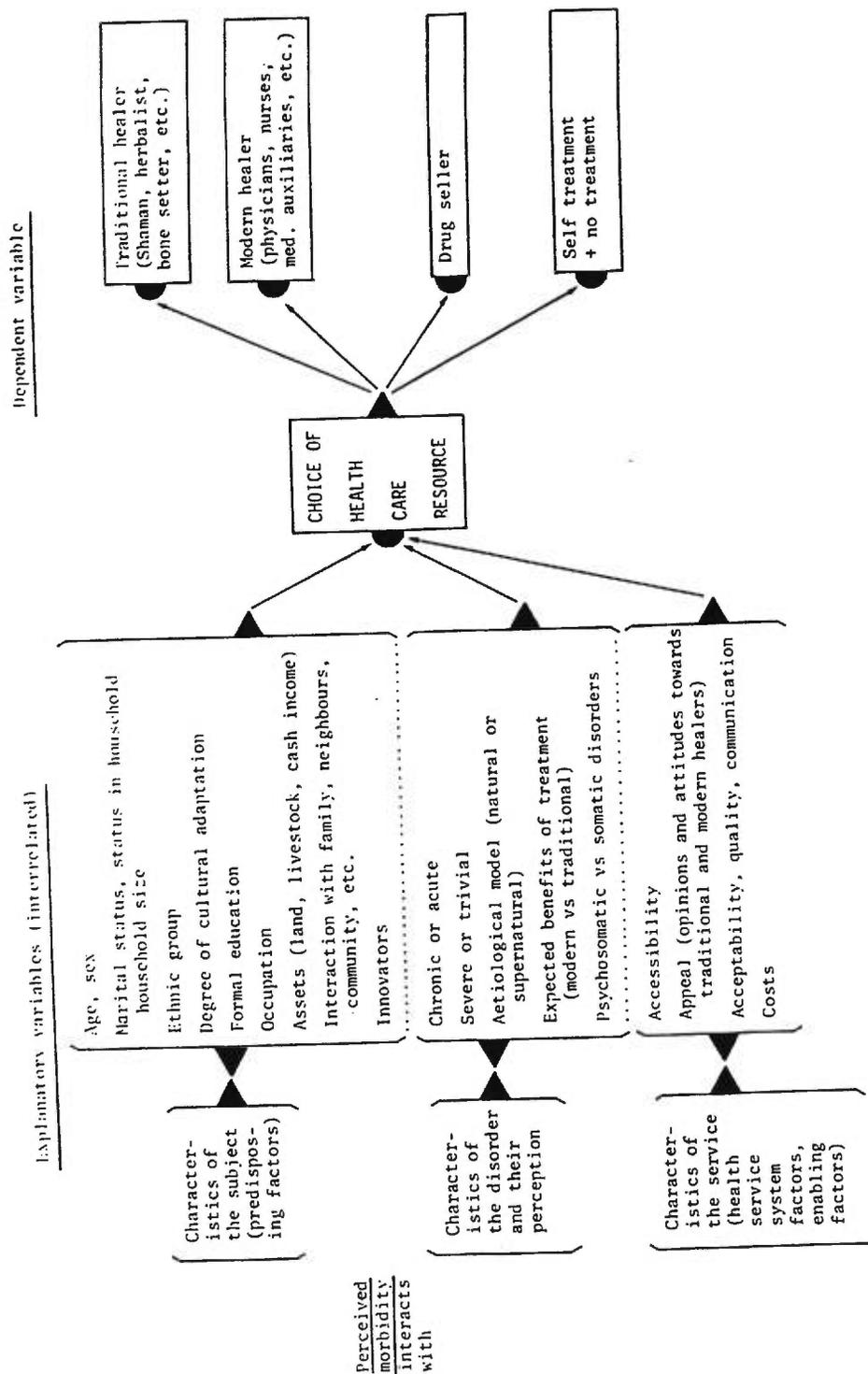


Fig. 1. The choice of healer in relation to various possible explanatory variables.

Appendice B
Modèle de Fournier et Haddad (1992)

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DANS LES PVD

