

Université de Montréal

CAPITAL SOCIAL, LOGIQUES DE SOLIDARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
MODERNES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Par

Marcellin Aye

Département d'administration des services de santé

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
En santé publique option Organisation des soins de santé

Janvier, 2001

© Marcellin Aye, 2000.



WA
5
U58
2001
v. 004

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

CAPITAL SOCIAL, LOGIQUES DE SOLIDARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
MODERNES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

André-pierre Contandriopoulos	Président-rapporteur
François Champagne	Co-directeur de recherche
Jean-Marc Brodeur	Membre du jury
Gilles Bibeau	Membre du jury
Robin Barlow	Examineur externe
Jean-François Thouez	Représentant du doyen

Thèse acceptée le : 29 janvier 2001

SOMMAIRE

Depuis le début des années 90, des systèmes de tarification des services de santé sont mis en place dans les établissements sanitaires publics dans la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara. Quand on sait que ces pays sont reconnus les plus pauvres de la planète,¹ la question qui se pose est de savoir comment s'organise les Africains pauvres pour avoir accès aux soins de santé modernes devenus payants. Selon plusieurs études, la solidarité constituerait la base de cette capacité d'avoir accès à des services devenus payants alors, que l'on est économiquement pauvre.

L'objectif principal de cette recherche tente d'analyser, de manière systématique, les méthodes et stratégies développées par les usagers démunis pour avoir accès aux soins de santé modernes payants. Pour répondre à cet objectif principal, des objectifs spécifiques ont été identifiés. Ils visent à répondre aux questions suivantes :

- La solidarité existe - t - elle dans notre région d'étude?
- Cette solidarité joue - t- elle un rôle dans l'accès aux services de santé modernes devenus payants?
- Si oui, quels facteurs sont à la base de cette forme de solidarité qui permet l'accès aux soins de santé modernes.

Une enquête populationnelle a été menée. Le devis de recherche correspondait à celui d'une étude de cas. La sélection du cas s'est faite selon une méthode systématique aléatoire simple. Elle s'inspire de la méthode préconisée par l'O.M.S. pour évaluer les couvertures vaccinales. La collecte s'est effectuée au moyen de deux questionnaires. L'un destiné au chef de ménage et l'autre au malade. L'enquête s'est déroulée en janvier 1999 auprès de 1013 chefs de ménage et 745 malades.

Selon nos résultats, la solidarité existe dans notre région d'étude. 74,1% des 1013 chefs de ménages interrogés affirment en bénéficier. La solidarité qu'on peut appeler dans un but opérationnel « aide » existe sous deux formes : (1) l'aide des proches (parents et amis) et (2) l'aide des associations. Selon les chefs de ménages bénéficiaires, les parents et amis aidants résident dans leur grande majorité à Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. La solidarité est à la base d'une redistribution des ressources de la ville vers la campagne.

1. Selon les données du rapport mondial sur le développement humain publié depuis dix ans (P.N.U.D.,1999), les pays d'Afrique subsaharienne sont considérés comme les pays les plus pauvres des pays en voie de développement.

Pour répondre à la question de savoir si la solidarité joue un rôle dans l'accès aux services de santé devenus payants, 745 malades ont été interrogés. Sur les 745, 742 répondants ont été validés. Sur ces 742 répondants, 565 soit 76,1% affirment avoir utilisé les services de santé modernes. Les facteurs qui influencent cette utilisation des services de santé modernes apparaissent par ordre d'importance comme suit: (1) l'aide financière que le malade reçoit de ses proches, (2) la gravité perçue de la maladie, (3) le niveau de richesse du ménage dont provient le malade. L'aide des proches (la solidarité) constituant le facteur le plus déterminant de l'utilisation des services de santé modernes, il devenait important de connaître les facteurs à la base de la solidarité. Pour développer une analyse rigoureuse qui permet d'objectiver les logiques à la base de cette solidarité, nous avons retenus les analyses théoriques de Bibeau (1994), Polanyi (1975) et Bourdieu (1980, 1986, 1992, 1993, 1994).

Trois groupes de facteurs ont été identifiés comme formant la base de la solidarité : (1) les facteurs de prédisposition qui décrivent les caractéristiques sociodémographiques de la personne aidée et de l'aidant, (2) ceux de capacité qui mesurent le niveau de capital social de la personne aidée et de sa famille et (3) ceux de déclenchement de l'aide. Dans le cas de cette étude, la maladie, selon sa sévérité, déclenche ou non le processus d'aide.

D'après les résultats, les *facteurs de prédisposition* produisant un effet significatif sur la solidarité sont : (1) le nombre d'enfants du chef du ménage dont est issu le malade et (2) le sexe du malade. Quant aux *facteurs de déclenchement* nous remarquons : (1) la gravité perçue de la maladie par le malade et son entourage (2) le type de diagnostic que le malade et son entourage ont attribué à la maladie. Pour les *facteurs de capacité*, facteurs qui mesurent le capital social, l'existence d'un réseau de soutien du chef de ménage agit de façon significative sur la solidarité pour le recours aux services de santé en général. L'existence d'un réseau de soutien social constitue le facteur qui permet de mieux mesurer le capital social d'un individu, car il fait référence à un groupe de personnes dont la confiance mutuelle s'accroît avec le temps.

Les résultats semblent aussi montrer que plusieurs enfants en bas âge ne bénéficient pas de l'accès aux soins modernes. L'hypothèse que nous formulons à ce sujet est qu'un enfant peut recevoir des dons ou de l'aide financière en cas de maladie, mais cette aide peut être utilisée à d'autres fins (frais de funérailles, achats de nourriture ou autres) à cause de l'influence des aînés sur la gestion de la famille.

Le fait important à retenir est que désormais, dans l'analyse de l'accès aux soins de santé modernes de l'individu et de la communauté, il importe de tenir compte de la notion de capital social. En effet, tout comme le capital économique, ce capital permet l'acquisition de ressources financières pour accéder à des services qui nécessitent de l'argent.

L'autre proposition que nous formulons à partir de cette étude est que, dans le contexte africain en particulier et des pays en développement en général, le capital économique ne devrait pas constituer l'unique facteur à considérer dans l'élaboration des projets de développement. Il faut aussi tenir compte du capital social, non seulement au niveau individuel pour apprécier la capacité des agents sociaux d'aller chercher des ressources additionnelles, mais aussi au niveau collectif pour mesurer le niveau de confiance, de transparence, de civilité et d'esprit de solidarité qui règne dans la communauté. Comme l'ont démontré plusieurs études et travaux de recherche (Bourdieu, 1980, 1986, 1992, 1993, 1994, 2000; Putnam, 1993,1995; Fukuyama, 1995; Latouche, 1998; Bibeau 1994; Raynaud, 1994; Nicolas, 1986; Sen, 1993; Desmarteau, 1997; Kawashi et al., 1997; Collier et Gunning, 1999; Dasgupta et Serageldin, 1999). Ces éléments demeurent essentiels à une bonne gouvernance et à un développement économique harmonieux.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE TITRE.....	i
COMPOSITION DU JURY.....	ii
SOMMAIRE.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES.....	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xiv
REMERCIEMENTS.....	xvi
DÉDICACES.....	xvii
CHAPITRE 1. Introduction :	1
CHAPITRE 2. Problématique	8
2.1. Systèmes de régulation sociale.....	8
2.1.1. Le modèle de régulation public ou l'État.....	9
2.1.2. Le système de régulation par le marché.....	10
2.1.3. Le système de régulation par la solidarité.....	12
2.1.4. La solidarité selon le point de vue de certains auteurs.....	18
2.1.4.1. La solidarité selon Auguste Comte.....	18
2.1.4.2. La solidarité selon Spencer.....	19
2.1.4.3. Émile Durkheim et la solidarité.....	20
2.1.4.4. La politique universelle de Girardin.....	21
2.1.4.5. La solidarité selon Adam Smith.....	23
2.1.4.6. La solidarité selon Rousseau.....	23
2.1.4.7. La solidarité selon Leroux.....	24
2.1.4.8. La solidarité selon Toönies.....	25
2.1.5. Conclusion partielle.....	26
2.2. Solidarité et société africaines	27
2.2.1. Présentation de l'Afrique contemporaine.....	27
2.2.2. L'Afrique moderne et les modes d'organisation sociale.....	30

2.2.2.1. La structure de la famille.....	30
2.2.2.2. Le rapport entre parents et enfants.....	31
2.2.2.3. Le rapport entre frères.....	32
2.2.2.4. La règle du mariage.....	33
2.2.2.5. Mesure de la prédisposition à la solidarité.....	34
2.2.3. L'influence du système de régulation solidaire sur les pratiques sociales.....	36
2.2.3.1. Les systèmes de valeurs.....	36
2.2.3.2. Les dynamiques du processus de socialisation.....	38
2.2.3.3. Les systèmes de valeurs partagées et la confiance.....	39
2.2.3.4. Le capital social.....	41
• D'un point de vue macro-social.....	45
• D'un point de vue micro-social.....	47
2.3. Les logiques de solidarité et la société africaine.....	49
2.3.1. Les solidarités formelles institutionnalisées.....	50
2.3.2. Les origines des mécanismes de solidarité actuels.....	50
2.3.3. La solidarité pour le risque.....	52
2.3.4. Les systèmes de solidarité collectifs.....	53
2.3.5. Les solidarités de type universel.....	54
2.3.6. Les solidarités traditionnelles.....	54
2.3.7. Les solidarités modernes de type informel.....	57
2.4. Conclusion générale.....	59
CHAPITRE 3. Cadre conceptuel et Modèle théorique.....	64
3.1. Analyse conceptuelle.....	65
3.2. Questions de recherche.....	74
3.3. Hypothèses de recherche.....	75
CHAPITRE 4 : Méthodologie.....	76
4.1. Stratégie de recherche et devis.....	77
4.2. Technique d'échantillonnage et méthodes d'enquête.....	78
4.3. Planification opérationnelle.....	80
4.3.1. Population d'étude.....	80

4.3.2. Mode de calcul de la taille d'échantillon.....	81
4.3.3. Stratégie d'enquête de terrain.....	82
4.3.4. Méthode de recueil de l'information.....	83
4.3.5. Critères d'inclusion des ménages et des malades.....	84
4.3.6. Définition opérationnelle des variables de l'étude.....	84
4.3.6.1. Variables dépendantes.....	84
4.3.6.2. Variables indépendantes.....	87
4.3.7. Données : Origine, collecte et qualité des instruments.....	93
4.3.7.1. Origines des données.....	93
4.3.7.2. Collecte des données.....	95
4.3.7.3. Qualité des instruments de collecte.....	95
4.3.7.4. Fiabilité des instruments de collecte.....	96
4.3.7.5. Validité des instruments de collecte.....	97
4.3.7.6. Préparation psychologique de la population d'étude	98
4.3.8. Méthodes d'analyse des données.....	99

CHAPITRE 5 : Résultats.....100

ARTICLES

<u>5.1. Article 1</u> : Capital social et nouvelles formes de solidarité	103
en Afrique subsaharienne : une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire).	
• Résumé.....	103
• Définition du problème et contexte.....	104
• Méthodologie et analyse.....	109
• Résultats.....	112
• Discussion.....	119
• Conclusion.....	134
• Références.....	136
• Tableaux.....	139

5.2. <u>Article 2</u> : Solidarité, capital social et utilisation des services	147
de santé modernes en Afrique subsaharienne : Le cas de la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire).	
• Résumé.....	148
• Définition du problème et contexte.....	149
• Méthodologie et analyse.....	154
• Résultats.....	158
• Discussion.....	162
• Conclusion.....	169
• Références.....	170
• Tableaux.....	174
5.3. <u>Article 3</u> : Les déterminants de l'aide financière pour	184
l'accès aux soins de santé modernes ou comment du capital social s'échange en capital économique pour l'accès aux soins.	
• Résumé.....	185
• Définition du problème et contexte.....	186
• Cadre conceptuel et modèle théorique.....	191
• Méthodologie et analyse.....	202
• Résultats.....	206
• Discussion.....	211
• Conclusion.....	219
• Références.....	220
• Tableaux et figures.....	224
CHAPITRE 6 :Discussion générale, limites de l'étude et impacts.....	233
6.1. Discussion générale.....	234
6.2. Limites de l'étude.....	241
6.3. Impact des résultats.....	243

CHAPITRE 7 : Conclusion.....245

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES248

ANNEXES.....258

ANNEXE 1 : Lettre d'information des Autorités

ANNEXE 2 : Lettre de rappel

ANNEXE 3 : Questionnaires

ANNEXE 4 : Itinéraire d'enquête dans le village

ANNEXE 5 : Liste des variables

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Matrice de mesure de la prédisposition à la solidarité

TABLEAU 2 : Présentation des différentes raisons de solidarité au niveau individuel

TABLEAU 3 : Type de données recueillies et leur origine

Article I : Capital social et nouvelles formes de solidarité en Afrique subsaharienne : une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire).

Tableau 1 : Description des principales caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage

Tableau 2 : Implication sociale du chef de ménage

Tableau 3 : Distribution des différents types de solidarité

Tableau 4 : Présentation des variables indépendantes à liaison significative avec les variables dépendantes

Tableau 5 : Facteurs liés à la capacité de bénéficier de la solidarité en général : résultats de la régression logistique

Tableau 6 : Facteurs liés à la capacité de bénéficier de la solidarité des associations : résultats de la régression

Tableau 7 : Facteurs liés à la capacité de bénéficier de la solidarité des proches : résultats de la régression.

Tableau 8 : profil des bénéficiaires des différents types de solidarité

Article 2 : Capital social, solidarité et utilisation des services de santé modernes en Afrique subsaharienne : une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire).

Tableau 1 : Présentation des facteurs à liaison significative avec les variables dépendantes chez l'ensemble des malades

Tableau 2 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables indépendantes comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au premier recours : résultats de la régression logistique

Tableau 3 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables indépendantes comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au deuxième recours : résultats de la régression logistique

Tableau 4 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables indépendantes comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au troisième recours : résultats de la régression logistique

Tableau 5 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables indépendantes comme facteurs prédisposants à l'utilisation des services modernes formels au recours général : résultats de la régression logistique

Tableau 6 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables indépendantes comme facteurs prédisposants à l'utilisation des services appropriés: résultats de la régression logistique

Tableau 7 : Opinion des différents groupes de malades après l'utilisation des services

Tableau 8 : Présentation de l'accès aux services modernes formels selon les catégories de malades

Tableau 9 : Facteurs associés aux différentes opinion des malades après utilisation : résultats des régressions logistiques

Article 3 : Les déterminants de l'aide financière pour l'accès aux soins de santé modernes en Afrique ou comment le capital social s'échange en capital économique.

Tableau 1 : Présentation des facteurs de prédisposition du ménage qui ont une liaison significative sur les variables « aide pour épisode de soins » et « aide pour recours modernes ».

Tableau 2 : Présentation des facteurs de prédisposition du malade qui ont une liaison significative sur les variables « aide pour épisode de soins » et « aide pour recours modernes ».

Tableau 3 : Présentation des facteurs de capacité et de déclenchement qui ont une liaison significative sur les variables « aide pour épisode de soins » et « aide pour recours modernes ».

Tableau 4 : Facteurs affectant sur l'aide financière pour le recours aux services en général : résultats de la régression logistique.

Tableau 5 : Facteurs affectant sur l'aide financière pour le recours aux services modernes formels: résultats de la régression logistique.

Tableau 6 : Malades qui sont aidés selon le niveau de dépense lors de l'épisode de soins

Tableau 7 : Malades pauvres, avec différents niveaux de gravité de maladie et qui sont aidés ou non.

Tableau 8 : Malades pauvres, avec différents montants dépensés lors de l'épisode de soins et qui sont aidés ou non.

Tableau 9 : Caractéristiques des malades pauvres qui sont aidés ou non selon la gravité de la maladie.

LISTE DES FIGURES

Problématique et cadre conceptuel

Figure 1 : Différents modes de structuration des systèmes de régulation sociale dans une société

Figure 2 : Type de capital social dominant dans une société selon le système de régulation dominant

Figure 3 : Solidarité pour l'accès aux soins : modèle conceptuel

Article 3 :

Figure 1 : Modèle conceptuel de l'aide financière des proches pour l'accès aux soins

Figure 2 : Modèle opératoire des facteurs déterminant l'aide financière pour le recours aux soins.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.H.R.	Centre Hospitalier Régional
F.C.F.A.	Franc du Comptoir Français Africain
G.V.C.	Groupement à Vocation Coopérative
J.A.E.	Jeune Afrique Économique
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.G.	Organisation Non Gouvernementale
P.A.S.	Plan d'Ajustement Structurel
P.N.U.D.	Programme des Nations Unies pour le Développement
NB	Nota Bene
CM	Chef de ménage
A	Agent social A
B	Agent social B
N	Taille d'échantillon

Moy.	Moyenne
P	Valeur de P
Df	Degré de liberté
NS	Non significatif
OR	Odds Ratio
RC	Ratio de cote
IC	Intervalle de confiance
X^2	Chi-carré
CF	Confère

REMERCIEMENTS

J'aimerais exprimer toute ma reconnaissance à mes directeurs de thèse, les docteurs **Pierre Fournier et François Champagne**, qui m'ont conseillé, éclairé et inspiré tout au long de mon travail et qui ont veillé à rendre ma formation doctorale très enrichissante sur le plan intellectuel et humain.

Je tiens tout particulièrement à exprimer toute ma gratitude au **professeur André-Pierre Contandriopoulos** qui, tout au long de ce travail n'a jamais failli à son devoir de maître qui est celui de motiver, d'éclairer et d'inspirer le disciple que je suis.

Mes remerciements vont également aux professeurs et chercheurs du département de santé publique notamment aux professeurs **Reynald Pineault, Ron Levy, Jean-louis Denis, Claude Sicotte, Jean-Marc Brodeur, Daniel Campeau, Daniel reinharz, Marc-André Fournier, François Thibedeau** pour leurs conseils, critiques et encouragements.

J'aimerais remercier aussi tout le personnel administratif et technique du département de santé publique et du GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé) en particulier, **Linette Cohen** qui est pour moi une grande sœur, **Lorraine Trudeau, France Pinsonneault, Josée Tessier, Lison Dufresne** ainsi que tous mes collègues étudiants du département de santé publique en particulier, **Hamed Koné, Geoffroy Scott, Astrid Brousselle, Damien Contandriopoulos, Christian Morales, Eugenio de Sousa, Nimâ Machouf, Rosa-marie Auguste**.

J'aimerais aussi remercier mes amis de Montréal et mes compatriotes ivoiriens de Montréal en l'occurrence **Balin Bahi Boniface, Mme et Mr Sonan yapo Anicet, Mme Eva Constance Beugré**. Les autorités et les habitants des villages **d'Andé, Agou, Grand-Akoudzin, Diapé, Boudépé**, du département **d'Adzopé** en Côte d'Ivoire sont aussi à remercier ainsi que l'équipe d'enquête et particulièrement **Jean-pierre Kouamé**.

J'aimerais remercier aussi les organismes subventionnaires grâce à qui cette recherche a été possible. Ce sont :

- La faculté des études supérieures de l'université de Montréal (**FES**) pour l'octroi d'une bourse d'excellence.
- L'équipe « utilisation » financée par le **FCAR** et dirigée par le Professeur **Regis Blais** pour la bourse de rédaction .
- L'Ambassade de Côte d'Ivoire au Canada, pour son aide financière

J'aimerais enfin exprimer toute ma reconnaissance et mes remerciements au **Conseil Canadien de la Recherche sur les Politiques** pour le **Prix Canada 2000** des diplômés. Un prix qui honore l'université de Montréal, le département de santé publique et tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réalisation de ce projet de thèse.

DÉDICACE

Je dédie ce travail à :

- ◆ Mon fils **Isaac-Joseph Ayé** qui a été ma principale source de motivation et de persévérance
- ◆ Ma mère **Anassin Chiadon Hélène** et mon père **Alléchi Aye Francis**, pour leur éducation qui m'a permis d'avoir cet amour pour la recherche et le savoir
- ◆ Mes sœurs et frères qui m'ont appuyé et cru en moi; surtout
- ◆ Ma grande sœur **Agnès Monnet**, qui peut enfin voir le fruit de ses investissements dans l'instruction de son petit frère.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

La santé représente l'une des conditions essentielles du bien-être et de la capacité productive de tout individu et de toute communauté. C'est en partie pour cette raison qu'après avoir accédé à leur indépendance, plusieurs pays africains au sud du Sahara ont investi d'importantes ressources dans la formation de professionnels de la santé et le développement d'infrastructures sanitaires publiques. La Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays de la sous-région a mis en place un système sanitaire public. L'un des principes de fonctionnement de ce système consistait à fournir gratuitement les soins médicaux à la population. Cette politique sociale volontariste de l'État a contribué à améliorer les indicateurs de santé et la meilleure participation de la population aux activités sanitaires organisées.

Toutefois, depuis le début des années 80, comme plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara, la Côte d'Ivoire se heurte à d'énormes difficultés économiques. Celles-ci se révèlent dans des déficits budgétaires permanents, des taux élevés d'inflation et une stagnation de l'activité économique. Pour créer les conditions d'une bonne relance, les mesures d'austérité du Plan d'Ajustement Structurel (P.A.S.) ont identifié certaines mesures macro-économiques et sectorielles à mettre en place. Parmi celles-ci, figurent la dévaluation du Franc C.F.A¹. et la réduction des dépenses publiques, notamment les coupures dans les budgets alloués au secteur sanitaire.

1. Avant la dévaluation (1994), 100F CFA équivalaient à 50 FF soit 12,5 \$ canadien. Maintenant 100F CFA correspondent à 1 F F soit 0,25 \$ canadien.

Face à cette réduction des dépenses publiques, les institutions gouvernementales responsable de la santé se confronteront à d'énormes difficultés dans la couverture des dépenses sanitaires. L'État n'étant plus en mesure d'assumer les charges récurrentes des établissements sanitaires publics, l'apport de ressources supplémentaires fournies par le paiement des malades fut jugé nécessaire. D'un système sanitaire public officiellement gratuit, on est passé à un système sanitaire public officiellement payant, où désormais le malade ou sa famille doit déboursier une partie ou la totalité du coût des soins de santé dont il bénéficie. Plusieurs politiques de financement par les usagers ont été développées. En Côte d'Ivoire, la politique appliquée consiste en une tarification des services publics de santé, cette mesure se voulant une forme d'Initiative de Bamako, adaptée au cas ivoirien. L'Initiative de Bamako vise un renforcement de la politique de médicaments essentiels et une mobilisation de ressources supplémentaires auprès des malades pour pallier au sous-financement des services de santé et améliorer la qualité (Haddad et Fournier, 1993; Diakité, 1998). Toutefois, depuis son lancement en 1987, l'Initiative de Bamako et ses variantes font l'objet de nombreuses critiques. En effet, certains leur reprochent d'engendrer l'iniquité et d'exclure les plus démunis de l'accès aux soins de santé modernes (Dumoulin et coll., 1993; Gdedenou, 1993; Kaddar et coll., 1997). Pour remédier aux problèmes soulevés, des stratégies basées sur le partage du risque (mutuelles, assurances maladie, pré-paiements) ont été préconisées. La réalité fiscale des pays africains ne permettant pas d'envisager des assurances maladie de type universel, les mutuelles de santé de type local à financement communautaire ont été conseillées (Dumoulin et al., 1993; Banque Mondiale, 1993; 1995; Ilunga et al., 1996;

Kaddar et Tchicaya, 1997). Malgré le consensus général sur les avantages des mutuelles de santé en Afrique, force est de constater que, sur le terrain, les mutuelles demeurent quasi inexistantes. Selon Vogel (1988) ainsi que Kaddar et coll. (1997), la couverture par mutuelle ne touche que 15% de la population dans les pays où elle existe, la majorité des mutuelles opérationnelles restant des expériences qui ne s'adressent qu'aux salariés du privé ou aux agents de l'État. La question qui surgit s'énonce ainsi : comment s'organisent les usagers pauvres pour avoir accès aux soins de santé modernes devenus payants? Ces dernières années, de plus en plus d'études (Raynaut, 1990; Wyss, 1994; Sauerborn et al., 1996; Wallman, 1996; Kaddar et Tchicaya, 1997) s'intéressent aux stratégies développées par les populations africaines pour se soigner en cas de maladie. Déjà en 1986, Abel-Smith soutenait l'idée selon laquelle on pouvait considérer l'assurance maladie comme une systématisation des arrangements d'assistance mutuelle qui existaient jadis dans toutes les communautés humaines. Ces arrangements reposaient sur le principe suivant :

« Je t'aide maintenant parce que tu en as besoin et pour que tu aies l'obligation de m'aider si jamais moi aussi je me trouve dans le besoin ».

En prêtant assistance à son prochain, on se constituait un capital de créance. Le contrôle social qui s'exerçait au sein de la communauté faisait en sorte que les créances étaient toujours honorées. Même si de nos jours, l'avènement de l'économie de marché fait oublier le rôle majeur des pratiques sociales non marchandes dans les sociétés contemporaines (Mauss, 1985; Godbout et Caillé, 1995; Polany, 1997; Goulding, 1989; Bourdieu et Wacquant, 1998; Bourdieu, 2000), il importe de souligner que, dans certains

pays en développement et notamment dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, persistent encore les mécanismes de solidarité, d'entraide et de don mutuel (Nicolas,1985; Raynaut,1986,1990; AbdouTouré,1990; Adjamagbo,1997; Mari,1997; Eloudou,1992; Mayoukou, 1994; Latouche, 1998; Dasgupta et Serageldin, 1999). Depuis la dévaluation du franc CFA (1994) et l'instauration des politiques de financement par les usagers, plusieurs malades démunis n'ont accès aux soins de santé modernes, que grâce à la solidarité de leurs parents, amis et associations locales dont ils sont membres (Saeurborn, 1996; Wallman, 1996; Kaddar et coll., 1997; Kaddar et coll., 1997; Atim, 1999).

L'objectif principal de notre recherche consiste à analyser les effets de la solidarité sur l'accès et l'utilisation des services de santé modernes formels. Pour atteindre cet objectif, nous aurons à étudier trois (3) groupes de questions. Le premier groupe porte sur une évaluation de l'ampleur des actes de solidarité dans la sous région d'étude. Le deuxième groupe s'intéresse à l'effet de la solidarité et d'entraide sur l'accès aux soins de santé modernes. Enfin, le troisième groupe concerne les déterminants de la solidarité pour l'accès aux soins de santé modernes.

Notre recherche s'inscrit dans un cadre général de recherche de solutions adaptées et originales aux problèmes d'équité et d'accessibilité aux services de santé modernes que connaissent les populations africaines. Elle répond aussi à l'objectif général des gouvernements africains et des bailleurs de fonds qui, d'une part, souhaitent la

décentralisation du système de santé et, d'autre part, une intensification de la lutte contre la pauvreté (P.N.U.D, 1997, 1999). Notre recherche s'est déroulée dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire) composée de cinq (5) villages : Boudépé, Agou, Andé, Grand-Akoudzin et Diapé. La recherche a été rendue possible grâce aux différentes bourses des Institutions de recherche canadiennes et de l'État de Côte d'Ivoire.

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

L'objet de notre recherche provient d'un constat de terrain, à savoir l'existence au sein de la population d'une forme de « *solidarité naturelle* ». Cette solidarité, dans certains cas, permet aux malades démunis de réunir des ressources financières suffisantes pour accéder aux soins de santé modernes. Cette solidarité ni formelle, ni officielle s'exprimerait dans les moments où un individu traverse des situations difficiles. L'objectif de notre étude étant de déterminer l'ampleur de cette forme de solidarité dans la population et son effet sur l'utilisation des services modernes de santé, la présente recension des écrits sera organisée de la manière suivante :

- 1- Une première partie s'intéressera aux systèmes de régulation sociale qui sont en vigueur dans les sociétés contemporaines;
- 2- Une deuxième partie mettra l'accent sur la solidarité et ses différentes formes d'expressions en Afrique en tant que pratique sociale;
- 3- Enfin un dernier chapitre traitera des différents facteurs déterminants de la solidarité dans l'accès aux services de santé.

2.1. systèmes de régulation sociale

En tant qu'être social, l'être humain ne vit qu'à travers ses rapports aux autres ou avec les autres. Ces relations interpersonnelles entre êtres humains peuvent prendre trois formes principales (Kluckhohn et Strodtbeck, 1961) qui sont :

- La relation de linéarité verticale ou hiérarchique;
- Le mode individualiste;
- La relation de linéarité horizontale ou collatérale.

Ces trois (3) formes de relations interpersonnelles correspondent à trois systèmes de régulation sociale, à savoir : (i) Le modèle de régulation public ou l'État, (ii) le système de régulation par le marché, (iii) et le système de régulation par la solidarité. Ces modèles de régulation proposent des approches différentes pour réguler les problèmes d'organisation et de cohésion sociale. Ils comprennent tous des normes, des règles et un processus de socialisation des individus pour l'intériorisation des valeurs et croyances de leur société de vie.

2.1.1. Le modèle de régulation public ou l'État

La justice sociale sert de base morale à l'état. Les indicateurs de réussite qui objectivent cette justice sociale se situent dans l'équité et l'égalité sociale, équité qui assure la cohésion sociale. C'est un modèle de régulation sociale fondé sur l'autorité, autorité qui peut s'exercer à cause d'une légitimité acquise de manière démocratique ou par charisme social ou religieux. Son principe organisationnel repose sur la hiérarchie. Son autorité s'exerce à travers une force morale ou physique. Il a comme mandat la redistribution équitable des ressources auprès de tous les citoyens. Les experts et les technocrates y tiennent un rôle considérable. Le capital culturel forme le capital dominant dans ce type de sociétés.

Le rôle important que jouent les technocrates et les experts se justifie par leur capacité à présenter leur action comme rationnelle et apolitique, motivée uniquement par l'intérêt public (Contandriopoulos et coll., 1996). Fort de sa légitimité et de son

autorité, l'état prélève des impôts et des taxes et offre, en retour, des prestations de biens et services aux citoyens.

2.1.2. Le système de régulation par le marché

La finalité de ce système permet à chaque individu de maximiser son intérêt, une maximisation de l'intérêt individuel qui, au bout de compte, assure l'intérêt collectif. C'est la théorie de la « main invisible » préconisée par Adam Smith (1976). Ce modèle de régulation repose sur l'échange, un échange où l'on achète et l'on vend des biens et des services.

1. Le capital culturel d'une société ou d'un pays correspond au niveau de qualification technique et intellectuelle de ses membres. Cette qualification est le fruit des modes et techniques de socialisation des citoyens. Le système scolaire est responsable d'une part importante du niveau de capital culturel d'un pays. Les pays les plus développés sont ceux dont le capital culturel et économique est élevé.

L'attribution des ressources s'effectue selon «l'optimum de Pareto » puisque cette attribution ne saurait être modifiée sans pénaliser au moins l'un des agents économiques. Le fonctionnement de ce mode de régulation repose sur des présupposés très forts (Contandriopoulos et coll., 1996) :

1. Les acteurs sont rationnels et souverains, chacun cherche à optimiser son utilité;
2. Tous les acteurs sont parfaitement informés des caractéristiques et des prix de toutes les marchandises;
3. Le marché est fragmenté de sorte qu'aucun acteur ne peut modifier le prix d'échange. Les économies d'échelle restent impossibles;
4. Les ajustements se font automatiquement;
5. Chacun peut entrer librement sur le marché. La capacité d'un fournisseur à demeurer sur le marché dépend de sa performance économique c'est-à-dire de sa capacité à générer des profits. Les moins compétitifs font faillite;
6. La principale responsabilité de l'État consiste à garantir la commercialisation des biens et services sur des marché en libre concurrence.

Dans la réalité, aucun pays ou état ne présente toutes les caractéristiques du marché. Mais ceux dont le mode de régulation tend vers le marché adopte certains des principes cités ci-dessus. Dans ces sociétés, le capital économique demeure le capital dominant et la concurrence devient une valeur intégrée dans les échanges sociaux .

2.1.3. Le système de régulation par la solidarité

C'est un modèle de régulation qui est fondé sur l'entraide et le soutien mutuel. La finalité vise non pas le bien-être de l'individu, mais celui du groupe. La logique économique dans ce cas s'appuie sur le principe que la vraie richesse ne réside que dans la capitalisation des liens sociaux. Pour acquérir le bien, il faut établir le lien (Mauss, 1985). L'indicateur du bon fonctionnement de ce mode de régulation sociale équivaut au niveau d'aide, de dons et de contre-dons, de confiance, de coopération volontaire, de réciprocité, de compassion et de soutien. La cohésion sociale est assurée par cette incapacité de jouir de manière égoïste des fruits de son labeur sans se préoccuper de la situation de ses proches. En parlant de l'Afrique, continent où le mode de régulation par la solidarité est très répandue, Raynaut (1990) dit ceci :

« La solidarité en Afrique repose sur une logique économique pour laquelle la vraie richesse réside dans la capitalisation des liens sociaux. L'inégalité est constitutive de l'ordre social: elle sert de support à des flux de biens et services qui permettent aux riches d'affirmer leur prospérité en aidant les pauvres à survivre. Ainsi, toute personne riche s'appuie-t-elle sur un réseau de dépendants qui contribuent à sa fortune et à son prestige social mais bénéficient en retour de sa protection et de sa générosité».

Cette typologie en trois (3) modèles de la régulation des sociétés contemporaines a été reprise sous des thèmes différents par plusieurs auteurs. Polanyi (1975) identifie trois modèles d'intégration de l'économie qui se sont succédé depuis le moyen âge: (i) la redistribution, (ii) l'échange (iii) et la réciprocité. Toujours, selon Polanyi (1975), ces trois formes se seraient succédés et auraient alterné au cours de l'histoire, dans les sociétés humaines. Dans les sociétés où domine la parenté, la réciprocité demeure la forme d'intégration économique dominante tandis que dans les sociétés

dominées par les chefferies ou les systèmes de royautes, on bénéficie d'un modèle d'intégration économique basé sur la redistribution. L'échange marchand, quant à lui se rencontre dans les sociétés où le poids de la parenté et la force de la chefferie s'effacent pour laisser place à des organisations tribales plus segmentaires, plus autonomes.

Kenneth Boulding (1989), dans son ouvrage *Three Faces of Power*, abonde aussi dans le même sens. Selon lui, il existe trois types de pouvoir : le pouvoir politique régi par la force physique et la capacité de coercition; le pouvoir économique basé principalement sur l'échange et dont le facteur déterminant se trouve dans la force rationnelle et la persuasion, et enfin le pouvoir social dont le facteur déterminant se situe dans la force émotionnelle et la foi. Selon lui, parmi ces trois types de pouvoir, le social reste le plus déterminant car il permet de légitimer les deux autres. Autrement dit, sans pouvoir social, il n'existe ni pouvoir politique ni pouvoir économique. Si nous nous référons à notre cadre d'analyse, on peut dire que le pouvoir politique correspond au pouvoir de l'État, le pouvoir économique au pouvoir du marché et le pouvoir social au pouvoir du système de régulation par la solidarité.

Les trois modèles de régulation sociale que nous venons de décrire doivent être vus comme des « modèles purs » ou « idéaux types » au sens de Weber. Aucune société humaine, aucun État n'incarne de manière absolue les formes décrites ci-dessus. Les sociétés modernes actuelles présentent, à des niveaux différents, des traits caractéristiques de ces « modèles purs », mais aucune ne les possède tous. Nous avons

alors des sociétés où domine soit le système de régulation par l'État, soit le système de régulation par la solidarité ou soit le système de régulation par le marché (figure 1). Selon le système de régulation en vigueur dans une société, un type de capital serait dominant (figure 2).

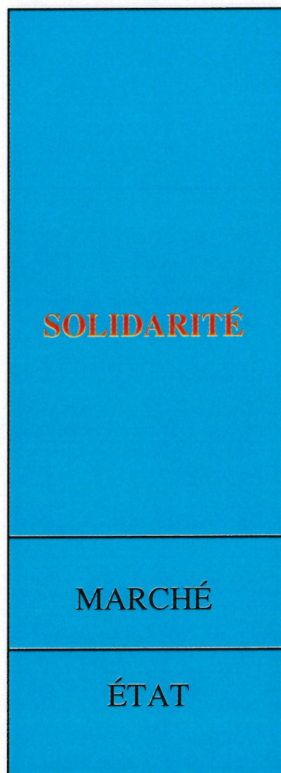
Nous pouvons définir les États-Unis comme une société qui est plus dominée par le modèle du marché (capital économique) et l'ancienne Union soviétique comme une société plus proche de la régulation étatique (capital culturel). La plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara et des pays en développement semblent, quant à eux, dominés par le modèle de régulation par la solidarité (capital social). Cette domination du modèle de régulation par la solidarité dans les pays africains se comprend par une incapacité de l'État d'assumer son rôle de redistribution équitable des richesses et une faiblesse de la logique du marché. Dans ces pays, l'économie et l'administration publique sont enchâssées (imbriquées) dans le social (Polanyi, 1975; Raynaut, 1990; Latouche, 1998; Bourdieu, 2000). Pour effectuer des échanges économiques, l'agent économique doit, en Afrique, passer par le social. Dans les pays où l'état et le marché sont bien organisés et reposent sur des bases objectives, l'agent économique passe directement par le contrat. Les échanges marchands offriront à l'agent l'occasion de développer des affinités et de tisser des liens sociaux.

Toutes les sociétés contemporaines sont constituées d'une combinaison des trois systèmes de régulation décrits. Par le processus de socialisation, chaque membre desdites sociétés intériorisera les valeurs et croyances du modèle culturel engendré par le système de régulation en vigueur dans la société.

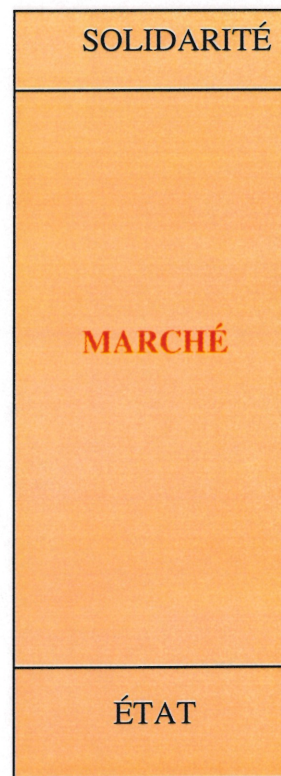
Figure 1: Différents modes de structuration des systèmes de régulation sociale dans une société



Société A

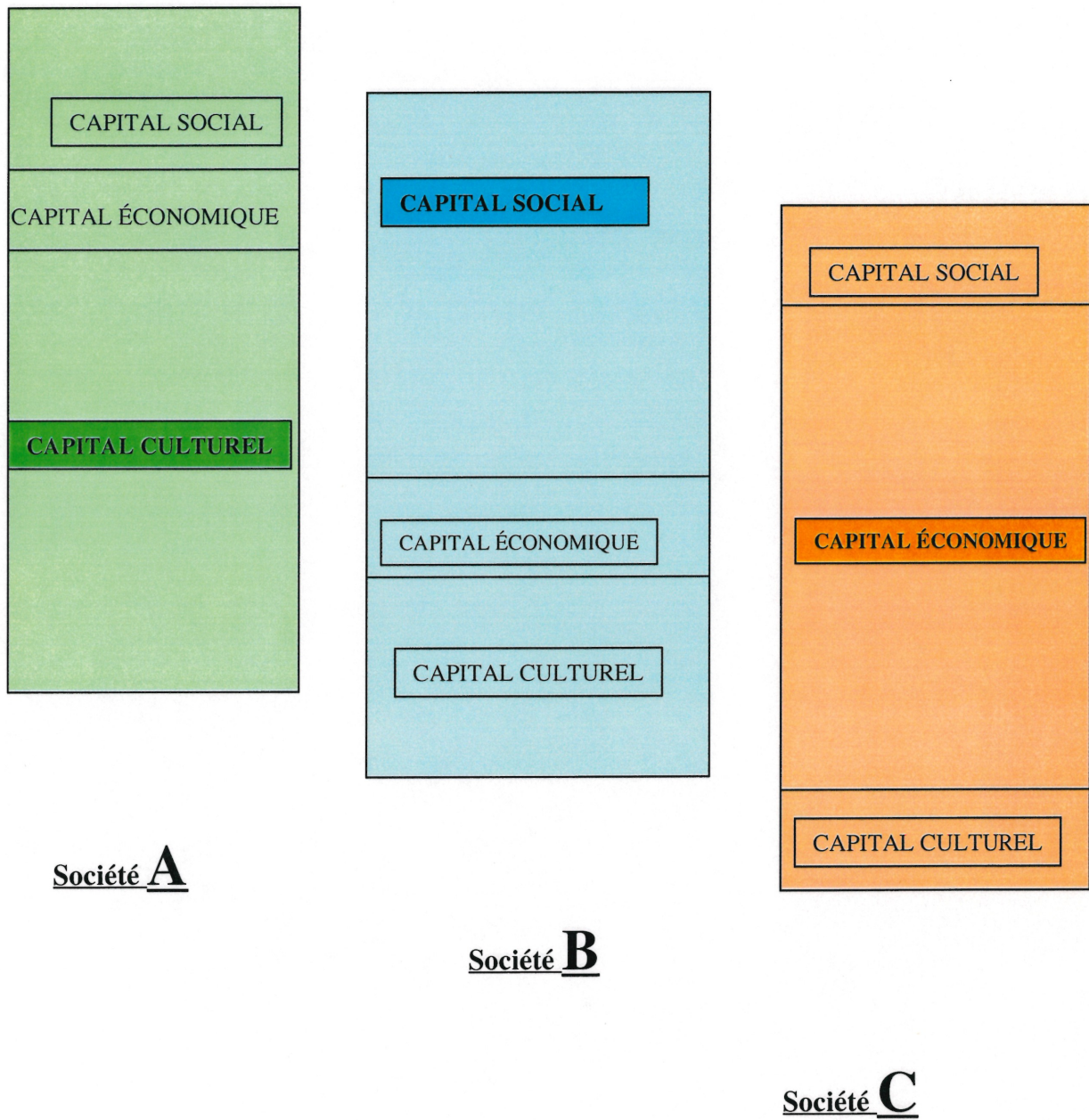


Société B



Société C

Figure 2: type de capital dominant dans une société selon le système de régulation dominant



2.1.4. La solidarité selon le point de vue de certains auteurs.

Le petit Robert (1990), définit la solidarité en ces termes : relation entre personnes ayant conscience d'une communauté d'intérêts, qui entraîne, pour les unes, l'obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance. Les auteurs classiques en sociologie tentent diverses approches pour comprendre la solidarité.

2.1.4.1. La solidarité selon Auguste Comte

Auguste Comte représente l'un des premiers savants de son époque à réfléchir sur la solidarité. Il conçoit la solidarité comme un produit de la société. À partir de la théorie générale de l'évolution, Comte affirme que les événements sont solidaires, liés, enchaînés et que c'est cet agencement qui confère à l'histoire et à la politique, leurs caractères scientifiques.

« Le présent cumule l'œuvre du passé dans un mouvement d'unification croissant. En ce qui concerne nos richesses et les fondations mêmes de notre société, nous sommes dépendants du passé et des morts. La dimension collective de l'activité humaine et la conservation des produits à travers le temps font que les hommes accumulent, capitalisent leurs ressources avec l'évolution des générations. Nos productions sont toujours dans l'interdépendance des autres. Nous ne pouvons user à notre guise d'un bien qui est en dernier ressort un bien collectif et non individuel. La solidarité à autrui s'impose donc à nous, par notre interdépendance dans l'espace et le temps » (Comte cité par Haroche, 1992).

Tout être humain porte une dette sociale qui l'oblige à être solidaire. Pour Comte, l'être humain ne devrait pas detenir de droit mais s'acquitter plutôt de devoirs et remplir une fonction sociale. Il oppose une vive critique à la logique de l'intérêt individuel du courant libéral qui préconise le droit à l'héritage.

2.1.4.2. La solidarité selon Spencer

Spencer (1885) cité par (Rocher, 1995) analyse aussi la société selon la loi générale de l'évolution. Il établit une typologie des sociétés humaines et y distingue plusieurs types et sous-types de sociétés: les sociétés militaires (les plus anciennes) au sein desquelles une coopération obligatoire existe, et les sociétés industrielles où la coopération s'exerce de façon volontaire. Selon lui, dans les sociétés de type militaire la coopération demeure obligatoire parce que celles-ci suivent le modèle de l'armée pour leur organisation et leur administration. Cette forte présence de la structure militaire semble nécessaire pour ces sociétés du fait qu'elles sont sur le pied de guerre en quasi permanence. La coopération ou la solidarité obligatoire devient alors essentielle à la survie du groupe. La société industrielle, quant à elle, est régie par la coopération volontaire. Fruit de la rencontre d'intérêts individuels, la relation contractuelle y constitue le lien social le plus typique et le plus généralisé.

2.1.4.3. Émile Durkheim et la solidarité

Parmi tous les théoriciens du lien social, Durkheim reste celui qui a le plus analysé le concept de solidarité. Son intérêt pour la solidarité vient de son souci de comprendre l'influence de la conscience collective sur la nature du lien social. En analysant les formes de solidarité qui permettent de relier les hommes entre eux, il met en évidence comment le lien social ne fonctionne que s'il est directement relayé par des représentations collectives adéquates qui en donnent une image ou une représentation. Selon Durkheim, la solidarité ou la coopération ne serait pas le fruit d'une obligation ou d'une volonté découlant de l'intérêt collectif ou individuel, mais une conséquence de la division du travail qui est le propre de toute société humaine (Durkheim, 1960). Il distingue deux types de solidarité dans deux types de sociétés différentes. La solidarité mécanique se retrouve dans les sociétés primitives ou traditionnelles, alors que la solidarité organique, quant à elle, semble plutôt l'apanage des sociétés modernes. La société primitive ou traditionnelle, une société à économie simple utilise une technologie archaïque dans ses différentes activités de production. Cette technologie archaïque employant la force physique exige une coopération, une solidarité des membres de la communauté. Il devient quasi obligatoire de travailler à plusieurs pour répondre aux besoins de subsistance du clan ou de la tribu. Que les gens se ressemblent et soient issus de la même parenté constitue un facteur qui renforce cette solidarité mécanique.

Dans la société primitive se transformant en société moderne, une complexification de la division du travail aboutira à un autre type de solidarité: la solidarité organique.

Ce type de solidarité se base sur la complémentarité et l'interdépendance entre les individus. Les individus se montreront solidaires et coopératifs non pas parce qu'ils se ressemblent, mais bien parce qu'ils partagent des intérêts communs. Durkheim ne considère pas la solidarité comme un comportement émanant d'un instinct naturel chez l'être humain, mais plutôt imposé par le progrès et la division du travail.

2.1.4.4. La politique universelle de Girardin

De Girardin, dans son ouvrage « La politique universelle » paru en 1852, propose une conception de la solidarité basée sur la philosophie du risque. Cette philosophie se caractérise par la mise en suspens, l'abstraction de toute interprétation morale ou religieuse du monde (de Girardin cité par Ewald, 1986). En effet, selon de Girardin, la société n'existe que par elle-même et non par des valeurs morales ou religieuses. Les faits et les événements ne se caractérisent que par leur stricte matérialité. Moralement, il n'existe ni bien, ni mal; seuls matériellement, les risques existent.

« Peu importe qu'une inondation s'inscrive dans les plans de la providence divine, ou qu'elle témoigne de l'existence du mal; c'est un risque. Peu importe qu'une guerre soit juste, c'est à nouveau un risque. Crime, vol, guerre, tremblement de terre, mort, misère ne sont tous que des risques. Il n'existe effectivement que des risques contre lesquels, l'être humain, obéissant à la loi de la conservation qui est en lui et commandant à la matière, cherche à s'assurer par les moyens dont il dispose. Du risque de l'attaque est née la nécessité de la défense; de la nécessité de la défense est née la pensée de s'associer; de la pensée de s'associer sont nées les communes et les nations. Du risque d'être tué ou volé est née l'institution de la justice et l'organisation d'une puissance publique. Ainsi, chaque risque a donné lieu à un moyen correspondant à l'affaiblir ou à l'écartier ». (de Girardin, 1852)

La philosophie du risque se présente comme une philosophie de la défense sociale postulant que la société, pour trouver le principe de son propre gouvernement et régler ses problèmes, ne doit compter que sur elle-même. Elle abolit toute référence à la nature et soutient qu'aucune vérité n'existe ailleurs que dans l'actualité du rapport social. Selon de Girardin (1852), l'association politique se définit par rapport au risque qu'elle doit combattre. Elle doit prendre la forme d'une assurance universelle et le contrat social celle d'un contrat d'assurance mutuelle.

« Toute nation libre n'est qu'une assurance individuellement et volontairement contractée entre les citoyens majeurs et émancipés d'un même État, à l'effet de se garantir efficacement contre les risques nationaux et spéciaux de toute nature, susceptibles d'être prévus et évalués, prévenus ou réparés ». (de Girardin, 1852)

La société ne deviendrait alors qu'un système d'assurance universelle dont les membres n'auraient pas d'autres choix que de coopérer pour minimiser les risques inhérents à la vie. La conception de la solidarité par de Girardin se rapproche de celle de Hobbes, cité par Haroche (1992), qui affirme que l'être humain ne cherche de compagnon que par rapport à l'honneur et l'utilité que ces derniers lui apportent. Plusieurs économistes modernes pour qui la coopération ne représente rien d'autre que le fruit d'un contrat volontaire entre des personnes ayant préalablement calculer de manière rationnelle que la coopération sert leur intérêt individuel ont repris et endossé cette idée de solidarité ou de coopération par intérêt.

2.1.4.5. La solidarité selon Adam Smith

Dans son ouvrage « La théorie des sentiments moraux », Adam Smith (1860) évoque l'existence de deux sentiments en tout être humain : l'amour de soi et l'amour pour autrui. Il considère ces deux sentiments comme des principes inscrits dans la nature humaine. L'amour de soi conduirait l'être humain à se montrer égoïste, individualiste, alors que l'amour pour autrui l'inciterait à la sympathie, à la compassion, à l'intérêt pour l'infortune d'autrui. La solidarité résulte de l'amour pour autrui, sentiment inscrit dans la nature humaine.

2.1.4.6. La solidarité selon Rousseau

Tout comme Smith (1860), Rousseau (1971) considère que l'amour de soi et le sentiment d'intérêt pour autrui constituent deux principes inscrits dans la nature

humaine. Il est le premier à faire de la compassion, une catégorie politique. En effet, selon Rousseau, ces deux sentiments correspondent aux principes fondamentaux de la nature humaine dont découlent toutes les règles du droit naturel et des devoirs de chacun envers autrui. Le "contrat social" équivaut à une convention involontaire imposée à l'être humain par ses instincts naturels. La pitié inscrite dans la nature humaine donnerait naissance à la solidarité et aux vertus sociales.

2.1.4.7. La solidarité selon Leroux

Pierre Leroux (1847), ne partage pas cette conception rousseaussiste de la solidarité. Il s'oppose à l'idée de Rousseau qui, selon lui, veut créer une solidarité entre les êtres humains par le contrat social. Pour lui, parler de contrat social comme convention arbitraire entre les êtres humains pour vivre en société paraît aussi absurde que parler d'un pacte avec la nature pour que les êtres vivants respirent l'air. Selon lui, la solidarité existe déjà à l'état de nature. Cette solidarité naturelle existe non pas seulement entre les êtres humains, mais aussi entre tous les êtres vivants et permet la continuité de la vie. En tant qu'humain, notre vie est liée à une communication perpétuelle avec nos semblables et toutes les autres espèces de la terre. L'être humain ne représente pas l'unique acteur, le seul maître d'un décor ou d'un théâtre, comme le prétendent certains auteurs. Il demeure un élément de l'univers qui vit de ses interactions avec les autres. Se référant spécifiquement à l'être humain, Leroux (1847) affirme que la solidarité est un comportement issu de trois états psychologiques: la sensation, le sentiment et la connaissance. Si ces trois

modes existent déjà de manière naturelle, ils semblent souvent mal organisés et produisent une solidarité négative ou solidarité en “ rapport de guerre ”. La solidarité entre les êtres humains existe, mais elle peut être en “ rapport de guerre ”, ou en “ rapport de paix ”. Très souvent, dans les sociétés humaines, cette solidarité s’exerce malheureusement par un “ rapport de guerre ”. Ce type de solidarité lie le maître à l’esclave, le serf au seigneur et l’ouvrier au patron. L’ouvrier s’oppose fondamentalement à son patron qui le prive de sa liberté, mais pour sa propre survie et celle de sa famille, il doit coopérer. Pour Leroux, il importe de réajuster le fonctionnement de ces trois états psychologiques pour créer des solidarités en “rapport de paix”. Il faut substituer aux conflits et à la compétition, la coopération et la collaboration. Leroux, dans son analyse, s’oppose aussi à Durkheim car pour lui, la solidarité ne provient pas de la division du travail, mais plutôt d’une solidarité naturelle préexistante qui permet des rapports soit de coopération, soit de compétition.

2.1.4.8. La solidarité selon Tönnies

Dans son œuvre traduite en français par Leif (1944) sous le titre «Communauté et société», Ferdinand Tönnies indique que les rapports sociaux établissent des relations entre deux “ *volontés* ”: la volonté organique et la volonté réfléchie. Les deux volontés impriment à l’activité humaine des orientations différentes voire contraires. La volonté organique traduit les pulsions du cœur. Elle provoque les actions inspirées par la passion, l’amour, la peur ou la bonté. La volonté réfléchie,

quant à elle, constitue la base de l'action rationnelle, calculée qui obéit à l'intérêt personnel, à l'ambition. Töönies appelle relations communautaires, les rapports sociaux obéissant à la volonté organique. Celles-ci peuvent engendrer trois types de communauté, à savoir : la communauté de sang implique une solidarité basée sur le lien de sang, celle de lieu suppose une solidarité de voisinage et la communauté d'esprit s'appuie sur une solidarité de type religieux. Les rapports sociaux soumis à la volonté réfléchie engendrent, quant à eux des relations sociétales et une solidarité d'intérêt. Dans ce cas, la solidarité ne résulte pas des " pulsions du cœur " mais plutôt de l'intérêt bien compris qui permet le travail à des fins communes.

2.1.5. Conclusion partielle

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-haut, les valeurs composent la base des modèles culturels (règles et normes) qui structurent les actions des individus dans une société. À travers le processus de socialisation, les membres d'une société intérioriseront les valeurs et croyances de la société et agiront conformément à ses normes et règles. Mais si la société en question a subi ou subit l'influence d'autres modèles culturels, il peut alors survenir un bouleversement des mœurs tel qu'il remettra en cause des valeurs et normes traditionnelles. Notre contexte d'étude est l'Afrique. Pour mieux appréhender l'effet de la solidarité sur la société africaine contemporaine, décrire sociologiquement celle-ci devient absolument nécessaire.

2.2. Solidarité et société africaine

2.2.1. Présentation de l'Afrique contemporaine

Comme le soutiennent plusieurs auteurs (Ela, 1994; Balandier, 1971; Gélinas, 1994; Latouche, 1998), la société africaine contemporaine est une société globale dynamique où coexistent et s'interpénètrent plusieurs types de micro-sociétés allant de la société moderne technologique à la société traditionnelle archaïque. Ces micro-sociétés se caractérisent par un enchevêtrement complexe de modes de vie modernes et traditionnels où les différents acteurs, collectifs ou individuels, évoluent dans des structures mentales sociales et économiques très complexes. Comme toutes les sociétés contemporaines, c'est une société hétérogène qui se caractérise par un enchevêtrement complexe d'influences modernes et traditionnelles. L'Africain d'aujourd'hui se laisse influencer par les courants économiques, politiques et culturels modernes au même titre que l'Européen ou l'Américain. Même si l'individu africain ne possède pas toujours les ressources nécessaires pour adopter le mode de vie moderne, il ne constitue pas moins une cible pour les grandes multinationales commerciales. En effet, à travers la radio, la télévision, les journaux, l'individu africain subit aussi l'influence de la publicité. L'influence des multinationales agit de façon d'autant plus pernicieuse que les populations ne disposent pas des moyens suffisants pour satisfaire ces nouvelles aspirations qui viennent s'ajouter aux besoins primaires qui restent encore à combler.

Cependant, l'Afrique demeure très surprenante par sa capacité à développer des stratégies originales, à s'inventer de nouveaux modèles de vie pour s'adapter aux changements culturels, socio-économiques et politiques. Comme l'écrit Ela (1994) :

« Dans une société ébranlée par la crise économique, les systèmes familiaux continuent de résister aux logiques de marché. Bien plus, il arrive que l'Africain adapte la tradition aux contraintes de la vie urbaine. En Afrique noire, on ne s'expose pas facilement à faire « le blanc » sans risquer la marginalisation et l'exclusion dans un système social où peu de gens acceptent de s'enfermer dans une solitude hautaine (Ela, 1994) ».

L'Afrique d'aujourd'hui est une société entre don et marché (Latouche, 1998). Les nouveaux changements culturels et socio-économiques introduisent dans le processus de socialisation des Africains actuels de nouvelles valeurs qui modifient leur perception des valeurs traditionnelles. La solidarité reste toujours la forme dominante de régulation sociale, mais les changements socio-économiques et culturels entraînent des stratégies sociales différentes de celles d'antan. En effet, en l'absence d'autres systèmes de protection sociale (publics ou privés), la nécessité des systèmes de solidarité informels et d'entraides mutuelles s'impose comme un recours plus que jamais indispensable. En ces temps de crises économiques permanentes où les mesures d'ajustement structurel viennent remettre en cause de manière définitive les modes officiels de redistribution sociale existants, les populations africaines se voient obliger de développer de nouvelles formes de solidarité ou de renforcer celles qui existaient pour se soutenir dans les situations difficiles et maintenir l'équilibre et la cohésion sociale (Marie, 1997). Avec la crise économique, certaines formes de solidarités et d'entraides communautaires se sont profondément transformées pour

répondre à des formes plus complexes souvent différentes des logiques traditionnelles qui existaient. Dans une étude en Côte d'Ivoire, Marie (1995) met en évidence la concentration de plus en plus marquée de la solidarité sur la famille restreinte «famille nucléaire» ou des solidarités obéissant plus à une logique d'affinité (amis d'écoles, compagnons de galère au quartier, frères ou sœurs de paroisse). Les changements économiques, politiques, socio-culturels ont modifié toute la configuration des modes de solidarité traditionnels basés uniquement sur la parenté et le clan. Certaines personnes se voyant dans l'obligation de quitter le village au profit de la ville, les formes contraignantes de la solidarité traditionnelle fondées sur le lien du sang cèdent, de plus en plus, la place à de nouvelles formes de solidarité basées sur l'affinité et le lien d'amitié.

2.2.2. L'Afrique moderne et les modes d'organisation sociale

Comme toutes les sociétés contemporaines, l'Afrique moderne montre une société très influencée par l'État et le marché. Mais comme le mentionne Bibeau (1994) « *l'appât du don et de la solidarité est tout aussi puissant que l'appât du gain* ». Il apparaît autant essentiel d'élucider les règles à la base du don que de connaître les lois du marché ou de la bureaucratie. Latouche (1998) abonde dans le même sens en affirmant que la survivance d'une partie de l'Afrique en dehors des logiques de marché et de l'État demeure une question importante qui devrait préoccuper les chercheurs en sciences sociales. Dans ce chapitre, nous essayerons d'établir les facteurs qui expliquent la survivance de l'Afrique des pauvres, cette Afrique exclue des échanges mondiaux. Il faut cependant préciser que cette Afrique des pauvres dépend tout de même de l'État et du marché. En effet, l'interaction entre le marché, l'État et les logiques de solidarité informelles fonde la dynamique économique et sociale de l'Afrique moderne.

2.2.2.1. La structure de la famille

Si l'être humain est considéré comme un être social, c'est parce qu'il naît dans une famille (société) où il apprend, par la socialisation, les règles et normes de ladite société. Pour tout individu, la structuration et l'organisation de la famille en particulier et de la société en général influenceront grandement sa manière de penser, de sentir et d'agir. Plusieurs méthodologies servent à décrire les types familiaux et leurs influences sur leurs membres. Mais selon Todd (1996), trois critères fondamentaux structurent les comportements solidaires ou individualistes d'un individu : le rapport entre parents et enfants (autoritaire ou libéral), celui entre frères (défini ou indéfini) et la règle du mariage (endogamique ou exogamique).

2.2.2.2. Le rapport entre parents et enfants (autoritaire ou libéral)

Il se mesure par le nombre de générations vivant sous un même toit. Une société où de nombreux ménages incluant plusieurs générations (parents , enfants et petits-enfants) partagent un même toit doit être qualifiée de système autoritaire. En effet, il présuppose l'existence d'enfants adultes mariés mais vivant toujours sous le même toit que le père. Cette existence dans le ménage d'enfants adultes mariés indique que les enfants adultes, malgré leur âge avancé, restent soumis à l'autorité du père ou du grand-père qui a fondé le ménage. C'est un cas de rapport entre parents et enfants autoritaire. Le lien familial (lien social) dans ce cas reste très fort, assurant une propension à la solidarité. Même si la modernisation tend à individualiser les modes de vie, certaines sociétés (familles méditerranéennes, arabes ou africaines) concervent encore les rapports « *autoritaires* » entre parents et enfants. Dans notre région d'étude, les rapports « autoritaires » entre parents et enfants persistent, malgré les changements socioculturels.

À l'opposé, une société où l'on inciterait le départ précoce des enfants de la cour familiale indiquerait au contraire des rapports entre parents et enfants de type « libéral ». Le lien familial, dans ce cas, semble très faible. Les enfants issus d'une telle organisation sociale ne montrent pas une propension à la solidarité entre frères ainsi qu'entre enfants et parents. Ayant quitté très jeune (15-18 ans) la cour familiale, le jeune adolescent devenu adulte ne saisit pas les raisons objectives l'obligeant à aider ses parents ou autrui. Il peut adopter un comportement solidaire à l'occasion, mais sa logique de base se fonde sur une logique rationnelle de maximisation de son

utilité. Ce sera plutôt par intérêt qu'il collaborera avec les autres. Il y aura, pour la plupart, une logique d'échange individualiste de type contractuel mais pas de véritable solidarité.

2.2.2.3. Le rapport entre frères (défini ou indéfini)

La relation entre frères est un autre déterminant de la prédisposition à la solidarité. Une règle stricte d'égalité ou d'inégalité entre les frères établit des obligations qui durent entre frères même après la disparition des parents. Dans une société où les règles d'héritage définies sont connues de tous dès le départ, les relations entre enfants (frères et sœurs) restent stables, même après le décès des parents. La solidarité entre enfants demeure très forte, même après la mort de leurs parents. Dans ce cas, les aînés prennent souvent en charge les plus jeunes. Cette forme de rapport entre frère persistent dans notre contexte d'étude. Sauf qu'avec la transition socioculturelle que subissent les sociétés africaines, ces normes culturelles ne semblent pas souvent respectées.

À l'opposé, la non définition de la relation entre frères qui découle d'un libre usage du testament conduit à un niveau plus bas de cohérence de la famille et souvent, la mort du père vient sceller la dislocation définitive de la famille. Dans les familles où les relations entre frères et soeurs sont régies par le testament, la propension à la solidarité entre frères et souvent entre enfants et parents paraît très limitée. Les frères ou sœurs non désignés pour l'héritage se transforment souvent en « adversaires » des autres frères plus chanceux.

2.2.2.4. La règle du mariage

La coutume matrimoniale constitue l'une des dimensions importantes de la prédisposition à la solidarité d'un groupe. L'endogamie qui enferme hommes et femmes dans leur parenté est un élément intégrateur. En plus du lien de mariage, le lien de parenté vient renforcer les relations entre le couple et leurs familles respectives. Le beau-fils qui aidera son beau-père le fera non seulement parce que c'est le père de son épouse mais aussi parce que c'est son parent. Même si un divorce intervient dans le mariage, ce qui se produit rarement, les liens de parenté existants obligent le couple à garder les liens de famille et à se venir en aide, en cas de problèmes. Malgré la transformation subie par les sociétés traditionnelles africaines, la plupart des Africains du milieu rural obéissent à la loi de l'endogamie non par obligation, mais par nécessité pratique.

La majorité des Africains des régions rurales, hommes comme femmes, se marient souvent entre eux, la non mobilité des personnes obligeant à des mariages endogamiques.

À l'opposé de l'endogamie, l'exogamie expulse les hommes et les femmes de leur cercle familial. La femme qui vit avec son mari perd tout contact avec sa famille et devient un membre de la famille de son mari, sans toutefois partager les mêmes niveaux d'affinité que ceux qui unissent son mari à ses frères et soeurs. Une personne issue d'une communauté avec une coutume matrimoniale exogamique manifesterà une propension plus faible à la solidarité vis-à-vis des parents que celui qui est issu d'une tradition matrimoniale endogame.

2.2.2.5. Mesure de la prédisposition d'un individu à la solidarité

À partir des ces trois critères des types de famille, Todd (1996) élabore une matrice d'évaluation de la prédisposition à la solidarité ou inversement à l'individualisme des membres d'une société donnée. Pour la relation entre parents et enfants, le poids numérique un (1) est affecté au rapport libéral et deux (2), au rapport autoritaire. Le caractère défini des rapports entre frères se voit affecté le poids numérique deux (2), tandis que le caractère non défini serait égal à un (1). Au niveau de la règle de mariage, l'endogamie stricte aura le poids trois (3), l'endogamie facultative, le poids deux (2) et l'exogamie, le poids un (1). A partir de cette classification, plusieurs types familiaux peuvent être identifiés (tableau 1). Les types familiaux se disposant sur un continuum qui va de la famille libérale indéfinie et exogame à la famille autoritaire endogame stricte. Ce qu'il faut noter, c'est que, selon Todd (1996), la famille libérale indéfinie et exogame représenterait la famille nucléaire absolue du monde anglo-saxon, tandis que la famille autoritaire définie et endogame stricte représenterait la famille communautaire africaine, arabe ou juive. Malgré son caractère simplificateur, cette matrice permet d'établir une typologie des familles humaines qui met en évidence la prédisposition et la propension ou non à la solidarité.

Tableau 1 : Matrice de mesure de la prédisposition à la solidarité

Type familial	Rapport entre parents /enfants : Autoritaire ou libéral (1 ou 2)	Rapport entre frères : défini ou indéfini (1 ou 2)	Règle de mariage : endogamie stricte, endogamie facultative, exogamie (3, 2 ou 1)	Prédisposition à la solidarité
Famille libérale indéfinie et exogame (famille anglo- saxonne)	1	1	1	3
.....
.....
.....
Famille autoritaire définie et endogame stricte (famille africaine)	2	2	3	7

2.2.3. L'influence du système de régulation solidaire sur les pratiques sociales

2.2.3.1. Les systèmes de valeurs

La valeur correspond à une manière d'être, ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéale et qui rend désirable ou estimable, les êtres ou les conduites auxquels elle est attribuée. La valeur se situe dans l'ordre idéal et non dans celui des objets concrets ou des événements. Elle se réfère à un certain ordre moral, esthétique ou intellectuel. En tant qu'idéal, la valeur implique l'idée d'une qualité d'être ou d'agir supérieure à laquelle on aspire ou dont on s'inspire (Rocher, 1995). Les valeurs servent à la compréhension des règles et des normes sociales. En effet, lorsque nous considérons les institutions sociales (église, prison, université), nous pouvons trouver à première vue des différences, voire des contradictions. Nous les comprendrons mieux lorsque ces dernières sont perçues quant à leur rapport aux valeurs. Ainsi, les règles d'étiquette et de politesse ne semblent pas signifier grand-chose en elles-mêmes. Elles peuvent même paraître ridicules à certains égards. Ce qui leur confère tout leur sens, c'est qu'elles révèlent un sentiment plus profond, le respect de l'autre. Autrui n'équivaut pas à un objet. L'être humain représente une « valeur » supérieure et mérite un certain respect particulier. Les règles de politesse expriment aussi le respect face à la société, le respect pour la vie sociale et commune qu'elles protègent et rendent possibles (Rocher, 1995).

Les règles et les normes ne recouvrent rien d'autre que l'expression des valeurs profondes d'une société donnée. Malgré leur caractère universel sur certains points,

les valeurs semblent toujours spécifiques à une société. Elles le sont à un temps historique car les valeurs fluctuent dans le temps et l'espace. Toutefois, cette variabilité s'effectue plus lentement que celle des modèles culturels. Le changement des valeurs d'une société rencontre plus de résistance que le changement des normes et des règles. Le fait que l'adhésion à une valeur ne résulte pas uniquement de la rationalité mais aussi de l'affectivité explique cette constatation. L'adhésion à une valeur contient une charge affective intense. Cette charge affective explique d'une part, la présentation de la valeur comme facteur déterminant de l'orientation normative des actions des personnes et des collectivités et, d'autre part, la stabilité des valeurs dans le temps et leur résistance aux changements (Rocher, 1995). Cette charge affective explique aussi, dans certains cas, la cohabitation dans une même société ou en une même personne, de valeurs contradictoires.

« Les sentiments se chargent souvent de faire entre les valeurs des liens que la seule raison aurait quelquefois du mal à défendre » (Rocher, 1995).

Le dernier point important à souligner regarde le caractère hiérarchique des valeurs. Nous parlons « d'échelle de valeurs » pour désigner l'ordre hiérarchique suivant lequel une personne ou une collectivité apprécie ou estime les idéaux auxquels elle adhère. Dans leurs travaux, Kluckhohn et Strodtbeck (1961) montrent que dans toute société, il existe des solutions admises face aux problèmes fondamentaux de l'existence humaine. Ces solutions choisies sont les valeurs dominantes de ladite société. Les autres solutions non préférées demeurent présentes, mais seulement à titre de valeurs variantes ou de substituts.

2.2.3.2. La dynamique du processus de socialisation

La socialisation, c'est la manière par laquelle les membres d'une collectivité apprennent les modèles culturels (règles et normes) de leur société, les assimilent et en font leurs règles de vie personnelles. La conformité aux règles et normes nécessite un apprentissage parce que les modèles culturels ne sont pas inscrits à la naissance dans l'organisme biologique de l'être humain. Ils ne sont pas transmis héréditairement d'une génération à l'autre (Rocher, 1995). Chaque nouvelle génération doit apprendre les modèles de la société dans laquelle elle est appelée à vivre. Cet apprentissage, appelé socialisation commence dès la naissance au sein de la famille. De par la socialisation, l'individu apprend les différentes règles et normes culturelles de la société. Certaines règles peuvent être impératives, d'autres fortement recommandées et d'autres encore préférentielles. Au niveau de l'individu cette existence de différents modèles culturels va entraîner une importante variabilité dans le choix des règles et normes découlant de l'univers des valeurs, de la société. L'individu intériorise donc à travers la socialisation les valeurs de la société, autrement dit, il intériorise l'extériorité (Bourdieu, et Wacquant, 1992). Cette socialisation même si elle se relâche à l'âge adulte se poursuit jusqu'à la mort. Il existe deux étapes importantes dans le processus de socialisation : la socialisation primaire débute dès la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge de six ans; c'est l'éducation donnée par la famille; la socialisation secondaire commence, quant à elle, vers l'âge de six ans et se poursuit jusqu'à l'âge adulte, elle se transmet par les institutions sociales que sont l'école, le collège et l'université. En dehors de ces deux

principales formes de socialisation, d'autres formes de socialisation plus informelles s'exercent à travers des institutions sociales privées ou publiques. Grâce à la socialisation certains rôles sociaux sont remplis sans pourtant avoir recours à des formes de coercition physique. C'est le cas de la famille en Afrique, où le père joue son rôle de responsable de la sécurité et de l'accès aux ressources de la famille, tandis que la mère se réserve la responsabilité de la gestion des ressources de la famille et de l'éducation des enfants. La socialisation favorise l'intériorisation des valeurs et permet d'agir conformément aux règles sans pour autant en prendre conscience. L'un des objectifs essentiels de la socialisation vise à créer, chez l'individu ou un groupe d'individus, ce que Pierre Bourdieu appelle l'habitus¹ (Bourdieu, 1986).

2.2.3.3. Système de valeurs partagées et la confiance

Le modèle de régulation par la solidarité poursuit comme but, le bien du groupe, la réciprocité, la solidarité et l'entraide. Pour atteindre ces buts, il importe de partager un système de valeurs.

1. L'habitus est l'ensemble des dispositions constitutives de ce qu'on peut appeler la personnalité d'un individu. C'est le produit de tout un travail de socialisation par les parents, la communauté dont les effets progressivement intériorisés finissent par faire corps avec notre personne. C'est un ensemble de dispositions à agir, penser, percevoir et sentir qu'acquiert un individu à travers le processus de socialisation (Accardo, 1997).

Des valeurs sont appelées partagées quand un groupe d'individus développent entre eux une culture parallèle en plus d'intégrer les valeurs et normes collectives. Le système de valeurs partagées constitue le facteur qui renforcera le groupe. La croyance à une valeur, une norme particulière ou l'existence d'une origine commune représentent autant de facteurs qui favorisent les valeurs partagées. Ce système de valeurs partagées engendra la confiance.

La confiance se définit comme l'attente qui naît d'un comportement régulier, honnête, coopératif et positif entre des acteurs, ce dernier fondé sur des normes et valeurs partagées par ces derniers. Pour que la confiance s'installe, un comportement exemplaire régulier devient indispensable. La régularité paraît le facteur fondamental de la confiance. Elle permet d'affecter un poids supérieur à l'honnêteté et à la coopération. Si la régularité ne se confirme pas, la confiance se réduit et dans certains cas ira jusqu'à disparaître. Grâce à la régularité de la confiance, le capital social verra le jour.

2.2.3.4. Le capital social

Le capital social peut être défini comme le produit de la confiance mutuelle, prolongée et régulière entre deux individus, un groupe d'individus ou une communauté. Il ne s'acquiert pas par des individus livrés à eux-mêmes. Il repose sur la prédominance de vertus sociales plutôt qu'individuelles. Il diffère des autres formes de capital humain parce qu'il se crée et se transmet par des mécanismes culturels (religion, tradition, coutumes, habitudes de vie) plutôt que par des mécanismes intellectuels tels que l'apprentissage, la formation ou la lecture. La propension à la sociabilité se révèle d'acquisition bien plus difficile que les autres formes de capital humain (Fukuyama, 1995). Mais elle se montre aussi plus difficile à modifier ou à détruire parce qu'elle se fonde sur une habitude éthique.

Ces dernières années, le capital social est devenu l'un des concepts les plus populaires auprès des spécialistes en sciences sociales. Selon Bélanger et Sullivan (1998), l'intérêt pour le concept de capital social vient de l'espoir qu'il suscite en matière de revitalisation des communautés et de son potentiel d'apporter des solutions aux problèmes sociaux actuels. En effet, depuis les années 1970, nous constatons une amélioration de la croissance économique des pays, sans pour autant noter d'améliorations notables des conditions sociales des moins nantis (P.N.U.D., 1998). Nous assistons ainsi à un écart de plus en plus grandissant entre les pauvres et les riches. Le capital social se présente comme une alternative plus qu'attrayante. Plusieurs travaux ont démontré l'utilité du capital social pour les sociétés contemporaines, notamment au chapitre de la santé. Selon Kawachi et al. (1997), le capital social constitue un élément médiateur entre les facteurs socio-économiques et

un état de santé et de bien-être. Les inégalités de revenu expliqueraient environ 86% des écarts de santé entre les Américains, et cet écart de santé à son tour se ferait à 80% par l'intermédiaire du capital social. De plus, ils rappellent qu'une hausse de 10% de capital social dans une communauté entraîne une baisse de mortalité de l'ordre de 6% approximativement. Putnam (1993), dans une étude menée au nord de l'Italie pour évaluer le niveau de capital social utilise plusieurs facteurs dont la fréquence de lecture de journaux quotidiens, le pourcentage de vote et l'appartenance à des associations. Les publications de Putnam (1993) sur l'Italie du nord et les Etats-Unis (1995) ont sensibilisé l'opinion internationale et les chercheurs sur l'intérêt du capital social pour les états modernes. Selon Putnam (1993), en présence de capital social, les tentatives des gouvernements de décentraliser et de régionaliser leur autorité réussissent mieux. Un autre avantage et non des moindres du capital social réside dans le fait que les communautés jouissant d'un capital social élevé réussissent mieux à trouver des solutions à leurs problèmes collectifs par l'innovation civique ou l'adaptation. Ainsi, dépendent-elles moins des programmes mis en place par les gouvernements et dirigés par des bureaucraties (Putnam, 1993a; Jansen, 1996). Fukuyama (1995) abonde aussi dans le même sens. Pour lui, les sociétés à faible niveau de confiance collective tendent à avoir des économies moins dynamiques que celles qui bénéficient de niveaux de confiance collective plus élevés.

Alors que l'Afrique reste de loin le continent le plus concerné par le développement économique et social, une recension des écrits sur le capital social montre que très

peu de recherches ont été effectuées sur le sujet en Afrique. Dans une récente publication, Collier et Gunning (1999) affirment que le sous-développement des pays africains est lié aux faibles niveaux de capital social dans ces pays. Ces auteurs identifient le manque de confiance des investisseurs dans le marché africain comme l'un des facteurs déterminants du sous-développement; ce manque de confiance étant entretenu par les guerres, les coups d'État, les conflits ethniques et autres problèmes sociaux qui sévissent en Afrique.

S'il est vrai qu'en Afrique la confiance que les agents sociaux accordent à l'État et aux structures de l'État semble très faible, cela ne signifie pas nécessairement que les Africains démunis (80% de l'ensemble de la population africaine) vivant en régions rurales et périurbaines ne développent pas entre eux des réseaux de confiance, d'entraide et de solidarité qui leur permettent de remédier aux carences des structures officielles. Plusieurs études en Afrique subsaharienne ont montré comment certaines communautés, groupes ethniques, groupes de femmes, ou groupes d'amis s'organisent souvent pour avoir accès aux épargnes sans passer par les structures bancaires de l'État dont la crédibilité reste très faible, vu le niveau de corruption. Cette étude tente de démontrer, de façon systématique, que le capital social existe en Afrique, non pas au niveau de l'État, mais plutôt au niveau des populations et des communautés locales.

La définition du capital social peut s'appréhender à plusieurs niveaux : (i) le premier niveau ou capital social de type I correspond au *capital social incorporé*. Il

comprend les bonnes manières acquises à travers notre processus de socialisation, d'apprentissage de la vie en société. Il s'apparente à l'intelligence émotionnelle décrite par Goleman (1998); (ii) le capital social de type II découle, quant à lui, de l'interaction sociale entre deux individus. C'est le capital social décrit par Bourdieu (1986). Un même individu peut détenir des niveaux de capital social différents, selon son réseau d'amis et de parents. C'est un capital de confiance, de connaissances et de reconnaissances qui permet à l'ami ou au parent de venir en aide en cas de besoin; (iii) le troisième type équivaut au capital social qui existe dans une famille ou dans une association. Il est le produit de plusieurs capitaux sociaux développés lors des différentes interactions entre les membres de la famille ou de l'association. C'est un capital social constitué de valeurs partagées, de droits et d'obligations. Malgré le fait qu'il résulte des différentes interactions entre individus, il diffère du capital social entre deux individus. C'est un capital social collectif (Putnam, 1993); (iv) le quatrième type de capital social représente le capital social qui existe au sein d'un pays ou d'une nation. Ce capital social traduit la confiance que les citoyens mettent dans les institutions de leur pays. Il exprime aussi le niveau de confiance que les citoyens ressentent face aux règles et normes de leur administration publique. L'existence de ce capital social dans une société favorise le civisme, la responsabilité, la transparence, la démocratie. C'est un facteur déterminant du développement économique et social (Fukuyama, 1995; Putnam 1993).

Ces différents niveaux de capital social peuvent se réduire à deux grands niveaux sur un plan sociologique : il s'agit du capital social d'un point de vue macrosocial et du capital social d'un point de vue microsocal.

- **Le capital social d'un point de vue macrosocial**

Comme toute action humaine, la solidarité mobilise une dimension sociale, culturelle, et psychique de l'individu. La solidarité comporte des interactions et des rôles fondés sur des attentes mutuelles. Ces attentes existent et prennent une signification pour chaque acteur, grâce au système de valeurs partagées et des normes et des valeurs qui ne sont pas nées de règles et de règlements explicites, mais d'un ensemble d'habitudes éthiques et d'obligations morales réciproques intériorisées par chaque acteur (Fukuyama, 1995). L'existence de la confiance mutuelle au sein d'un groupe ou d'une communauté crée, ce que Jacob Jane (1961), dans une étude, a nommé le " capital social". Selon Coleman (1988), le "capital social" est la capacité de travailler ensemble à des fins communes au sein des groupes et des organisations qui forment la société civile . Cette capacité d'avoir une confiance mutuelle et de s'associer apparaît essentielle à la vie économique, car l'activité économique n'est pas l'affaire d'individus, mais plutôt de groupes. Dans la vie sociale, elle peut devenir le moteur d'un esprit de coopération et de solidarité entre les membres d'une communauté ou d'une organisation (Coleman, 1988).

Dans une étude sur l'Italie du nord, Putnam (1993) rapporte que le développement économique et social de cette région est dû à l'existence d'un fort niveau de capital social dans la population. Le nombre élevé d'associations civiles (sports, chorales, ballets, cultes, loisirs, ect.) dans cette région de l'Italie occasionne un échange de valeurs partagées, ce qui crée une confiance mutuelle et donc un capital social. Alexis de Tocqueville, dans son œuvre "*De la démocratie en Amérique*" (1981), décrivait avec intérêt la capacité de s'associer des Américains, ce qui, selon lui, n'existait pas en Europe. Cette capacité de s'associer et de coopérer est due, selon Fukuyama (1995), à une confiance et un capital social qui existaient déjà dans la société américaine des siècles derniers. Les premiers colons américains qui étaient arrivés dans la Nouvelle-Angleterre de l'époque avaient développé, dans leurs communautés, un capital social qui leurs permettait de faire du commerce, de gérer la vie publique et de préserver la responsabilité, la liberté et la justice. Le capital social qui existe dans une société peut s'effriter et disparaître en raison des changements socio-économiques, politiques ou culturels. Dans son article paru en 1996 intitulé "*Bowling alone*", Putnam (1996) souligne le déclin du capital social dans la société américaine. Selon l'auteur, ce déclin serait dû aux contraintes du mode de vie moderne qui privilégie l'individualisme. Malgré les critiques de certains auteurs tels que (Lemman, 1996; Foley et Edwards, 1997; Wolfe, 1997), il faut reconnaître que son analyse du capital social nous renseigne sur l'utilité de la bonne qualité des relations et des échanges interpersonnels pour le développement économique et social d'un pays.

- **Le capital social d'un point de vue microsocial**

C'est à Pierre Bourdieu (1980) que l'on doit la description de ce type de capital social. Dans son analyse théorique de « l'économie générale de la pratique », Bourdieu estime que la satisfaction de l'intérêt « ultime » passe par des moyens qui sont les capitaux. Il existe plusieurs types de capitaux dont les principaux sont : le capital économique, le capital social, le capital culturel et le capital symbolique. Il définit le capital social comme étant :

« La somme des ressources actuelles ou virtuelles, qui reviennent à un individu ou à un groupe du fait qu'il possède un réseau durable de relations, de connaissances et de reconnaissances mutuelles plus ou moins institutionnalisées, c'est-à-dire la somme des capitaux et des pouvoirs qu'un tel réseau permet de mobiliser » (Bourdieu, 1980).

Le capital social se définit comme l'ensemble des relations susceptibles de venir en aide, au moment opportun. Ces dernières s'accumulent à coût de générosités affichées et de largesses prodiguées (Bourdieu, 1994). Alors que certains auteurs (Coleman, 1988; Putnam, 1993; Fukuyama, 1995) le situent à un niveau collectif, Bourdieu considère le capital social comme une ressource qui peut être individuelle au même titre que le capital économique et qui permet alors d'acquérir des biens et services. Il importe de retenir que le capital économique seul ne suffit pas au bonheur de l'être humain moderne. Cette insuffisance est démontrée par le détour social effectué par le capital économique pour devenir utile à celui qui le possède. Le

détour par la légitimation sociale et la valorisation est la condition de l'accumulation réussie et pérenne du capital économique (Bourdieu, 1994). Il s'agit d'échanger la richesse économique en richesse sociale afin de pouvoir bénéficier de la reconnaissance sociale et affirmer son identité. Cet échange en richesse sociale passe en partie par la réalisation d'actions de solidarité et de bienfaisance. Dans le contexte des pays africains où nous notons un nombre important de pauvres et de personnes démunies, les œuvres de solidarité et de bienfaisance des riches alimentent une stratégie de renforcement du prestige social et d'entretien d'un réseau de dépendants. Raynaut, dans son étude sur les « inégalités économiques et solidarités sociales » en pays Haoussa (1990), confirme, à certains égards, le point de vue de Bourdieu. En effet, selon Raynaut (1990), dans la société Haoussa, la richesse ne se valorise pas par l'idée d'une jouissance privée, mais par celle de la redistribution qui témoigne de la prospérité du donneur.

« En fin de compte, à quoi cela sert-il d'être riche si ce n'est pour le faire savoir? Les biens possédés sont les éléments d'un langage: ils doivent servir à parler: ils doivent circuler, c'est-à-dire être donnés, être partagés. La vraie richesse réside dans la capitalisation des liens sociaux. L'inégalité est constitutive de l'ordre social : elle sert de support à des flux de biens et services qui permettent aux riches d'affirmer leur prospérité en aidant les pauvres à survivre » (Raynaut; 1990).

La gestion du capital social devient alors un facteur de régulation de l'ordre social. Les agents à capital économique élevé désireux d'acquérir de la considération et du prestige social répondront aux besoins financiers des plus pauvres économiquement.

En retour, ces derniers deviendront des éléments de légitimation de leur richesse et de leur rang social.

A travers les récentes études sur le capital social, nous pouvons considérer celui-ci comme l'un des facteurs déterminants de la solidarité et de l'entraide entre individus.

2.3. Les logiques de solidarité et la société africaine

La société africaine étant une société globale, concrète où coexistent et s'interpénètrent les caractéristiques d'une société moderne et celles d'une société traditionnelle (Ela, 1994), les logiques de solidarité vont revêtir trois formes principales. La formelle tire son origine de l'histoire de la lutte pour les droits sociaux en Europe (Ewald, 1986; Ronsavallon, 1992), la traditionnelle découle de la civilisation africaine traditionnelle (Balandier, 1971; N'guessan, 1985; Raynaud, 1990; Nicolas, 1985) et enfin l'informelle qui naît de la rencontre entre les modes de vie traditionnels et les modes de vie modernes (Lelart, 1990; Mayoukou, 1994, Latouche, 1998).

Les solidarités de type formel sont : les solidarités pour le risque individuel, les solidarités nationales collectives et les aides humanitaires (Brunel, 1993). Dans le type traditionnel, la solidarité traditionnelle se base sur la parenté et les groupes d'âge (Nicolas, 1985; Raynaud, 1990). Les solidarités de type informel font référence aux tontines, aux associations urbaines à caractère ethnique et aux associations urbaines de quartiers (Abdou Touré, 1990; Lelart, 1990; Mayoukou, 1994; Latouche,

1998). Les solidarités formelles sont organisées dans une logique institutionnelle, tandis que les solidarités informelles ou traditionnelles doivent leur développement à l'existence des coutumes et des réseaux sociaux au sein de la population.

2.3.1. Les solidarités formelles institutionnalisées

Cette forme de solidarité a été introduite dans la vie africaine par la colonisation et les changements de mœurs en Afrique. Il en existe trois formes: la solidarité pour le risque individuel, la solidarité collective et la solidarité universelle. Toutefois, avant d'étudier les formes de solidarité moderne en Afrique, il nous paraît important de faire une analyse des mouvements de revendications sociales qui ont donné naissance aux mécanismes de solidarité modernes comme que nous les connaissons aujourd'hui (Roemer, 1978).

2.3.2. Les origines des mécanismes actuels de solidarité

Avant l'ère industrielle, la pauvreté était considérée comme un fait émanant du manque de volonté de l'individu. Cette conception de la pauvreté était liée à l'influence de la logique libérale qui se fondait uniquement sur le principe de la responsabilité et de la liberté individuelle (Ewald, 1986; Bernard, 1997).

“ Les causes de la pauvreté ne sont à chercher ailleurs que dans le pauvre lui même, dans ses dispositions morales, dans sa volonté. La pauvreté est une conduite; elle doit être analysée et combattue comme telle. Il n’y a pas de responsabilité économique ou sociale de la misère qui justifierait un programme de secours public dont la charge devrait être supportés par la société. Le pauvre peut exciter la pitié, il n’en est pas moins responsable de sa misère, de son dénouement, de son sort » (Thiers (1850) cité par Ewald (1986).

Seule l’église reste pour s’occuper du sort des pauvres. Les hôpitaux, appelés à l’époque hospices, étaient issus de fondations religieuses. Mais, la révolution industrielle (du XVIII et du XIX ème siècles) va bouleverser tous les principes libéraux qui structurent la société. En effet, les conditions de travail dans les usines et manufactures qui causent les accidents de travail et les maladies ont entraîné une remise en cause de la notion de responsabilité. Les accidents de travail et les maladies d’usine étant les causes de la prolifération de nouveaux pauvres des bidonvilles (appelée pauvreté épidémique), il ne s’agit plus d’accuser le pauvre d’être le responsable de sa propre pauvreté. La pauvreté ne provient plus de l’absence de travail, mais de l’abondance de travail. Les premières mesures sociales adoptées à ce sujet portent sur le logement et l’interdiction de travail des enfants, en 1848. Dans l’industrie, le régime du patronage est adopté. C’est de ce régime que naît l’économie sociale en opposition à l’économie libérale. Cette nouvelle logique économique stipule que les rapports entre patrons et ouvriers ne se réduisent pas et ne doivent pas se réduire au seul échange de salaire contre un service, mais que le patron se doit aussi d’assurer la sécurité de l’ouvrier dans l’exercice de son travail et lui garantir la sécurité de l’existence (Ewald, 1986). Le compagnonnage et les caisses de prévoyance sociales, qui solidarisent les patrons et ouvriers, deviennent les

premières formes d'assurance. Par la suite, les caisses de prévoyance se reconvertissent en caisses d'épargne réservées spécifiquement aux pauvres. Mais certains auteurs comme Ferrouillat, cité par Ewald (1986), vont reprocher à la caisse d'épargne son organisation qui favorise l'individualisme et l'impuissance face aux maladies et aux accidents. Arrive alors la naissance des sociétés de secours mutuel. Elles sont considérées comme des sociétés vertueuses: association volontaire (liberté); lien social avec les autres mutualistes qui va au-delà de l'intérêt économique (économie sociale); surveillance mutuelle, garantie par le souci de ne pas avoir à supporter les charges de l'inconduite d'un des leurs (responsabilité). Des auteurs comme Ferrouillat et Le play, cités par Ewald (1986) comprennent très vite qu'il faut distinguer le risque maladie et accident, des autres risques comme le chômage ou la vieillesse. Une division des risques s'effectue. Les assurances de secours mutuel fondées par les syndicats d'ouvriers prennent en charge les risques de maladie et d'accidents, tandis que l'État conserve la responsabilité des assurances de chômage et vieillesse. De ces différents modes d'assurance des risques sociaux découlent les systèmes de protection sociale généraux, et les assurances privées et semi-privées connues aujourd'hui.

2.3.3. La solidarité pour le risque

Il s'observe dans les cas d'association ou de coopération pour la prévention d'un risque individuel. Cette forme de solidarité s'inspire partiellement de la philosophie de la politique universelle de Girardin (1852). L'individu est solidaire non pas par

"intérêt pour", mais par "intérêt à" (Caillé, 1994). Il s'associe parce qu'il a intérêt à le faire. Le facteur qui motive la solidarité n'engage aucun sentiment altruiste. C'est une solidarité fondée sur les principes économiques de « l'amélioration » parétienne (Van Parijs, 1996). Elle englobe toutes les structures publiques ou privées qui fonctionnent sous la logique du partage du risque par le plus grand nombre, comme les assurances publiques ou privées, les mutuelles, les systèmes de prépaiement et certaines formes de coopératives de santé. En Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier, les travailleurs salariés du public et du privé deviennent les plus sollicités pour ce type de solidarité qui exige de l'adhérent une certaine stabilité financière. Depuis la dévaluation du Franc C.F.A. et la mise en place de politique de paiement par les usagers, nous observons une prolifération des assurances maladies privées (JAE, 1995).

2.3.4. Les systèmes de solidarité collectifs

La plupart des pays africains au lendemain de leur indépendance ont adopté le concept de l'État providence et mis en place des systèmes nationaux d'assurances sociales (Carrin, 1993). Mais, les récessions économiques successives connues par la majorité des pays ont obligé les gouvernements africains à revoir leur politique de santé. Alors que dans les pays européens, toutes les stratégies sont mises en place pour préserver les "acquis sociaux" des citoyens, en Afrique, la politique de gratuité des soins est délaissée au profit de politique de financement où désormais, l'utilisateur doit payer de sa «poche» une partie ou la totalité des frais de santé.

2.3.5. La solidarité de type universel

Elle est une invention propre au monde moderne (Godbout et Caillé, 1992). Dans sa forme morale, nous comptons les célébrations symboliques des journées des droits de l'être humain, la journée de l'enfance ou de la femme et sous sa forme matérielle, nous remarquons les dons humanitaires, l'aide humanitaire et celles aux réfugiés. Cette une forme de solidarité que Godbout et Caillé (1992) désignent sous le nom de " dons aux étrangers ". En Afrique où sévit la misère sous toutes ses formes, la solidarité universelle demeure très présente. Elle est gérée et organisée généralement par les organisations humanitaires et les O.N.G.

2.3.6. La solidarité traditionnelle

Cette forme de solidarité montre l'influence de la structure traditionnelle de la parenté sur la dynamique sociale africaine actuelle. Les deux formes d'expression de la solidarité traditionnelle émanent soit du lien de parenté, soit de l'appartenance au même groupe d'âge.

Dans une étude sur les inégalités économiques et les solidarités sociales en pays Haoussa, Raynaut (1990) nous montre toute la prééminence de la solidarité traditionnelle dans la société africaine en mutation. Selon lui, en région urbaine, la priorité des plus démunis reste l'intégration des réseaux sociaux pour bénéficier des solidarités sociales traditionnelles, une solidarité dont le principe repose sur la complémentarité entre le pauvre et le riche. Une étude épidémiologique effectuée en

articulation avec les indicateurs socio-économiques à Maradi (ville Haoussa du Niger) indique que le statut nutritionnel des enfants de 0 à 4 ans ne varie pas de façon significative d'une strate de train de vie à l'autre, en dépit des différences accusées qui existent entre elles (Raynaut, 1986). Selon l'auteur, cette relative homogénéité s'explique en partie par l'efficacité des mécanismes de solidarité. La tradition veut, en effet, que les femmes s'envoient mutuellement des parts du plat qu'elles ont préparé pour la famille, malgré les différences socio-économiques. La réciprocité préside à ces dons et contre-dons (Mauss, 1985). Toutefois, lorsqu'une des femmes traverse une période difficile et ne peut rendre autant qu'elle a reçu, les envois ne s'interrompent pas. L'efficacité des mécanismes traditionnels évite alors aux plus pauvres de sombrer dans l'état de famine auquel les aurait condamnés le dénuement s'ils étaient restés isolés (Raynaut, 1986).

Les grands moments de la vie de l'être humain: la naissance, le mariage et la mort restent aussi les moments où s'expriment la solidarité. Dans le cas de la solidarité familiale, l'exemple le plus frappant concerne l'obligation de supporter les coûts économiques qu'exige l'entretien de nombreux parents qui constituent la famille africaine (Ela, 1994). La solidarité lors de la maladie et de la mort constitue l'une des manifestations les plus tangibles de l'influence du concept d'assistance mutuelle dans l'Afrique moderne. En effet, dans l'Afrique traditionnelle, la thérapie apparaît un acte complexe dont les multiples dimensions forment un tout. La production de la santé ou le traitement d'une maladie demeure un acte qui est lié à un système de vie produit collectivement. L'état de maladie est considéré comme un état négatif.

“ L'être humain malade, c'est celui qui ne peut plus participer entièrement et de façon régulière à la vie de sa communauté. Le groupe d'âge, la secte religieuse, l'assemblée politique ou le cercle familial ne peuvent à terme compter sur lui ” (N'guessan K.F; 1978).

Il faut alors apporter un remède qui rétablisse la stabilité de l'individu, mais aussi celle de la communauté. L'état de maladie d'un individu ne concerne pas seulement le malade, encore moins l'organe atteint. Il s'agit d'un état de maladie ressenti par l'ensemble de la famille et de la communauté. Toute la famille, tout le groupe est mobilisé pour participer au coût de la maladie. La maladie est vue comme une malédiction de la communauté, dont l'extériorisation passe par l'un de ses membres. Dans la région d'Adzopé en Côte d'Ivoire, lieu de notre étude, la solidarité en cas de maladie ou décès représente la forme la plus visible de la solidarité traditionnelle "Akan¹".

La venue aux obsèques est une forme de témoignage au défunt et à sa famille, des liens indéfectibles qui vous lient (Exhliman, 1985). Ces liens ne sont rien d'autre que la traduction du capital social développé avec ses parents et amis, tout au long de sa vie par le défunt.

1. Grand groupe ethnique qui a peuplé la Côte d'Ivoire entre le XVI^{ème} et le XIX^{ème} siècle. La communauté Attié tout comme les Agni et les Baoulé font partie de ce grand groupe ethnique.

2.3.7. La solidarité moderne de type informel

Cette solidarité naît de la rencontre entre la société moderne et la société traditionnelle. Elle ne se fonde ni sur les liens de parenté, ni sur la logique rationnelle de la société moderne. La confiance et le capital social représentent les seuls éléments sur lesquels elle s'appuie lors des échanges sociaux.

Elle concerne souvent des personnes d'origines et de cultures différentes, mais qui se sentent obligées de coopérer et d'être solidaires, face aux exigences de la vie. Dans son livre "*les petits métiers d'Abidjan*", Abdou Touré (1990) nous montre comment, confrontés à la dure réalité de la ville, les Africains s'inventent des stratégies de solidarité et d'entraide mutuelles pour contrer les aléas de la vie.

Au Cameroun, Gélinas (1994) rapporte que l'épargne basée sur la stratégie de la tontine est en train de remplacer le circuit bancaire officiel inefficace et corrompu. Les entrepreneurs "Bamiléké" ont réussi à créer en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale une forte puissance économique, grâce à la confiance et au capital social qui existent dans leur communauté.

Dans certains quartiers des grandes métropoles africaines, le baptême du septième jour d'un nouveau-né donne l'occasion aux membres de sa communauté de lui signifier leur solidarité. Des dons financiers ou matériels sont alors offerts au nouveau-né. Ces dons constituent en partie son capital économique que sa mère veillera à gérer pour sa santé et son éducation. Cette façon de constituer le capital

économique d'un membre de la communauté se poursuit lors du mariage et à la mort (Exhliman, 1985; Nicolas, 1986).

La maladie en Afrique étant un fait culturel (N'guessan, 1978; Éla, 1994), nous assistons toujours à la constitution du comité du malade pour aider la personne souffrante, que nous soyons à la campagne ou en ville (Janzen, 1976). Certains auteurs ont même observé que, dans le secteur socio-sanitaire, les solidarités informelles sont celles qui se transforment le plus rapidement en mutuelles de santé (Lelart, 1990; Atim, 2000).

Dans une étude au Congo, Mayoukou (1994) affirme que de plus en plus d'économies en Afrique se " tontinisent ", à cause de la crise économique. Selon les études effectuées sur la tontine en Afrique, il est rare de voir des membres ne pas respecter leurs engagements (Lelart, 1990), le non respect des engagements étant considéré comme la signature de la mort sociale (Gélinas, 1994). Les femmes jouent un très grand rôle dans l'essor de la solidarité informelle. Cette observation a été rapportée par plusieurs études dans différents pays (Gélinas, 1994). Une publication sur le système des tontines au Cameroun montre que toutes les envolées des femmes et hommes d'affaires ont été pour la plupart soutenues par les systèmes de tontine (J.A.E, 1993).2.4.

2.4. Conclusion générale

Il ressort de la revue de la littérature que, malgré l'avènement de la mondialisation économique, la solidarité reste encore fortement présente dans certaines sociétés contemporaines. Elle peut s'appréhender sur un plan collectif (cas des systèmes d'assurance sociale dans les pays industrialisés) ou sur un plan individuel (cas des solidarités amicales ou parentales en Afrique). Au plan individuel, la solidarité peut s'analyser sous quatre modalités différentes selon Caillé (1994):

- la solidarité par “ intérêt à ” et de type volontaire (le cas d'une personne qui souscrit à une police d'assurance);
- la solidarité par “ intérêt à ” et de type involontaire (elle peut s'observer entre deux personnes ennemies obligées de coopérer pour leur propre survie);
- la solidarité par “ intérêt pour ” et de type volontaire (le cas des dons et dans certaines œuvres de charité);
- la solidarité par “ intérêt pour ” et de type involontaire (l'exemple typique est le don d'organe effectué par une personne pour un parent : la personne le fait par amour pour son parent et non par envie de se faire enlever un rein). Ces différentes modalités (tableau 2) peuvent être considérées comme la typologie cognitive de base au travers de laquelle s'expliquent les mécanismes de solidarité au niveau de l'individu.

Tableau 2: Présentation des différentes raisons de solidarité au niveau individuel

Solidarité	Volontaire	Involontaire
"intérêt à"	Cas d'une personne qui souscrit à une police d'assurance pour minimiser le risque financier lié à la maladie.	Cas de personnes morales ou physiques que tout oppose, mais qui sont obligées d'être solidaires pour leur intérêt individuel respectif. <u>Exemple</u> : Coopération de deux concurrents économiques.
"intérêt pour"	Cas d'une personne altruiste qui fait du bénévolat ou des dons à des œuvres de charité.	Cas d'une personne solidaire par nécessité. C'est l'exemple du don d'organe (rein) qu'une personne peut faire à un parent. Elle ne se fait pas enlever le rein de manière volontaire, mais pour l'intérêt qu'elle porte à son parent.

Mais si nous regardons la solidarité comme une pratique sociale qui engendre une interaction sociale entre deux individus ou deux groupes d'individus, la typologie définie par Caillé semble limitée dans la mesure où elle ne tient pas en compte de la position du donataire. En effet, tout processus de solidarité est un processus social de don et de contre-don. Il exprime un processus de : donner, recevoir et rendre (Godbout, 1995). La solidarité gratuite tout comme le don gratuit n'existent pas. Le

don comme la solidarité constituent tous deux des processus sociaux d'échange. Ils présentent des points de convergence mais aussi de divergence. Comme point de convergence, notons que tous correspondent à des processus d'échange qui intègrent un retour. A la différence de la solidarité dont le temps de retour est moindre, le retour du don peut s'effectuer des années, voire des décennies plus tard. Il existe toutefois une différence fondamentale entre la solidarité, le don d'une part et l'échange économique d'autre part. Alors que les transactions sociales (solidarité et dons) peuvent prendre des formes monétaires ou non monétaires, l'échange économique ne peut se faire que sur un marché basé sur le prix comme moyen de transaction. L'échange, dans ce cas se passe instantanément et privilégie le bien plutôt que le lien (Mauss, 1966; Godbout et Caillé, 1995).

Bourdieu, dans ses travaux sur « l'économie générale des pratiques » (Bourdieu et Wacquant, 1992; Bourdieu, 2000), a aussi contribué à une meilleure compréhension des logiques d'échange interindividuelles. Il convient mentionne Bourdieu et Wacquant (1992) d'abandonner l'économique et le non économique qui interdisent d'appréhender l'économie générale des pratiques.

« L'économie orthodoxe ignore le fait que les pratiques peuvent avoir des principes autres que des causes mécaniques ou l'intention consciente de maximiser l'utilité et obéir cependant à une logique économique immanente: les pratiques ont une économie, une raison immanente, qui ne peut être réduite à la raison économique parce que l'économie des pratiques peut être définie par référence à une grande variété de fonctions et de fins. Réduire l'univers des formes de conduite à la réaction mécanique ou à l'action intentionnelle, c'est se mettre dans l'impossibilité d'éclairer toutes les pratiques qui sont raisonnables sans être le produit d'un dessein raisonné et moins encore d'un calcul conscient » (Bourdieu et Wacquant, 1992).

L'économie « orthodoxe » ne s'intéresse qu'aux calculs rationnels qui concourent à l'accroissement du capital économique de l'individu. Les autres pratiques ne visant pas une finalité économique relèvent pour elle de l'irrationnel. Un individu rationnel cherche dans toute action à maximiser son utilité matérielle par le gain de profit. Ainsi, pourrions nous affirmer que toutes les sociétés dont les valeurs dominantes et les modèles d'échange ne débouchent pas sur la maximisation du profit au niveau individuel se disqualifient et sont invitées à adopter les valeurs et règles du libre marché. Cependant, comme le souligne Bourdieu (1990), la visée d'accumuler du capital économique suppose que celui-ci soit, pour partie ou en apparence à un moment de l'histoire, sacrifié au profit d'autres formes de capital. Il existerait certainement en dehors du capital économique, d'autres formes de capitaux qui permettent l'intégration sociale de l'individu; d'autres formes qui expliqueraient des modèles d'échange économiques plus vastes voire une théorie générale de l'économie des pratiques; des modèles d'échange différents du modèle du marché ou qui intègrent la logique du marché dans une forme plus globale.

Tout être humain n'ayant de valorisation que sociale, il faut pouvoir mobiliser à son profit du *capital social* afin d'être apprécié par les autres membres de la communauté. Ce capital social légitimera le capital économique ou le capital culturel possédé. Le capital social s'accumule à coups de générosités affichées, de respects des lois, de civisme, de solidarité, d'amitié et de générosité qui permettent d'obtenir l'estime et la reconnaissance sociale.

La finalité de la richesse économique étant la recherche de la cohésion et de la considération sociale, on peut comprendre aisément le fait que certaines sociétés puissent choisir de gré ou de force, d'autres voies que celle du marché ou du système public pour la régulation de la société. C'est le cas de certains pays où le déficit de marché et d'État obligent à recourir à la régulation par la solidarité. Dans lesdits pays, un système étatique et un système de marché existent, mais c'est la solidarité qui domine dans les processus d'échanges interindividuels.

CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL ET MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Analyse conceptuelle

Malgré l'influence de la rationalité économique dans les sociétés contemporaines, plusieurs écrits (Sen, 1993; Selznik, 1994; Étzioni, 1990; Bourdieu, 1989, 1992, 1994) émettent de plus en plus de réserves quant à la capacité du marché à expliquer tous les échanges sociaux interindividuels. D'après plusieurs auteurs (Ela, 1994; Latouche, 1998), cette incapacité semble encore plus manifeste dans les pays en développement et plus spécifiquement en Afrique. Dans son ouvrage sur le « *don et le marché* » en Afrique, Latouche (1998) nous invite à un questionnement, quant à l'effort de survie des sociétés africaines.

« Si l'on est convaincu du caractère universel de la modernité occidentale, soit de manière explicite ou implicite, il est difficile dans tous les cas, de nourrir le moindre espoir pour l'Afrique. [...] Pourtant! Force est de constater que ce radeau africain à la dérive, pour dérisoire qu'il paraisse porte environ huit cents millions de personnes. Toutes ne sont pas des squelettes faméliques, des rescapés des camps de la mort. Toutes ne vivent pas de la seule charité internationale. La survie de cette planète noire, en supposant que n'y règne que la misère, est tout de même un problème théorique et pratique. Quiconque y réfléchit de bonne foi ne peut manquer de s'interroger sur le mystère de cette survie » (Latouche, 1998).

En effet, cette survie peut paraître un mystère quand nous nous limitons à une analyse des échanges sociaux par le seul biais du marché. Dès que nous nous extirpons du carcan de l'économie «orthodoxe» pour appréhender les échanges sociaux sur un plan plus global, nous nous apercevons que la survie de l'Afrique découle de l'existence d'autres formes de capital extérieures au capital économique. Ces formes de capital permettent à la cohésion et à la stabilité sociale de se maintenir malgré la misère matérielle.

« Il y a donc en marge de la dérégulation de l'Afrique officielle, à côté de la décrépitude de l'Afrique occidentalisée, une autre Afrique bien vivante sinon bien portante. Cette Afrique des exclus de l'économie mondiale et de la société planétaire, des exclus de la valeur dominante, n'en persiste pas moins à vivre et à vouloir vivre, même à contresens » (Latouche, 1998).

Pour appréhender les logiques qui commandent ces différentes formes d'échange en Afrique, nous avons élaboré un cadre conceptuel qui s'appuie en partie sur les études théoriques du social menés par Bibeau (1994), Polany (1975) et Bourdieu (1980, 1986, 1992, 1994; 1996; 2000).

Comme nous l'avons souligné au chapitre précédent, en Afrique, le système de régulation sociale demeure le système basé sur la solidarité. Avec ses valeurs et ses normes, ce système de régulation sociale peut être considéré comme un modèle culturel qui va être assimilé par les agents sociaux à travers le processus de socialisation. Comme dans toutes les autres sociétés contemporaines, il existe, en plus de la régulation par la solidarité, deux autres modes de régulation en Afrique, à savoir : (i) la régulation par le marché et (ii) le système public de régulation. Toutefois, la régulation par la solidarité reste la forme dominante en Afrique (figure 1). Cette domination s'explique par la faiblesse du marché et l'incapacité du système public à assurer ses prérogatives d'état moderne. La régulation par la solidarité a toujours existé dans les sociétés humaines (Durkheim, 1965; Polanyi, 1975). Avec la modernisation, celle-ci a cédé la place soit au marché, soit à l'État ou aux deux. Lorsque nous considérons les États africains, la domination du modèle de régulation par la solidarité ne signifie pas que d'autres systèmes de régulation n'existent pas. En

effet, aussi bien l'état que le marché tiennent leur place, sauf que ces derniers n'exercent pas la même influence que la solidarité dans les échanges sociaux.

La logique du marché ne tient compte que des multinationales et de certaines entreprises privées du pays. Quant à l'état, ses politiques de redistribution sociales¹ ne concernent que très peu de citoyens. Plus de 80% de la population (paysans, travailleurs informels, petits ouvriers et chômeurs) sont ignorés par les mécanismes de prise en charge publics.

Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire) comme espace social dans lequel nous tenterons d'expliquer les logiques de solidarité qui régulent la société. Tout se passe comme si, dès leur naissance, les agents sociaux étaient éduqués (socialisés) pour développer une prédisposition à l'échange solidaire. Le modèle culturel, l'organisation sociale et la structure familiale (Todd, 1996) sont façonnés pour inciter l'agent social à posséder les dispositions propre à la solidarité. Il peut exister des individus qui, à cause des formes de capitaux possédés (capital économique, culturel, social et symbolique), adopteront un mode de vie occidental.

1. En Afrique, les difficultés sociales et économiques sont telles que les institutions de l'État ne peuvent pas faire face à certains problèmes de la population. Même la sécurité des biens et des personnes qui est une des responsabilités de l'État est prise en charge par les citoyens eux-mêmes.

Cela ne réduit en rien l'influence de la solidarité car, à travers elle, les agents sociaux acquièrent de la considération et du prestige social et consolident ainsi leur identité. Pour que la solidarité s'exerce, l'existence du capital social reste essentielle. Le capital social, quant à lui, suppose une interaction sociale qui se passe entre au moins deux individus. Comme le montre la figure (3), deux agents sociaux (agent A et agent B) vont, à travers leurs interactions sociales successives, échanger des capitaux mais aussi développer du capital social. Ce capital social ne devient possible que si les deux agents sociaux, à travers leurs interactions, expriment des sentiments positifs qui engendrent la confiance, l'amitié et les bonnes relations.

Même si, des échanges sociaux positifs, naît le capital social, il importe de préciser que le but premier des échanges sociaux ne vise pas à produire du capital social, mais bien des éléments nécessaires pour la vie. Le capital social ne représente qu'une conséquence heureuse des échanges sociaux positifs. Le processus social d'échanges interindividuels se veut avant tout un processus d'échanges de capitaux (Accardo, 1997), processus fondamental à la base de toute vie sociale, donc humaine. Comme le montre la figure (3), tout échange social, implique un échange de capitaux. Il en existe quatre (4) types principaux : le capital économique, le capital culturel, le capital social et le capital symbolique.

1. Le capital économique : comprend les différents facteurs de productions (terres, usines, travail) et l'ensemble des biens économiques (revenu,

salaire, patrimoine, biens matériels et financiers) détenus par un agent social;

2. Le capital culturel : correspond à l'ensemble des qualifications intellectuelles, soit produites par le système scolaire, soit transmises par la famille. Ce capital peut exister sous trois formes : à l'état incorporé comme disposition durable du corps (par exemple, aisance dans l'expression publique); à l'état objectif comme bien culturel (possession de tableaux, d'ouvrages) ou à l'état institutionnalisé, c'est-à-dire socialement sanctionné par des institutions (titres scolaires, prix, titres professionnels);
3. Le capital social : se définit essentiellement comme l'ensemble des relations sociales dont dispose un individu ou groupe. La détention de ce capital implique un travail d'instauration et d'entretien des relations, c'est-à-dire de sociabilité : invitations réciproques, attentions particulières, loisirs en commun, largesses prodiguées, tendresse, affections, etc;
4. Le capital symbolique : recouvre l'ensemble des rituels (l'étiquette ou le protocole) liés à l'honneur et à la reconnaissance. Il confirme finalement le crédit et l'autorité que confère à un agent l'acceptation par la

collectivité, de sa possession des trois autres formes de capital. Le crédit social est attribué à l'agent social par d'autres agents qui distinguent en lui telle ou telle propriété valorisante. Ces propriétés valorisantes lui permettent d'accéder à une ascension sociale, de jouir d'une considération et d'affirmer son identité (Bourdieu, 1994; Bonnewitz, 1997).

Toute interaction sociale équivaut à un rendez-vous de donner et de recevoir : don de capital et réception de capital. Le don de capital social peut s'effectuer contre réception de capital social; le don de capital social contre réception de capital économique, le don de capital social, contre réception de capital culturel. Il existe en tout seize différentes formes d'échange de capital entre deux individus ou agents sociaux. Comme l'illustre la figure (3), à travers leur échange social, les agents sociaux « A » et « B » se forment un capital social commun. Plus les échanges sociaux positifs s'intensifient entre eux, plus le niveau de capital social augmente, jusqu'à atteindre un niveau n (*facteur de capacité*) qui indique le point seuil. À partir de ce point seuil, tout événement heureux ou malheureux (*facteur de déclenchement*) qui se produira chez « A » entraînera automatiquement la solidarité de « B » et tout événement heureux ou malheureux qui se produira chez « B » entraînera automatiquement la solidarité de « A ».

Dans le cadre de notre étude, « B » tombe malade. Une maladie qui nécessite un recours aux services de santé modernes, tous payants. L'agent « A » apporte son aide financière (capital économique) à l'agent « B ». Cette aide financière permet à l'agent « B » d'avoir accès aux soins, de se soigner et d'améliorer ainsi son bien-être.

En aidant financièrement l'agent « B », l'agent « A » en retire soit du capital social, culturel ou symbolique, mais certainement pas de capital économique. « B », quant à lui, peut recevoir de « A » toutes les formes de capitaux¹, en plus du capital économique (figure 3).

Les agents sociaux « A » et « B » qui rentrent en interaction constituent des entités humaines vivant avec leurs caractéristiques propres. Ces caractéristiques préexistant avant le processus de solidarité se nomment les *facteurs de prédisposition* (figure 3).

Dans le cadre de notre étude, nous avons centré notre intérêt sur le cas spécifique de l'agent social B, (à savoir) la personne malade qui a reçu une aide financière pour l'accès aux soins. Nous voulons déterminer les facteurs à la base de cette solidarité financière pour l'accès aux soins.

1. En plus de l'aide financière, on peut apporter à un parent malade, un soutien moral ou intellectuel, en lui enseignant les dispositions à prendre pour ne pas aggraver la maladie, exemple : l'hygiène, éviter certains aliments.

Figure 3: solidarité pour l'accès aux soins : cadre conceptuel

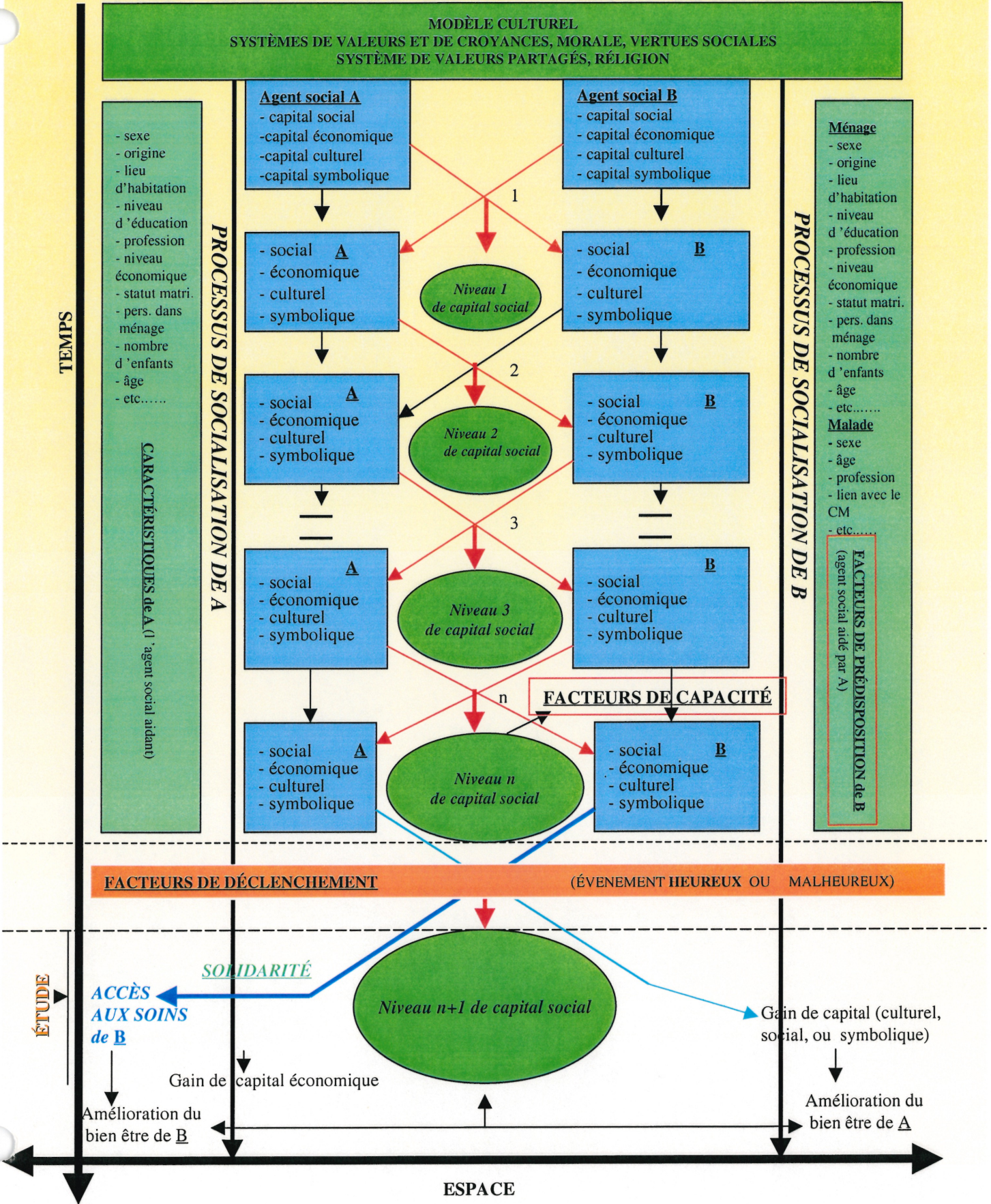
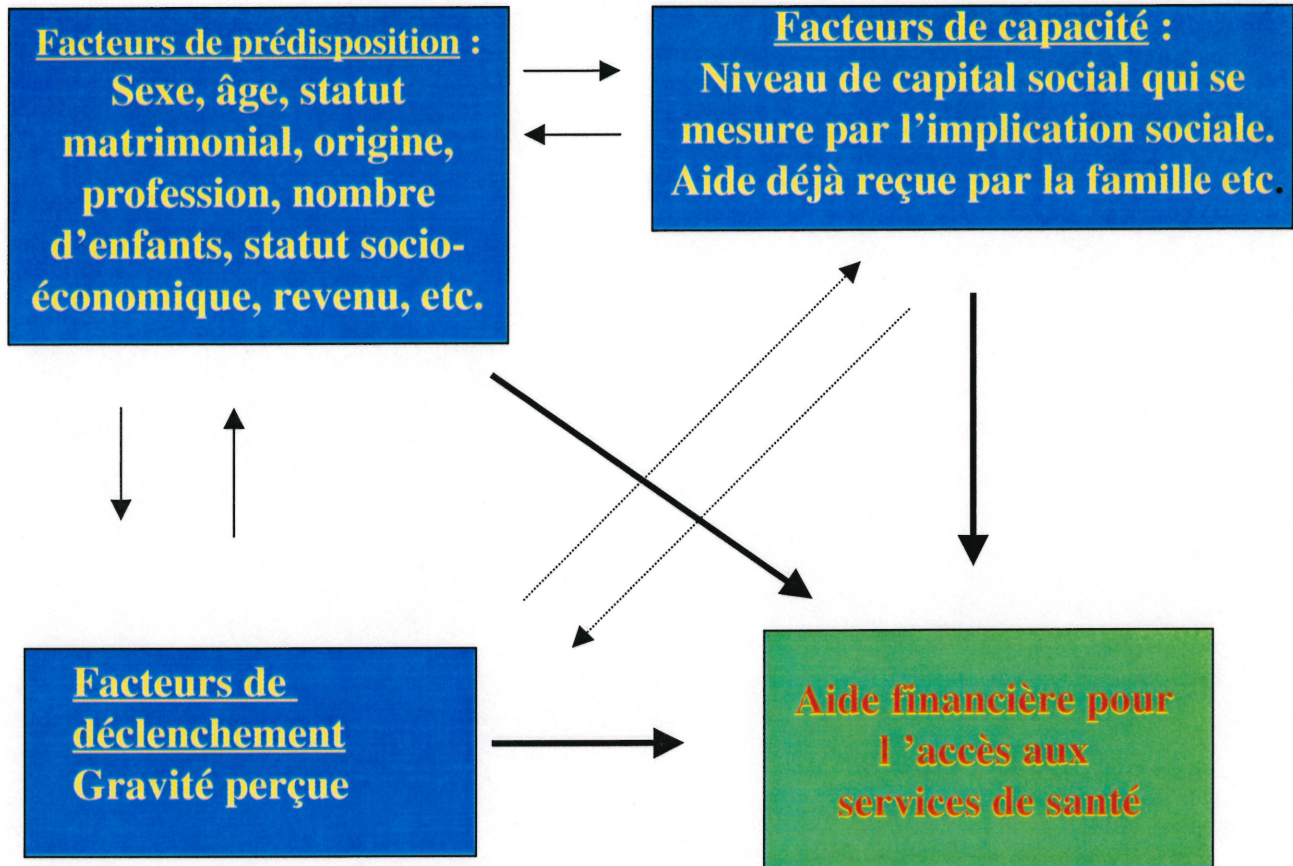


Figure 4: Les déterminants de la solidarité pour l'accès aux services de santé



3.1. Questions de recherche

Notre étude s'inscrit dans un cadre général de recherche de solutions pour la réforme du financement du système de santé en Côte d'Ivoire. Elle vise principalement à démontrer, dans un premier temps, l'existence d'une solidarité locale endogène au sein de la population. Celle-ci rend possible dans certains cas, l'accès aux soins de santé modernes devenus payants. Dans un second temps, elle veut déterminer les facteurs à la base de cette forme de solidarité (solidarité financière) qui permet à certains malades d'avoir accès aux soins. Les questions de recherche qui retiendront notre attention s'énoncent ainsi :

- 1 Existe-t-il des pratiques de solidarité et d'entraide entre les ménages de la région étudiée?
- 2 Si oui, sous quelles différentes formes se présentent-elles?
- 3 Quelles caractéristiques distinguent-elles les ménages qui en bénéficient de ceux qui n'en bénéficient pas?
- 4 Des malades issus de ménages démunis utilisent-ils les services modernes formels et les services appropriés à leur besoin malgré les problèmes d'accès financier?
- 5 Quel est l'effet spécifique de l'aide financière des proches (solidarité) chez ces malades, en tenant compte de la gravité ressentie du problème et sachant que d'autres facteurs influencent l'utilisation des services?

- 6 Quels facteurs rendent-ils possible cette solidarité pour l'accès aux services modernes de santé?
- 7 Comment ces facteurs s'organisent – ils pour rendre possible la solidarité pour l'accès aux soins?

3.2. Hypothèses de recherche

- 1 La solidarité est une pratique sociale très développée dans les échanges sociaux des habitants et des ménages de notre région d'étude. Elle se présente sous plusieurs formes qui peuvent être identifiées;
- 2 Les ménages qui en bénéficient ont des caractéristiques distinctives de ceux qui n'en bénéficient pas;
- 3 Il existe des malades souvent démunis qui, malgré les barrières financières à l'accès aux services de santé, utilisent les services modernes formels et les services appropriés à leur besoin;
- 4 L'aide financière (solidarité) des proches constitue l'un des facteurs déterminants de cet accès, en tenant compte de la gravité perçue de la maladie et sachant que d'autres facteurs influencent l'utilisation des services;
- 5 Cette aide financière à son tour, est déterminée par des facteurs dont le niveau de capital social entre le malade et les aidants;

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

4.1. Stratégie de recherche et devis

Qu'il s'agisse de recherche fondamentale ou appliquée, les études scientifiques suivent deux types de démarches : les inductives ou exploratoires et les vérificatrices. Les premières visent à trouver des choses, à énoncer des hypothèses, tandis que les secondes essayent de mettre à l'épreuve des faits une ou plusieurs hypothèses de solutions déduites de théories, de savoirs et d'expériences antérieures (Van der Maren, 1997). L'objectif de notre recherche étant de comprendre et d'expliquer les facteurs objectifs qui, dans la société, permettent à l'aide financière (solidarité) en tant que pratique sociale de se réaliser, la démarche adoptée est une de type déductif. Nous utiliserons cette démarche déductive dans une recherche synthétique de cas où l'individu est considéré comme unité d'analyse. Comme le mentionnent Contandriopoulos et al. (1993), la recherche synthétique de cas est la stratégie de recherche adaptée pour comprendre et expliquer les comportements et phénomènes complexes. La puissance explicative découle, dans ce cas, de la cohérence de la structure des relations, ainsi que la cohérence, des variations de ces relations dans le temps (Contandriopoulos et al., 1993). Le devis de recherche retenu s'applique à une étude de cas multiples avec un seul niveau d'analyse. Le niveau d'analyse choisi concerne celui des villageois. La reproduction et la généralisation du comportement individuel à une plus grande échelle autorisera à attester, avec plus d'assurance, l'existence du phénomène étudié.

La collecte des données a été effectuée à partir d'une enquête à passage unique. Des renseignements ont été recueillis sur le ménage, le chef de ménage et la personne

qui, dans le ménage, a été malade au cours des huit dernières semaines précédant notre étude. Nous avons élaboré deux questionnaires comme instruments de collecte des données : l'un destiné au chef du ménage et l'autre, au malade du ménage.

4.2. Techniques d'échantillonnage et méthodes d'enquête

Les cinq communes qui composent le département d'Adzopé ont été tirées au sort. La commune d'Agou a été choisie comme commune tirée au hasard pour tester les hypothèses de l'étude. Notre objectif étant de savoir si la solidarité participe à l'accès aux soins en Côte d'Ivoire, nous avons opté pour une durée de **huit semaines** contrairement au délai de **deux semaines** souvent conseillé par plusieurs auteurs (Kroeger, 1985; Fassin, 1991). Ceci, parce que les cas qui nous intéressent concernent les maladies graves qui ont occasionné une mobilisation sociale et non des maladies qui évoluent sans se faire remarquer par le réseau social ou la famille et les amis du malade. Notre intérêt pour les maladies perçues graves s'explique du fait qu'elles nécessitent un montant élevé d'argent et nombre élevé de personnes qui poussent alors les gens à une mobilisation sociale.

Selon plusieurs études (Kroeger, 1985; Fassin, 1991; Sidibé, 1994), dans le contexte des pays en développement, il faut interroger dans les études ex-post, pour un délai de **deux semaines**, trois ménages pour un malade soit une prévalence de 33% de malades dans la société. Notre délai couvrant **huit semaines**, nous pourrions nous attendre à compter un nombre élevé de malades dans notre échantillon. Nous n'aurons pas ce nombre élevé de malades parce que seuls les cas graves nous intéressent dans notre étude.

En effet, même si le délais de **huit semaines** fait augmenter le nombre de malades dans l'échantillon, la sélection des cas graves uniquement, nous permet de diminuer le nombre de malades pour avoir un taux de 1 malade grave pour trois ménages dans un délai de **huit semaines**, tout comme nous avons 1 malade pour trois ménages dans un délai de **2 semaines**. Même si dans un ménage plusieurs personnes affirment avoir été gravement malades, un seul malade était interrogé et ce, pour respecter notre quota d'un malade par ménage.

L'enquête principale menée était quantitative, complétée par une recherche documentaire et des entretiens informels. Ceux-ci visaient à nous fournir des informations non quantifiables sur la maladie et la société de l'étude en générale (Manderson et Aavy, 1992). Ils permettaient de mieux comprendre les anecdotes sur la solidarité pour l'accès aux soins de santé modernes. Ils servaient à construire des « *histoires naturelles de maladie* » qui aident par la suite à comprendre les malades et leurs familles. Comme le souligne Dulh (1988) cité par Cook (1999) :

« Si des données ne peuvent pas être transformées en histoires compréhensibles pour tous, elles ne sont pas efficaces pour un processus de changement, qu'il soit politique ou administratif » (Dulh, 1988).

4.3. Planification opérationnelle de la recherche

4.3.1. Population d'étude

La population d'étude comprend l'ensemble des populations des cinq communes du département d'Adzopé, nommés les communes d'Adzopé ville, d'Akoupé, d'Agou, de Yakassé-Attobrou et d'Afféry. Nous avons préféré les communes aux sous-préfectures car elles respectent plus fidèlement les aires culturelles de la région, contrairement aux sous-préfectures qui obéissent plutôt à un souci de découpage administratif. La plupart des habitants de ces communes sont des agriculteurs (paysans) qui vivent de la production de café, de cacao et de manioc. Nous notons aussi, dans la région, la présence d'une forte communauté d'étrangers composés d'ivoiriens du nord (Dioula) et d'Africains originaires des pays limitrophes de la Côte d'Ivoire. La plupart des Dioula sont des commerçants tandis que les étrangers africains sont des travailleurs agricoles. Cette structuration de la population de la région d'Adzopé nous semble identique à celles des régions productrices de café et de cacao. La culture du café et du cacao favorisait plusieurs populations des pays limitrophes à émigrer.

4.3.2. Mode de calcul de la taille d'échantillon

Nous avons tiré au sort, parmi les cinq communes du département d'Adzopé. Celle qui a été choisie est la commune d'Agou communément appelée la région du *Tchoyasso*¹. Pour respecter l'uniformité socioculturelle de cette région tous les villages composant la commune d'Agou ont été retenus, à savoir : Agou, Boudépé, Grand-Akoudzin; Andé et Diapé. Le calcul de la taille de l'échantillon s'est appuyé sur la prévalence du nombre de malades graves lorsqu'on fait une étude avec un délais de rappel de huit semaines. Le calcul de la taille d'échantillon s'appuie d'une part sur la procédure préconisée par l'O.M.S (1991) pour la détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques et d'autre part, de la méthode de Fleiss (1981). En Afrique, pour obtenir un ménage dont une personne a traversé un épisode de maladie dans les **deux semaines** précédents, il faut visiter trois ménages (Sidibé et de Béthune, 1994; cité par Diakité (1998). Autrement dit, la prévalence de malade est de 1/3 soit 33%. Notre période de rappel de **huit semaines**, favorise la possibilité d'obtenir un malade par ménage au lieu d'un malade pour trois ménages, car plus le délai augmente plus le nombre de malades à rencontrer sera élevé, dans une étude transversale. Ce qu'est notre étude.

1. Le Tchoyasso est l'un des cinq cantons Attié. Son chef-lieu est le village d'Agou. Tchoyasso signifie les gens de la région des palmiers.

Toutefois, notre objectif de ne retenir que des cas graves nous ramène à ratio de prévalence d'un malade grave pour trois ménages (1/3). P est égal à 33% dans la population, soit **1** malade **grave** pour **3** ménages avec un délai de **8** semaines. (1-P) est égal alors à 67%. En utilisant la formule de Fleiss¹ ($N = 1,96^2 * P(1-P)/d^2$) au seuil de signification de 95% avec une précision = 0.05, nous arrivons à : $n = 1,96^2 * 0.33 (67) / (0,05)^2 = 340$ malades. Sachant que pour un malade **grave**, il nous faut enquêter en moyenne dans trois ménages différents, le nombre de ménages requis s'élève à : $N = n * 3$ soit $430 * 3 = 1020$ ménages. La collecte de données se déroulant dans cinq villages, il fallait interroger en moyenne 200 chefs de ménage par village. Il est important de noter que le calcul de la taille d'échantillon pour notre étude ne répond pas à un besoin de mettre en évidence une différence entre malade aidé et malade non aidé, mais plutôt pour augmenter la puissance statistique de nos tests. En effet, avec comme le disent certains auteurs (Cohen J., 1977), un nombre de sujet égal à 300 ou 400 donne une puissance de test de 80 à 90%. L'équipe d'enquête disposait de deux jours et chacun des dix enquêteurs devait visiter dix ménages par jour.

1. La méthode de Fleiss (Fleiss, 1981) est une technique statistique pour calculer la taille d'échantillon quand le chercheur connaît à travers d'autres études, la prévalence ou l'incidence de l'objet de l'étude.

4.3.3. Stratégie d'enquête sur le terrain

Compte tenu des moyens qu'offre l'informatique de nos jours et dans un souci de mieux suivre les enquêteurs, un quartier général (**QG**) a été constitué. Le quartier général comme son nom l'indique, servait de lieu de chute de tous les questionnaires complétés par les enquêteurs. La vérification des questionnaires et leur validation s'effectuaient alors sur le lieu même de l'enquête. Les questionnaires incomplets, mal remplis ou litigieux faisaient l'objet d'un retour sur le terrain pour confirmer ou infirmer les dires des enquêteurs. Quatre superviseurs se chargeant du contrôle des questionnaires remplis. Tous les questionnaires étaient vérifiés et validés avant leur saisie. La stratégie adoptée était une forme de théorisation ancrée pour des données quantitatives. Cette stratégie d'enquête nécessitait beaucoup d'enquêteurs et de superviseurs mais offrait l'avantage de recueillir des données dont les erreurs seront corrigées sur le terrain. Les erreurs et autres oublis des enquêteurs sur le terrain étaient corrigés et validés par les superviseurs qui jouaient ainsi le rôle de filtre des données avant la saisie.

4.3.4. Méthode de recueil de l'information

Comme tous les villages d'enquête présentaient une forme rectangulaire et étaient traversés par une rue principale nous avons tenu compte de ces données physiques. Nous avons ainsi divisé chaque village en cinq zones égales (cf. Annexe 4). Chaque zone était confiée à deux enquêteurs. Chaque enquêteur devait se poster à chaque extrémité gauche et droite de leur zone d'enquête de manière à donner dos à la rue principale du village. De cette position, l'enquêteur se dirigeait droit devant lui et entrait dans la première concession de la rangée de concessions face à lui. Une fois les personnes de cette cour interrogées, il ressortait par le côté où il était entré, sautait la deuxième cour qui suivait la première et entrait dans la troisième. Une fois la

troisième finie, il sautait la quatrième et entrait dans la cinquième. Il continuait ainsi jusqu'à la fin de la rangée. Une fois à la fin, il se postait à nouveau mais cette fois, de manière à faire face à la rue. Dans cette nouvelle position, il sautait la rangée de maisons qui suivait la première et se positionnait devant la troisième rangée de concessions parallèle aux deux premières et perpendiculaire à la rue principale. Il reprenait l'enquête, mais en commençant cette fois-ci par la deuxième maison de la rangée et non la première. Il reprenait le même processus jusqu'à atteindre la rue principale (cf. Annexe 4). L'enquêteur à l'autre extrémité de la zone procédait de la même façon, sauf que lui commençait par la deuxième concession de la première rangée de maisons.

4.3.5. Critères d'inclusion des ménages et des malades

Les ménages et les chefs de ménages

- Le ménage devait comprendre un ou une chef de ménage;
- Le chef de ménage devait résider dans le ménage et dans le village;
- Il devait être présent au moment de l'enquête.

Les malades

- Le malade devait être membre du ménage;
- Avoir présenté un épisode de maladie jugée grave au cours des huit semaines précédant l'enquête;
- Si le malade est un enfant ou n'est pas en mesure de parler, le membre de la famille qui s'en occupe répondra à sa place.

4.3.6. Définition opérationnelle des variables

4.3.6.1. Les variables dépendantes

Nous partons de trois groupes de variables dépendantes : la solidarité au chef de ménage, le recours aux services de santé et la solidarité aux malades pour l'accès aux soins.

- **La solidarité au chef de ménage**

La solidarité au chef de ménage comporte trois variables qui décrivent les différents types de solidarité dont a bénéficié le chef de ménage. Dans le cadre de notre étude, trois formes d'aide ont été étudiées : l'aide des associations villageoises, celle des parents et celle des amis. La variable « *solidarité en général* » désigne les chefs de ménage qui ont bénéficié d'au moins l'une des trois formes d'aide comparativement à ceux qui n'ont bénéficié d'aucune aide. La variable « *solidarité des associations* » distingue les chefs de ménage qui bénéficient de la solidarité des associations de ceux qui n'en bénéficient pas. La variable « *solidarité des proches* » désigne quant à elle, les chefs de ménage qui bénéficient de l'aide de leurs proches (parents et amis) de ceux qui n'en profitent pas.

- **Le recours aux services de santé modernes**

Cinq variables définissent le recours aux services modernes, à savoir : les quatre variables du type de recours aux services modernes formels (*type de recours1, de recours2, de recours3 et type de recours général*) et la variable « *justesse d'itinéraire* ». Les quatre premières variables distinguent les malades qui, à chaque visite, utilisent les services de santé ou ne les utilisent pas. Nous entendons par « *services modernes formels* » les services modernes publics ou privés reconnus par l'État. La variable « *justesse d'itinéraire* » contient deux catégories : utilisation appropriée ou inappropriée des services. Cette variable distingue d'une part, les

malades qui choisissent par rapport à la gravité perçue, les services appropriés à leur maladie et, d'autre part, ceux qui ne le font pas. Nous rangeons sous le terme utilisation appropriée : (i) les malades qui, lorsqu'ils perçoivent leur maladie *non grave*, consultent les services de premier niveau sans avoir recours aux services de deuxième et troisième niveaux réservés aux maladies graves et (ii) les malades qui lorsqu'ils perçoivent leur maladie grave ou très grave, consultent au moins une fois, les services de deuxième ou troisième niveau dans leur processus de soins et ne se limitent pas qu'au premier niveau.

- **La solidarité financière aux malades pour l'accès aux soins**

Elles sont au nombre de deux : l'aide pour l'accès aux services en général et l'aide pour l'accès aux services de santé modernes formels. La variable « *aide pour l'épisode de soins* » désigne les malades qui ont bénéficié d'aide financière pour l'épisode de soins par rapport à ceux qui n'en ont pas bénéficié. La variable « *aide pour recours modernes* » désigne, quant à elle, les malades qui ont bénéficié d'aide pour l'accès aux services de santé modernes formels. Nous entendons, par « *services modernes formels* », les services modernes publics ou privés reconnus par l'État.

4.3.6.2. Les variables indépendantes

Les variables indépendantes correspondent aux variables qui indiquent les caractéristiques liées aux ménages, chefs de ménage et malades ainsi que celles liées à la maladie et aux recours aux services de santé.

- **Caractéristiques liées aux ménages**

Type de Village: c'est une variable dichotomique qui qualifie le type de village du ménage. (1) village traditionnel et (2) village moderne.

Nombre de malades : cette variable indique combien de personnes ont été malades pendant les huit semaines précédant l'enquête. Parmi ces malades, un seul sera choisi selon la gravité perçue de la maladie par l'entourage.

Niveau socio-économique du ménage : cette variable nominale à trois modalités, constate le niveau socio-économique du ménage. Notons (1) les ménages pauvres (maison en terre, toiture en raphia), (2) les ménages de classe moyenne (maison en terre, toiture en tôle) et (3) les ménages riches (maison en béton et toiture en tôle).

Association d'aide dans la famille : cette variable révèle l'existence d'une association familiale d'aide dans le ménage. C'est une variable dichotomique : non / oui.

- **Caractéristiques liées aux chefs de ménage**

Sexe : variable nominale dichotomique, elle indique le sexe du chef de ménage : masculin / féminin.

Âge : mesuré en nombre d'années révolues depuis la naissance, il se catégorise selon trois modalités: de 0 à 30 ans; de 31 à 60 ans; 61 ans et plus.

Origine du chef de ménage : variable nominale à deux modalités, elle désigne l'origine du chef de ménage : soit Côte d'Ivoire, soit hors Côte d'Ivoire.

Profession : la profession du chef de ménage est une variable dichotomique : agriculteur / autre profession.

Statut matrimonial : cette variable désigne le statut matrimonial du chef de ménage. C'est une variable nominale à 5 modalités : célibataire / monogame moderne / monogame traditionnel / polygame / veuf ou veuve.

Possession de champs : cette variable indique si le chef de ménage possède ou ne possède pas de champs. C'est une variable dichotomique : non / oui.

Type de champs possédés : cette variable définit la structuration des champs du chef de ménage, l'accent étant mis à chaque fois sur le type dominant. C'est une variable nominale à trois modalités : champs de manioc uniquement / champs de café cacao uniquement / champs composés des deux types.

Statut d'occupation de la maison : cette variable définit le mode d'occupation de la maison par le chef de ménage. C'est une variable dichotomique : non propriétaire / propriétaire.

Niveau socio-économique du chef de ménage : cette variable établit une certaine aisance économique individuelle du chef de ménage. Trois modalités sont distinguées : (1) chef de ménage pauvre (chef de ménage sans radio), (2) chef de ménage de niveau moyen (chef de ménage avec radio), (3) chef de ménage riche (chef de ménage avec radio et réfrigérateur).

Perception de la solidarité dans le village : cette variable désigne la perception du chef de ménage par rapport à l'existence de la solidarité dans son village. C'est une variable dichotomique : non /oui.

- **Caractéristiques liées au malade**

Le sexe du malade : masculin ou féminin

L'âge du malade : est mesuré en nombre d'années révolues depuis la naissance. Il se catégorise en cinq modalités: de 0 à 15ans; de 16 à 30 ans; de 31 à 45 ans; de 46 à 60 ans; et plus de 60 ans.

La profession du malade : la profession du malade est une variable dichotomique : agriculteur /autre profession.

Niveau d'étude : cette variable indique le niveau d'étude du malade. C'est une variable nominale à quatre modalités : analphabète/niveau primaire/niveau secondaire et universitaire / ne s'applique pas.

Lien avec le chef de ménage : cette variable établit le lien du malade avec le chef du ménage. Elle se catégorise en quatre modalités : le chef du ménage /son épouse / descendants / autres parents.

- **Caractéristiques liées à la maladie**

Les symptômes : deux éléments sont retenus. diagnostic posé et cause attribuée.

Diagnostic attribué: cette variable indique la cause de la maladie, d'après le malade ou son répondant. C'est une variable à cinq modalités : *maladies infectieuses, maladies dégénératives, MTS/Gynéco/Obst., accidents et blessures; ne sait pas.*

Cause attribuée: cette variable désigne l'origine de la maladie, selon le malade ou son répondant. C'est une variable à six modalités : *mauvaise alimentation; maladies contagieuses; sorcellerie; fatigue/travail difficile; autres; ne sait pas.*

Gravité perçue de la maladie : cette variable qualifie la sévérité de la maladie telle que perçue par le malade. Elle se classifie selon trois modalités : pas grave, moyennement grave, très grave.

- **Caractéristiques liées aux recours thérapeutiques**

Itinéraire de soins : ces variables désignent le service que le malade a utilisé en premier, deuxième et troisième recours. L'itinéraire se définit selon le type de service et selon le lieu. ***Type de services*** : pour chacun des recours, nous comptons deux modalités : services traditionnels, services modernes. ***Lieu des soins*** : à chaque

recours, deux modalités restent possibles : soins au village, soins hors du village. La variable « lieu des soins » a été créée pour apprécier les problèmes d'accessibilité géographique.

Raisons du recours : cette variable donne les raisons du choix de tel dispensateur de soins par le malade. C'est une variable à trois modalités : problèmes d'accessibilité; dispositions pour accès facile, gravité de la maladie.

Résultats des soins : cette variable définit comment le malade s'est senti après le processus de soins. C'est une variable ordinale à trois modalités : pas d'amélioration, amélioration, guérison.

Satisfaction : cette variable illustre la satisfaction du malade après utilisation des services. C'est une variable ordinale à quatre modalités : (1) pas du tout satisfait, (2) un peu satisfait, (3) satisfait, (4) très satisfait.

Coût des soins : elle recouvre deux variables : le montant total payé pour l'épisode de soins et la perception de ce montant. ***Montant total payé*** : cette variable définit le montant d'argent que le malade ou sa famille affirme avoir dépensé. C'est une variable à trois modalités : (1) moins de 5000 FCFA, (2) de 5000 à 50 000 FCFA, (3) plus de 50 000 FCFA.

Perception du coût : cette variable montre comment le malade ou sa famille a perçu le coût des soins. C'est une variable à trois modalités : (1) peu élevé; (2) élevé; (3) très élevé.

Modes de mobilisation des ressources pour payer les soins : cette variable explique comment le malade ou sa famille a mobilisé les ressources pour payer les soins. C'est une variable à deux modalités : a payé seul les soins, s'est fait aider.

4.3.7 Données : origine, collecte et qualité des instruments de collecte

4.3.7.1. Origine des données

Des données primaires et secondaires provenant de diverses sources ont été recueillies. Les personnes ayant fourni des renseignements sont le chef du ménage, le malade ou une personne proche qui connaît l'histoire de la maladie, quand le malade n'est pas en mesure de répondre. Le tableau (3) résume les types de données recueillies et indique leurs sources.

Tableau 3: types de données recueillies et leur origine

Type de données	Sources primaires	Sources secondaires
Système de soins	Entretiens semi-structurés avec les dispensateurs de soins	Registres de malades Carnets de malades Barèmes de tarification des soins
Ménages	Questionnaire chef de ménage	
Malades	Questionnaire malade	

N.B. Les données recueillies sur le système de soins ainsi que l'enquête qualitative ne seront pas directement utilisées dans l'analyse des données mais serviront dans l'interprétation des résultats.

4.3.7.2. Collecte des données

L'enquête quantitative a duré quinze jours, soit du 5 au 20 janvier 1999. Le chef du ménage a fourni les renseignements sur ses propres caractéristiques et celles du ménage. Quant au malade, il nous transmettait ses propres caractéristiques, celles de sa maladie, les recours thérapeutiques effectués, sa perception de ses recours, et la façon dont il a pu mobiliser les ressources nécessaires pour utiliser les services. Le recueil de données s'est fait à l'aide de questionnaires : un questionnaire pour le chef du ménage et un questionnaire pour le malade (cf. Annexe 3). Les entrevues ont été réalisées par dix (10) enquêteurs et quatre (4) superviseurs. Les enquêteurs, des étudiants (hommes et femmes) du niveau supérieur possédant une expérience de l'enquête, étaient tous de la même origine ethnique que les populations de la région d'étude, mais parlaient en plus le Dioula, deuxième langue populaire de la région, après l'Attié. Ils ont suivi une formation de cinq jours au cours de laquelle tous les questionnaires (ménage et malade) ont été traduits et les sens des mots, discutés. Après la formation, chaque enquêteur avait une copie des questionnaires pour s'exercer à la maison.

4.3.7.3. Qualité des instruments de mesure

Les instruments de collecte des données (les questionnaires) ont été testés deux fois. Une première fois, dans le village « *d'Avocatier* » village Attié, situé dans la banlieue nord d'Abidjan et une deuxième fois, dans un campement de la commune rurale d'Agou. Ces deux pré-tests ont permis de modifier la formulation de certaines

questions et d'en supprimer d'autres. Le 2 janvier 1999, lors de l'arrivée sur les lieux de l'étude, tous les enquêteurs et superviseurs ont été informés des changements apportés. Ils disposaient de trois jours pour proposer les derniers commentaires et suggestions. Ces trois jours ont servi aussi pour faire des révisions sur la formation donnée. Des mises en pratique ont été faites pour apprécier la maîtrise du questionnaire par l'enquêteur et son aisance face aux villageois. Dix enquêteurs ont finalement été retenus, les non sélectionnés étaient tout de même rémunérés et renvoyés.

4.3.7.4. Fiabilité des instruments de collecte

La fiabilité d'un instrument de mesure correspond à sa capacité de reproduire un résultat de façon consistante dans le temps et l'espace ou lorsqu'il est utilisé correctement par des observateurs différents (Contandriopoulos et coll., 1993). Dans notre étude, nous assurons la fiabilité du questionnaire par les deux prétests et sa traduction en langue locale, de sorte que tous les enquêteurs et superviseurs utilisent les mêmes interprétations des mots. Quant aux enquêteurs, nous avons pris soin de choisir des personnes partageant les mêmes origines ethniques que la population. Ils disposaient de trois semaines pour étudier le questionnaire et le maîtriser. Trois jours avant l'enquête, des mises en scène ont été pratiquées. Ceux qui offraient les meilleures performances ont été sélectionnés. Certes, toutes ces démarches ne garantissaient pas la fiabilité, mais elles nous assuraient une présomption de fiabilité.

4.3.7.5. Validité des instruments de collecte

La validité se définit comme étant la capacité d'un instrument à mesurer le phénomène étudié. Autrement dit, à mesurer l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer (Contandriopoulos et coll., 1993). La validité de nos instruments de mesure est en partie assurée par la précision de notre concept théorique. La solidarité, concept théorique à l'étude, comprend deux facettes, morale et matérielle, mais nous nous attarderons uniquement à sa dimension matérielle. Dans le cadre de cette recherche, nous voulons mesurer le niveau d'aide financière dont bénéficie le malade pour payer les frais de santé. Le malade ayant déjà utilisé les services de santé au moment de l'enquête, nous pouvons aisément vérifier s'il avait ou n'avait pas bénéficié d'aide. Tout ceci, à notre avis, renforce la validité de l'instrument de mesure.

4.3.7.6. Préparation psychologique de la population d'étude

Même si nos instruments de mesure peuvent être qualifiés d'adéquats, ils nous paraissent tout de même quelque peu insuffisants pour affirmer sans conteste que nous détenons des données fiables et valides. Dans un contexte tel que celui de notre étude, il demeure essentiel de compter sur la collaboration volontaire de la personne interrogée pour minimiser la violence symbolique¹, cause de données erronées (Bourdieu,1996).

1. La violence symbolique est l'influence négative que peut avoir un enquêteur sur l'enquêté à cause de son attitude. Il faut éviter la violence symbolique pour ne pas avoir des données erronées ou biaisées (Bourdieu, 1995).

Dans le cadre de notre étude, la préparation du travail sur le terrain s'est amorcé par l'envoi de courrier aux différentes autorités administratives et villageoises, deux mois avant l'enquête. Un mois avant l'enquête, une seconde série de lettres a été expédiée pour remercier les autorités de leur collaboration et préciser les dates d'enquête (cf. Annexe 1, 2). Une fois sur le site de l'enquête, une bouteille de boisson « forte » (gin ou whisky) était offerte à chaque chef de village pour le remercier et symboliser notre volonté effective d'entreprendre l'enquête. Des séances de libations ont été organisées pour intégrer l'étude dans l'univers cosmogonique des Attiés de Côte d'Ivoire. Ces cérémonies de libations, tenues en public, servaient à associer les villageois à l'enquête, non seulement sur un plan physique mais aussi métaphysique. Par la suite, avec des mots appropriés, les chefs de village expliquaient le bien-fondé de l'enquête et les raisons pour lesquelles les villageois devraient y participer massivement. Les notables étaient alors chargés d'informer les villageois et les prestataires de soins du village, de la date de l'enquête. Cette préparation psychologique des villageois nous a permis de rencontrer moins de résistance et plus de coopération, lors des entrevues.

4.3.8. Méthodes d'analyse des données

La description complète de la méthodologie d'analyse des données quantitatives est élaborée dans chacun des articles suivants qui présentent les résultats de l'étude.

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

Catégorie 1 : Mesure de la solidarité dans la région d'étude

- Existe-t-il des pratiques de solidarité et d'entraide entre les populations de notre région d'étude?
- Quelles sont les différentes formes sous lesquelles celles-ci se présentent?
- Quelles sont les caractéristiques des ménages qui en bénéficient et surtout quels facteurs les différencient de ceux qui n'en bénéficient pas?

Catégorie 2 : Mesure de l'impact de la solidarité sur l'accès aux services de santé

- Existe-t-il des malades issus de ménages démunis qui, malgré les problèmes d'accès, utilisent les services modernes formels et les services appropriés à leur besoin?
- Quel est l'effet spécifique de l'aide financière des proches (solidarité) à l'accès aux soins, compte tenu de la gravité ressentie et d'autres facteurs influençant l'utilisation des services?
- Quelles sont les relations entre l'épisode de soins et l'opinion des malades, après utilisation des services de santé?

Catégorie 3 Mise en évidence des facteurs à la base de la solidarité

- Dans quelle proportion, les malades ont-ils eu accès aux services de santé modernes et ont-ils bénéficié d'aide?
- Quels facteurs rendent-ils possible cette solidarité pour l'accès aux services modernes de santé et comment ceux-ci se structurent-ils pour rendre la solidarité effective?

Chaque groupe de questions a fait l'objet d'un article. Les réponses aux différentes questions sont présentées dans lesdits articles. Les réponses aux questions de la catégorie 1 composent l'article I , les réponses aux questions de la catégorie 2 , l'article II et enfin les réponses aux questions de la catégorie 3 composent l'article III.

ARTICLE 1

**Capital social et nouvelles formes de solidarité en Afrique subsaharienne:
Une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire)**

Auteurs : Aye Marcellin, Fournier Pierre, Champagne François, Rivard Michelle.

Résumé

Face aux maux de toutes sortes qui frappent les ménages africains démunis, deux logiques d'aide semblent se croiser. L'une, exogène, émane des gouvernements et des organismes de développement et l'autre endogène, émerge des populations locales elles-mêmes. Si la première forme de solidarité (l'aide internationale) semble très connue, grâce aux médias et autres publications officielles, la seconde forme (solidarité endogène) reste encore méconnue. Cette étude vise à déterminer l'ampleur de la solidarité endogène en milieu rural africain. À travers une enquête ménage (1013 ménages) dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire), les auteurs démontrent que la solidarité endogène (solidarité des populations locales entre elles) non seulement est présente, mais s'exprime sous plusieurs formes observables. L'étude révèle aussi que les chefs de ménage qui en bénéficient sont ceux qui s'impliquent dans les associations familiales et communautaires. Cette implication sociale rappelle, à certains égards, la notion de capital social, développée par plusieurs auteurs (Coleman, 1988; Putnam, 1993; 1995; Fukuyama, 1995; Bourdieu, 1980, 1986, 1992 1994), ces dernières années.

Mots clés : *solidarité, capital social, Côte d'Ivoire, aide, ménages.*

Problème et contexte de réalisation de la recherche

Problème

Face aux maux de toutes sortes qui frappent les ménages africains démunis, deux logiques d'aide semblent se croiser. L'une, exogène, émane des gouvernements et des organismes de développement et l'autre, endogène, émerge des populations locales elles-mêmes. Cette dernière se traduit par une forme d'entraide et de solidarité que s'accordent mutuellement les personnes, face aux problèmes et difficultés de la vie quotidienne. Si la première forme de solidarité (l'aide internationale) paraît très connue, grâce aux médias et aux publications officielles, la seconde forme de solidarité (solidarité endogène) reste encore dans l'ombre et très méconnue. C'est seulement ces dernières années que certains auteurs (Pilon et al., 1997; Latouche, 1998) commencent à la prendre comme objet d'études et de publications. Cet intérêt semble partiellement suscité par l'avènement de la rationalisation des dépenses publiques et conséquemment, du recul du concept d'état providence. En effet, en l'absence d'autres systèmes de protection sociale (publiques ou privés), la nécessité des systèmes de solidarité informels et d'entraides mutuelles s'impose comme un recours plus que jamais indispensable. En ces temps de crises économiques permanentes où les mesures d'ajustement structurel viennent remettre en cause, de manière définitive, les modes officiels de redistribution sociale existants, les familles africaines se voient dans l'obligation de développer de nouvelles formes de solidarité ou de renforcer celles qui existaient pour se soutenir dans les situations difficiles et essayer ainsi de maintenir l'équilibre et la cohésion

sociale (Marie,1997). Certaines formes de solidarités et d'entraides communautaires se sont profondément transformées pour répondre à des formes plus complexes souvent différentes des logiques traditionnelles connues. Dans une étude sur les « ménages et familles en Afrique », Marie (1997) met en évidence la concentration de plus en plus marquée de la solidarité sur la famille restreinte, « famille nucléaire ». Ces solidarités obéissant plus à une logique d'affinité (amis d'écoles, frères ou sœurs de paroisse) que de parenté ou d'alliance.

Dans cette étude, l'objectif principal tente de déterminer l'ampleur des nouvelles formes de solidarité locales dans les populations africaines actuelles. De manière spécifique, notre étude vise à :

- déterminer la proportion des ménages qui bénéficie de la solidarité locale endogène;
- mettre en évidence les différentes formes sous lesquelles celle-ci se présente;
- identifier les caractéristiques des ménages qui en bénéficient et plus particulièrement, les facteurs qui les différencient de ceux qui n'en bénéficient pas.

Contexte et population

Notre étude se déroule dans la commune rurale d'Agou en Côte d'Ivoire. Cette commune se compose de 5 villages nommés : Agou, Boudépé, Akoudzin, Andé et Diapé. Comme toute la région d'Azdopé, la commune d'Agou est peuplée quasi exclusivement d'Attiés.

Selon les études socio-anthropologiques (Paulme, 1966; Ferrari et al., 1970), la population Attié¹, comme les Baoulés et les Agnis seraient venus du Ghana actuel pour s'établir en Côte d'Ivoire. Ils appartiennent au grand groupe Akan et au sous-groupe Agni-ashanti. Contrairement aux Agnis et Baoulés qui gardent un système d'organisation politique très hiérarchisé avec l'existence, dans certains cas, de rois, les Attiés ont plutôt adopté une organisation politique très décentralisée où l'autorité du chef d'un village ne s'étend que sur son village et les campements fondés par ce village (Ferrari et al., 1970).

Cette organisation politique très simple contraste cependant avec une organisation sociale très complexe et très rigide, fondée sur l'élaboration précise de règles de la parenté et de systèmes de classes d'âge. En pays Attié, la famille constitue la base de l'organisation sociale. La grande famille comprend aussi bien les conjoints et leurs enfants que les grands-parents, les oncles, les cousins, les neveux. Il est habituel de trouver dans un même ménage le grand-père, le père et le fils avec chacun son foyer. Chaque foyer conserve son autonomie, sans pour autant perdre ses droits et devoirs sociaux au niveau de la solidarité et l'entraide.

1. *Agou : commune rurale du département d'Adzopé. Elle est située à 100 km d'Abidjan (Capitale économique), c'est le chef-lieu des Attiés du canton Tchoyasso. Tchoyasso veut dire : les gens de la région des palmiers.*

2. *Attié : groupe ethnique de la Côte d'Ivoire, qui peut s'écrire aussi Akyé. Les Attiés font partie du grand groupe Akan. Ils sont localisés dans la partie sud-est de la Côte d'Ivoire au nord-est de la ville d'Abidjan. Les principales villes Attiés sont Adzopé et Anyaman.*

C'est ainsi que nous pouvons avoir dans une même cour, le grand-père qui garde son autorité de chef de famille, bien qu'il soit à la charge de son fils ou de son petit-fils. Lorsqu'un enfant se marie, le mariage doit nécessairement se faire en présence des représentants de chacune des deux familles (paternelle et maternelle). Sur le plan de la filiation, la communauté Attié constitue un groupe intermédiaire entre les communautés patriarcales de l'ouest et les communautés matriarcales de l'est de la Côte d'Ivoire. Elle appartient à l'ensemble matriarcal, mais avec patrilocalité (Paulme, 1966). Un enfant qui naît est fortement attaché à sa famille maternelle, il héritera de son oncle maternel. Il réside chez son père qui assure son éducation. La filiation à son père déterminera sa classe d'âge et son statut social. Cependant, si le fils venait à mourir, les biens qu'il a acquis dans sa vie (or, argent, plantations) reviendront à la famille maternelle. C'est son neveu (le fils de sa sœur) qui hérite de ses biens. En pays Attié, particulièrement et en système matrilineaire en général, un fils n'hérite jamais de son père. L'essentiel des biens du défunt est attribué aux héritiers de la famille maternelle. Il faut toutefois reconnaître que l'organisation sociale des Attiés corrige ce déséquilibre. En effet, si l'individu est rattaché à sa famille maternelle par le lignage, il l'est aussi à la famille paternelle par sa résidence, son éducation, son alliance conjugale et sa classe d'âge. De son vivant, sa famille paternelle profitera de ses avoirs et de ses richesses. C'est seulement à sa mort que la famille maternelle pourra, à son tour, bénéficier de ses biens.

Comme plusieurs communautés africaines, la modernisation a entraîné de profonds bouleversements dans l'organisation sociale et politique Attiés. Au plan politique, le

chef du village ne représente pas la seule autorité à laquelle peut se référer la population, en cas de litige. Désormais, les autorités administratives comme le sous-préfet, le juge ou le chef de gendarmerie existent. L'adoption du code civil par l'Assemblée Nationale Ivoirienne (A.N.I.) a aussi provoqué de profonds bouleversements d'ordre social (Kaudjis-Offoumou, 1994). Le mariage étant désormais laissé au libre choix des personnes, nous assistons à de nombreux refus de mariage. Certaines femmes déjà mariées par la coutume exigent un mariage légal ou refusent la venue dans le foyer d'une co-épouse. Ces conflits entraînent, dans certains cas, le divorce avec une femme qui se retrouve démunie, après plusieurs années de travail avec son époux (Yapi; 1986). Avec le code civil, les enfants deviennent maintenant les seuls héritiers de leur père. Cela engendre des conflits avec les épouses du défunt mari ou sa famille, mais aussi avec les autorités traditionnelles qui voient, dans ces nouvelles lois, un mépris de leurs valeurs traditionnelles et conséquemment de leur identité (Dian Boni; 1970). La communauté Attié est maintenant devenue une société hétérogène, qui se caractérise par un enchevêtrement complexe dans lequel les multiples acteurs sociaux, collectifs ou individuels évoluent avec des valeurs culturelles et sociales très différentes.

Méthodologie et analyse

Méthodologie

Les données sont recueillies au moyen d'une enquête à passage unique auprès des ménages. Le devis de recherche est celui d'une étude de cas multiple avec un niveau d'analyse. Chaque village a été divisé en cinq zones. L'enquête se faisait en suivant les rangées de maison et en tirant au sort les maisons selon leur positionnement dans la rangée. Quand nous cumulions 200 ménages interrogés, nous arrêtons l'enquête dans le village. Le questionnaire avait été prétesté deux fois : premièrement, dans un quartier d'Abidjan et deuxièmement, dans un campement de la région d'étude. Le chef de ménage répondait aux questions au nom du ménage. L'enquête a porté sur les cinq villages formant la commune rurale d'Agou. Elle a duré environ deux semaines. Mille treize questionnaires (ménages) ont été complétés et validés.

Analyse des données

Des analyses descriptives sont ensuite effectuées pour déterminer les caractéristiques des ménages ainsi que des types de solidarité de la région. Dans une deuxième étape, les caractéristiques spécifiques des ménages qui bénéficient de la solidarité sont étudiées. Il s'agit, à ce moment, de mettre en évidence les facteurs distinctifs des ménages qui bénéficient de la solidarité de ceux qui n'en bénéficient pas. Cette deuxième étape s'appuie sur des analyses bivariées et des régressions logistiques. Lorsque deux variables indépendantes montrent une forte corrélation (supérieure à 0,65), la variable qui présente le plus de catégories est sélectionnée. Les analyses statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS 7,5 © (réf.).

Description des variables

Description des variables dépendantes

L'un des chapitres essentiels de notre questionnaire a porté sur l'aide que les chefs de ménage affirment recevoir de leurs parents, amis ou associations dans lesquelles ils s'impliquent. A partir des différentes réponses, trois variables ont été distinguées.: « *solidarité en général* », « *solidarité des associations* » et « *solidarité des proches* ».

- La variable « *solidarité en général* ».

Comme nous l'avons mentionné ci-haut, l'organisation politique très simple des Attiés contraste avec une organisation sociale très complexe et très rigide, fondée sur l'élaboration précise de règles de la parenté et de systèmes de classes d'âge. De cette organisation sociale découle un lien social fort (Durkheim, 1960) qui se traduit par des diverses formes de solidarité. Dans le cadre de notre travail, trois formes de solidarité ont été identifiées : la solidarité des associations, celle des parents et celle des amis. La variable « *solidarité en général* » constitue une variable qui distingue les chefs de ménage qui ont bénéficié au moins d'une des trois formes d'aide par rapport à ceux qui n'en ont pas bénéficié. Il faut préciser que certains chefs de ménage, même s'ils vivent dans le village, ne bénéficient d'aucune forme de solidarité. Il nous est alors apparu pertinent de distinguer les chefs de ménage qui bénéficient d'au moins une des trois formes de solidarité de ceux qui n'en bénéficient pas.

- La variable « *solidarité des associations* »

Nous entendons par « association », des regroupements formés par les villageois dans le but de réaliser un projet ou d'atteindre un but. Nous en observons plusieurs types dans les villages: les associations de producteurs telles que les coopératives agricoles, les associations de loisirs (chorales, associations de danse, associations de sport et d'animation du village) et enfin les associations traditionnelles (groupes d'âge, groupes de générations ou équipes de danses traditionnelles). Ces différentes associations favorisent aussi maintes formes de solidarité. La variable « *solidarité des associations* » est créée pour distinguer les chefs de ménage qui bénéficient de l'aide des associations de ceux qui n'en bénéficient pas.

- La variable « *solidarité des proches* »

La solidarité des proches recouvre la solidarité des parents et amis. L'entraide familiale constitue l'une des composantes essentielles du maintien de la cohésion des sociétés d'Afrique sub-saharienne (Adjamagbo, 1997). Comme le soutiennent nombre d'auteurs (Eloundou, 1992; Guillaume et Vimard, 1995), la solidarité peut prendre diverses formes dont : le soutien moral et financier lors des funérailles d'un parent, le transfert d'argent, de vivres, ou de crédits en cas de situations difficiles, le transfert de droits parentaux qui recouvrent l'accueil d'un migrant en ville, le placement d'un enfant chez des parents en ville et la prise en charge des enfants d'un citadin par un frère resté au village. Dans le cas précis de notre étude, lorsque nous parlons de « *solidarité des proches* », il s'agit de l'aide matérielle en argent, vivres ou médicaments qu'un chef de ménage reçoit de ses parents ou amis.

- Description des variables indépendantes

Les variables indépendantes sont constituées de l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, des déterminants d'implication et de perception du ménage et du chef de ménage.

Résultats

Résultats descriptifs

Caractéristiques sociodémographiques des ménages

La population de la commune rurale d'Agou est majoritairement ivoirienne. Les ménages qui sont, pour la plupart, des ménages d'agriculteurs comptent beaucoup d'adultes et d'enfants. Nous comptons en moyenne 4 enfants par ménage, et 6,5 personnes par ménage. Dans le tableau 1, nous présentons les principales caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Insérer le tableau 1

Caractéristiques socio-économiques des ménages

Comme toutes les autres régions du sud-est forestier, la commune rurale d'Agou est l'une des régions les plus prospères de la Côte d'Ivoire (Glewwe, 1988). Zone de production de café et de cacao, elle appartient aux régions qui ont bénéficié du boom économique ivoirien des années 70. Plus des quatre-cinquième des chefs de ménage interrogés, soit 82,7%, sont propriétaires de leur maison. Les maisons généralement de forme rectangulaire sont construites en matériaux résistants et de qualité (ciment, béton) avec des toitures en tôle (91,2%). Seulement 8,8 % des chefs de ménage interrogés utilisent encore les feuilles de raphia pour couvrir leurs maisons. La

majorité des chefs de ménage interrogés, soit 85,2 % affirment posséder au moins un champ. Les chefs de ménages qui n'ont pas de champ (14,8%) sont, pour la plupart, des fonctionnaires (instituteurs, infirmiers) ou des retraités qui vivent de leur pension. Des chefs de ménage, 25,9% possèdent un champ; 27%, deux champs; 15% trois champs et 17,3%, quatre champs et plus. Le système d'héritage qui permet à un chef de ménage d'acquérir les champs d'un parent défunt explique le nombre élevé de champs. Ce sont généralement des champs de manioc, de café et de cacao. Pour mesurer le niveau socio-économique du chef de ménage, nous nous sommes appuyés sur un certain nombre de signes extérieurs de richesse. En l'absence d'une mesure des flux monétaires, nous avons mesuré les traces matérielles durables de leur existence. Plusieurs études ont déjà recouru à cette méthode (Raynaud, 1986; Wyss, 1994; Diakité, 1998). Compte tenu des réalités du contexte, certains biens sont perçus comme des biens collectifs. Il en est ainsi des champs qui sont souvent des biens hérités ou de la maison à caractère familial. Comme nous l'avons souligné plus haut, nous pouvons rencontrer, sous un même toit : le grand-père, le père et le fils, chacun avec sa femme et ses enfants. Nous constatons alors qu'il existe un niveau socio-économique collectif du ménage, différent de celui du chef de ménage. En ce qui concerne le niveau socio-économique collectif du ménage, nous nous sommes référés à certaines traces matérielles telles que la toiture de la maison et les matériaux de construction de la maison. Trois grandes catégories de ménage ont été distinguées: (1) les ménages pauvres (maison en terre + toiture en raphia), (2) les ménages de niveau moyen (maison en terre + toiture en tôle), (3) les ménages riches

(maison en béton + toiture en tôle). Pour mesurer le niveau socio-économique du chef de ménage, nous avons plutôt considéré la possession de radio, réfrigérateur ou téléviseur qui représentent dans la culture de la région, des moyens d'afficher une certaine aisance économique. Trois grandes catégories de chefs de ménage ont été distinguées: (1) les chefs de ménage pauvres (chef de ménage sans radio), (2) les chefs de ménage moyens (chef de ménage avec radio), (3) les chefs de ménage riches (chef de ménages avec radio + réfrigérateur ou téléviseur).

Implication sociale des chefs de ménage

La population de la région étudiée se caractérise par un réseau social très dense. Sur les 1013 chefs de ménage interrogés, seulement 75 (7,4%) affirment n'appartenir à aucune forme d'association. Des chefs de ménage, 92,6% adhèrent au moins à une association. L'appartenance simultanée à deux ou trois types d'associations différents se rencontre fréquemment.

Insérer le tableau 2

Perception de la solidarité par les chefs de ménage

Des chefs de ménage interviewés, 70,4% affirment que la solidarité est présente dans leur village. Les situations où la solidarité semble le plus se manifester demeurent : le décès (58,8%), la maladie (11,6%), les travaux champêtres (11,5%).

Description des différentes formes de solidarité

Sur les 1013 chefs de ménage interrogés, 74,1% avouent bénéficier d'au moins une forme d'aide. Il existe plusieurs types d'aide: les aides uniques (aide d'associations ou de parents ou d'amis uniquement) et les aides composées. Parmi les aides composées, nous retrouvons les aides doubles (aide de parents et amis ou aide de parents et associations) et les aides triples (aide de parents, amis et associations). Deux cent soixante-neuf (269) chefs de ménage interrogés, soit 25,9% déclarent ne bénéficier d'aucune forme d'aide. La répartition des différents types d'aide est présentée au tableau 3. Selon les sujets interrogés, 80% des aidants (amis et parents) demeurent à Abidjan, capitale économique située à 100 km de la région d'étude.

Insérer le tableau 3

Caractéristiques des chefs de ménage bénéficiant de la « solidarité en général »

Toutes les variables indépendantes définissant les caractéristiques des chefs de ménage ont été croisées avec la variable dépendante solidarité générale. Les variables indépendantes qui présentent une relation brute significative (P-value inférieure ou égale à 0,05) sont montrées dans le tableau (4).

Insérer le tableau 4

Nos variables dépendantes étant des variables nominales, après l'analyse bivariée, nous avons effectué une régression logistique afin d'établir le niveau d'association. Le tableau (5) affiche les résultats de la régression logistique. Les facteurs qui prédisent le mieux la capacité à bénéficier de la « solidarité en général » s'établissent ainsi : (i) l'existence d'une association d'aide dans la famille du chef de ménage et (ii) le statut matrimonial. Les chefs de ménage ayant une association d'aide dans leur famille montrent 5,55 fois plus de chances d'obtenir de l'aide en général que ceux qui n'en ont pas. En ce qui regarde le statut matrimonial, nous constatons que les chefs de ménage polygames présentent 3,51 fois plus de chances d'avoir de l'aide que les chefs de ménage veufs ou veuves. Le niveau socio-économique du chef, le type de champs possédés par le ménage, l'âge du chef ainsi que le type de village habité constituent tous des facteurs influençant fortement la capacité de bénéficier d'au moins une forme de solidarité.

Insérer le tableau (5)

Après la « solidarité en général », nous nous sommes intéressés à la solidarité des associations.

Caractéristiques des chefs de ménages bénéficiant de la « solidarité des associations »

Comme pour la solidarité en général, toutes les variables indépendantes définissant les caractéristiques des chefs de ménage ont été croisées avec la variable dépendante « solidarité des associations ». Le tableau (4) nous montre les résultats des analyses.

Quant au tableau (6), il présente les résultats de la régression logistique effectuée entre la variable dépendante « *solidarité des associations* » et les variables indépendantes. Il reste à préciser que la variable « *étendue de l'implication sociale* » n'a pas été incluse dans la régression, car aucun chef de ménage non impliqué dans une association n'a bénéficié d'aide des associations (cf. tableau 4). L'implication sociale apparaît alors comme une condition nécessaire pour bénéficier de l'aide des associations. En dehors de l'implication sociale, le facteur le plus déterminant de la « *solidarité des associations* » semble la non existence d'une association d'aide dans la famille (Ratio de Côte = 3,68). En effet, un chef de ménage avec une famille où il n'y a pas une association d'aide présente 3,68 fois plus de chances d'obtenir l'aide des associations que celui chez qui une association d'aide existe. D'autres facteurs comme l'âge, le niveau socio-économique du ménage, le statut d'occupation de la maison, le sexe du chef de ménage et le type de village habité influencent la capacité à bénéficier de la solidarité des associations.

Insérer le tableau 6

Après la solidarité en général et la solidarité des associations, la solidarité des proches a retenu notre attention.

Caractéristiques des chefs de ménages bénéficiant de la solidarité des proches

Comme pour la solidarité en général et la solidarité des associations, toutes les variables indépendantes définissant les caractéristiques des chefs de ménage ont été croisées avec la variable dépendante « *solidarité des proches* ». Les variables

indépendantes montrant une relation brute significative avec la variable dépendante (solidarité des proches) sont montrées dans le tableau (4).

Une régression logistique a été effectuée par la suite pour apprécier les niveaux d'association.

Le tableau (7) indique les résultats de la régression logistique faite entre la variable dépendante « solidarité des proches » et les variables indépendantes retenues. Parmi les facteurs les plus associés, nous relevons l'étendue de l'implication sociale et l'âge du chef de ménage. Les chefs de ménage non impliqués dans les associations ont 5,14 fois de chances d'avoir l'aide des proches que ceux qui sont impliqués dans plus de trois associations. Au niveau de l'âge, nous remarquons que les chefs de ménage âgés de 60 ans et plus, ont 2,32 fois plus de chances de bénéficier de l'aide des proches que les chefs de ménage plus jeunes, les moins de 40 ans. L'origine des chefs de ménage, le type de village habité et l'existence d'une association d'aide dans la famille se révèlent aussi des facteurs significativement associés.

Insérer le tableau 7

Discussion

Facteurs associés à la « solidarité en général »

Les résultats de notre étude tendent à confirmer que la solidarité constitue une pratique sociale fortement répandue dans notre région d'étude. Ces résultats correspondent à ceux rapportés dans la littérature provenant d'enquêtes similaires (Adjamagbo, 1997; Delcroix et Guillaume, 1997). Notre étude fournit cependant une information supplémentaire. Elle indique, non plus qualitativement mais quantitativement, la proportion de personnes en milieu rural qui avouent bénéficier de la solidarité. Sur les 1013 chefs de ménages interrogés, 751 soit 74,1% déclarent bénéficier de la solidarité de parents, d'amis ou d'associations. Certaines formes de solidarité comme la solidarité des associations ou celle des amis ont été longtemps considérées comme des formes nouvelles spécifiques au milieu urbain. Certains auteurs (O'deye, 1985) mentionnent que ces nouvelles formes de solidarité sont initiées par leurs membres pour rompre avec les formes rurales jugées trop contraignantes. Contrairement à ces conclusions, notre étude montre que les nouvelles formes (solidarité d'associations, solidarité d'amis) se retrouvent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Toutefois, parmi les solidarités rencontrées en milieu rural, la solidarité des parents reste la plus répandue. Un autre point important à relever : parmi l'ensemble de personnes bénéficiant de l'aide des parents, plus des trois-quarts indiquent que le parent aidant réside en milieu urbain, plus précisément à Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Cette localisation des aidants en milieu urbain a déjà été observée dans plusieurs études

(Eloundou;1992; Mahieu, 1989). Elle renforce l'idée que ces logiques de solidarité et d'entraide doivent être considérées comme des transferts de ressources découlant d'un système de droits et d'obligations. Ce système de droits et d'obligations intergénérationnel se passe entre ruraux et urbains, jeunes et vieux, parents et enfants (Mahieu, 1997). La localisation des aidants dans la grande ville d'Abidjan confirme aussi que, malgré la dispersion de la famille due à la contrainte résidentielle, les échanges d'entraide et de solidarité se maintiennent. Des auteurs comme Ela (1994), Adjabgamo (1997) l'avaient déjà souligné.

Facteurs sociodémographiques

Seuls l'âge et le statut matrimonial ont une relation brute significative avec la solidarité (voir tableau 6). Plus l'âge du chef de ménage augmente, plus il bénéficie de la solidarité. De 70% de chefs de ménage âgés de moins de 40 ans, nous arrivons à 79 % pour ceux de 60 ans et plus, en passant par 71,2 % pour les chefs de ménage de 40 à 59 ans ($P = 0,020$). Ce résultat certifie l'étude de Mahieu (1997). Cet auteur signalait la grande propension des travailleurs salariés de la ville à aider les parents âgés du village. Selon lui, cette tendance était liée aux systèmes de droits et obligations qui obligent les jeunes travailleurs des villes à aider les vieux restés au village.

Cette propension à aider les personnes âgées peut aussi s'expliquer par la stratégie d'investissement des paysans dans la formation de leurs enfants rapportée par les études de Marie (1997) et Adjabgamo (1997). Pour ces auteurs, en l'absence de droits de propriété et de système de protection sociale, les paysans investissent dans

la formation de « Grands Types¹» qui, lorsqu'ils deviennent des cadres à la ville, les aident à vivre au moment de leur retraite², lorsqu'ils n'ont plus la force physique pour exécuter des travaux champêtres.

Comme l'âge, l'aide par rapport au statut matrimonial suit un gradient qui part de 54,% chez les veuves, s'élève à 81,3 % chez les polygames en passant par 69,3% chez les monogames légaux, 74,9% chez les monogames traditionnels et 79,5 % chez les célibataires ($P < 0,001$). Plusieurs raisons expliquent cette absence d'aide auprès des veufs ou des veuves. Il y a tout d'abord, le contexte social. Comme le souligne Dian Boni (1970), l'avènement du code civil en Côte d'Ivoire a entraîné beaucoup de bouleversements en région Attié. En effet, lorsque le mariage est légal, ce sont les enfants du défunt (enfants du mariage ou hors du mariage) qui bénéficient de l'héritage de leur père. Si au contraire le mariage est de type plus traditionnel et que l'héritage se transmet selon le rituel traditionnel, c'est le neveu (fils de la sœur du défunt) qui devient l'héritier. Dans les deux cas, l'épouse ou les épouses du défunt sont lésées. Elles n'ont plus accès ni au biens, ni aux ressources qu'elles ont produits avec leur époux (Danziguer, 1994).

1. « Grands types » : nom donné aux hauts cadres de l'administration publique ou privée dans les pays d'Afrique francophone.

2. En Côte d'Ivoire les paysans âgés ayant atteint l'âge de la retraite ne bénéficient d'aucune forme de pension de vieillesse ni de prise en charge. Seuls les fonctionnaires et agents de l'État bénéficient d'une retraite avec des acquis sociaux.

Facteurs socio-économiques.

Quant aux caractéristiques socio-économiques, nous avons identifié deux types de facteurs : ceux de production de la richesse et ceux d'expression de la richesse. L'étude se déroulant dans une région agricole, la possession de champs a été retenue comme le facteur de production de la richesse par excellence. Les chefs de ménage qui ne possèdent pas de champ reçoivent moins d'aide (64,7%) que ceux qui en ont (75,8%) ($P = 0,004$). Lorsque nous analysons le type de champs possédés, la propension à avoir de l'aide suit un gradient qui va de ceux qui n'ont pas de champ (64%) à ceux qui ont des champs diversifiés (80,7%) en passant par ceux qui ont des champs de café/cacao (77,6%) et ceux qui possèdent seulement des champs de manioc (71%) ($P < 0,001$). Posséder un champ procure l'occasion de devenir membre de groupements à vocation coopérative (G.V.C.) ou autres associations de producteurs. Cette situation représente alors tout un avantage. Les chefs de ménage ayant des champs divers ont plus de possibilité d'appartenir à plusieurs types d'associations, multipliant d'autant leurs chances de bénéficier de plus d'aide.

Les facteurs d'expression de la richesse expriment, quant à eux, le niveau socio-économique. D'après les résultats de l'analyse, de 68,6% pour les chefs de ménage pauvres, nous passons à 79,4% pour les chefs de ménage de niveau moyen et à 79,1% pour ceux qui sont riches. À partir de ces résultats, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : l'aide au ménage est très faible lorsque le chef de ménage est pauvre; elle augmente lorsque le chef de ménage a un niveau économique moyen et commence à baisser lorsque ce dernier est riche. Le statut socio-économique contribue, mais ne

semble pas constituer le facteur déterminant pour bénéficier de la solidarité en général. Ainsi, contrairement aux principes de la théorie de justice sociale (Rawls;1970) appliquée dans la plupart des pays développés, en milieu rural africain, la solidarité ne correspond pas à un droit qui découle du niveau socio-économique de l'individu. Elle correspond plutôt à un droit qui s'acquiert par connaissances et reconnaissances sociales, par implications dans les activités sociales de la communauté ou de la famille et par l'établissement de liens sociaux forts.

Facteurs sociaux : l'implication sociale ou communautaire

Nous appelons « implication sociale ou communautaire » l'implication du chef de ménage dans une association traditionnelle une coopérative ou union de producteurs ou encore une équilibre de loisirs. Les résultats de l'analyse montrent que les chefs de ménage qui s'impliquent socialement bénéficient plus de la solidarité (75,7%) que ceux qui ne s'impliquent pas socialement (54,7%) ($P < 0,001$). Lorsque nous étudions le niveau d'association, nous nous rendons compte qu'il existe un gradient entre l'implication sociale et la solidarité. Plus le niveau de l'implication sociale monte, plus le niveau d'aide reçue s'élève aussi pour obtenir : 1 implication, 69,4% d'aide pour 2 implications; 79,9% pour 3 implications, 81,2% ($P < 0,001$).

Si nous nous basons sur les travaux de Putnam (1993), nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle l'implication sociale ou communautaire (le fait d'appartenir à des associations) contribue à la constitution d'une forme de capital social qui favorise l'obtention d'aide.

Tout comme l'implication sociale au niveau communautaire, l'existence d'une association d'aide dans la famille du chef de ménage contribue à développer un capital social familial qui permet de bénéficier de l'aide des parents. D'après nos résultats, les chefs de ménage qui affirment avoir une association dans leur famille bénéficient plus d'aide (93,3%) que ceux qui n'ont pas d'association d'aide dans leur famille (71,6%) ($P = 0,001$).

Facteurs de prédiction de la « solidarité en général »

Parmi tous les facteurs de prédiction de la solidarité en général l'existence d'association d'aide dans la famille du chef de ménage représente le facteur prédictif le plus déterminant (Odds Ratio = 5,55; Intervalle de Confiance = 2,57 – 11,33). Un chef de ménage issu d'une famille où une association d'aide existe montre 5,55 fois plus de chances d'avoir de l'aide que celui dont la famille ne bénéficie pas cette structure. Il faut mentionner que l'existence d'une association d'aide dans la famille institue un système de valeurs partagées entre les membres de la famille.

Partager les mêmes valeurs et suivre les mêmes règles donne naissance à une confiance favorise l'entraide et permet à la solidarité de s'exprimer. A part l'existence de l'association familiale, l'implication sociale au niveau du village reste un autre facteur déterminant de la capacité à bénéficier de solidarité, tout comme le fait d'avoir un niveau économique moyen, de posséder des champs diversifiés et d'être un chef de ménage âgé.

Facteurs liés à la « solidarité des associations »

Avec la modernisation, de nouvelles formes de solidarité ont vu le jour dans les villages africains, jusque-là dominés par la solidarité de parenté. Nous observons désormais les solidarités d'associations de producteurs et de loisirs. Dans les villages, les paysans qui bénéficient de ces nouvelles formes de solidarité présente les caractéristiques suivantes :

Facteurs sociodémographiques.

L'aide des associations bénéficie plus aux chefs de ménage issus de villages urbanisés (21,6 %) qu'à ceux des villages traditionnels (14,9 %), avec

$P = 0,006$. Ces résultats vont dans le même sens que les études de Balandier (1985) et d'O'deye (1985) qui ont analysé les solidarités d'associations en milieu urbain.

Nous remarquons que plus une entité villageoise se modernise, plus ses habitants s'organisent comme des citoyens. Ce constat nous ramène aussi à la théorie de Durkheim (1960) qui affirme que deux types de solidarité existent à savoir : la solidarité mécanique et la solidarité organique. La solidarité mécanique se manifeste dans les sociétés traditionnelles; son principe de fonctionnement se fonde sur la ressemblance, la similitude, l'identité (mêmes parents, mêmes familles, même clan). La solidarité organique, quant à elle opère dans les sociétés modernes; son principe de fonctionnement se base sur la conscience de l'individu en tant que partie prenante au bon fonctionnement du tout. Les individus, dans cette situation se montrent solidaires entre eux parce que la solidarité devient essentielle à leur vie en société. Lorsqu'une société traditionnelle, accomplit sa transition vers la société

moderne, la solidarité des parents cède la place à la solidarité des associations, plus adaptée à la vie citadine. Au niveau du sexe, nous observons que les hommes chefs de ménage bénéficient plus de l'aide des associations (20,2 %) que les femmes chefs de ménage (11,6 %) $P = 0,001$. Plusieurs facteurs expliquent ce non accès des femmes à l'aide. Le système socioculturel entre autres élimine la femme des activités d'implication associative et la prive ainsi des aides associatives. Plusieurs auteurs ont souligné cette particularité. Dans son étude chez les Kabyles d'Algérie, Bourdieu (1986) a montré comment, dans l'organisation sociale kabyle, tout ce qui touche à la femme évoque l'intérieur alors que ce qui touche à l'homme évoque l'extérieur. Le mode de socialisation qui en découle montre que la femme est éduquée pour rester à la maison alors que l'homme doit s'appliquer à développer ses relations sociales à l'extérieur du foyer. Le non accès des femmes aux aides des associations s'explique nécessairement par les handicaps socioculturels qui les empêchent d'adhérer aux associations et de s'y impliquer afin de bénéficier des réseaux d'aide.

Quant à l'âge, les chefs de ménage les moins âgés (moins de 40 ans) bénéficient plus d'aide des associations (22,1 %), ils sont d'abord suivis des moyennement âgés (20,00 %) et enfin des plus âgés (11,3 %) ($P = 0,001$). Plusieurs études (Sissoko, 1994; Dian Boni, 1970) ont noté que les chefs de ménage jeunes pour la plupart instruits, se sentent plus à l'aise dans les associations que les vieux. La réticence des vieux expliquerait alors leur incapacité de bénéficier de l'aide des associations. L'origine du chef de ménage influence aussi l'aide des associations. Les chefs de ménage non autochtones reçoivent plus d'aide (27,9 %) que les autochtones (16,6 %)

($P = 0,008$). Comme le rapporte Adjamagbo (1997), les chefs de ménages non autochtones, souvent originaires des pays limitrophes de la Côte d'Ivoire, sans famille de soutien, se voient dans l'obligation de s'impliquer davantage pour recevoir un support social. Les autochtones ayant déjà leur réseau familial, ils ne jugent pas nécessaire de s'impliquer dans des associations de soutien.

Facteurs socio-économiques : l'influence de la pauvreté

Les ménages pauvres bénéficient de l'aide des associations (29,2 %) suivis des ménages de niveau moyen (18,1 %) et des ménages riches (14,5 %) ($P = 0,004$). La prédominance des ménages pauvres se justifie par le principe de solidarité caractéristique de toute association sociale. Raynaut (1990), dans son étude sur les Haoussa au Niger, insistait sur le rôle des associations de ressortissants dans l'aide aux migrants qui arrivaient dans les villes.

Facteurs sociaux : l'implication sociale ou communautaire

L'implication sociale se révèle le facteur le plus associé à l'aide des associations. L'implication s'exerce dans deux champs d'action : dans les associations villageoises, et dans les associations d'aide familiale. Pour l'implication dans les associations villageoises, aucune personne non impliquée ne reçoit d'aide de celles-ci. Ce résultat paraît important car il montre que quel soit le niveau socio-économique et les caractéristiques sociodémographiques du chef de ménage, le facteur essentiel qui détermine l'aide des associations demeure l'implication sociale. Pour paraphraser Mauss (1966), nous sommes tentés d'ajouter que, dans notre région d'étude, pour avoir le bien, il faut faire le lien.

Facteurs de prédiction de la « solidarité des associations ».

D'après nos résultats, deux groupes de facteurs se distinguent: ceux qui influencent positivement et ceux qui influencent négativement l'aide des associations.

- *Facteurs de prédiction positifs*

Le fait d'être un chef de ménage de sexe masculin ressort comme le facteur le plus associé positivement à l'aide des associations. Un chef de ménage de sexe masculin a 1,93 fois plus de chance de bénéficier de la solidarité des associations qu'un chef de ménage féminin. Après le sexe, le type de village habité semble le second facteur prédictif. Les chefs de ménage qui habitent des villages modernes ont 1,78 fois plus de chance de recevoir l'aide des associations que ceux qui habitent des villages traditionnels. Enfin, le statut d'occupation de la maison se montre aussi comme le facteur prédictif positif. Le chef de ménage qui est propriétaire de sa maison a 1,73 fois plus de chance de profiter de l'aide des associations qu'un chef de ménage non propriétaire.

- *Facteurs de prédiction négatifs*

Ils représentent les facteurs dont la liaison tend à diminuer la chance pour le chef de ménage d'avoir l'aide des associations. Nous avons, en premier lieu, l'implication sociale. La variable « implication sociale » n'a pas été intégrée dans la régression dans la mesure où aucun des chefs de ménage non impliqués n'a bénéficié de l'aide des associations. Mise à part l'implication sociale, les facteurs qui diminuent les chances de recevoir de l'aide des associations sont : l'existence d'une association d'aide dans la famille (3,68 fois moins de chances); le fait d'être un chef de ménage

âgé de 60 ans et plus (2,25 fois moins de chances qu'un jeune chef de ménage de moins de 40 ans et 1,91 fois moins de chance qu'un chef de ménage de (40 à 60 ans) et enfin le fait d'être un chef de ménage riche (2,08 fois moins de chances qu'un chef de ménage pauvre).

Facteurs associés à la « solidarité des proches »

Facteurs sociodémographiques

D'après le tableau 3, la solidarité des proches paraît plus fréquente que la « solidarité des associations ». Cette prévalence élevée de la solidarité des proches (solidarité de la parenté) a déjà été relevée dans plusieurs études (Segalen, 1981; Raynaut, 1990; Ela, 1994; Adjamagbo, 1997). Elle s'explique par le fait qu'en Afrique, la solidarité est avant tout une question de famille, de parenté. Elle est le produit des habitus culturels, qui procèdent de l'intériorisation d'une éthique de la solidarité communautaire érigée en principe sacré (Marie, 1997). Les bénéficiaires de la solidarité des proches sont : les chefs de ménage habitant les villages traditionnels, les chefs de ménage de sexe féminin, âgés de plus de 60 ans et plus et les chefs de ménage polygames. Le fait que la solidarité des proches (solidarité de la parenté) bénéficie aux chefs de ménage des villages traditionnels confirme l'analyse du lien social fait par Durkheim (1960). L'avantage du sexe féminin s'explique par le fait qu'en milieu rural africain, une femme chef de ménage est la plupart du temps veuve, divorcée ou séparée de son époux avec à sa charge ses enfants et ceux de ses frères (Adjamabgo, 1997). Étant donné la non existence de système de sécurité sociale, ces femmes n'ont rien d'autres que l'aide des proches pour faire face aux

problèmes de la vie. Tout comme les chefs de ménage de sexe féminin, les chefs de ménage âgés (60 ans et plus) sont aussi à la charge de leurs proches. Dans plusieurs contextes sociaux africains, le manque de structures officielles de soutien social motive le développement de la solidarité des proches comme stratégies de redistribution des richesses et de partage des charges des familles (Lesthaeghe, 1989; Mahieu, 1989; Eloundou, 1992; Marie, 1995).

Facteurs socio-économiques

Les chefs de ménage qui possèdent des champs de manioc sont ceux qui bénéficient le plus de l'aide des proches ($P < 0,001$). La culture du manioc étant l'activité exclusive des femmes (Yapi, 1986), on peut penser que l'aide des proches aux producteurs de manioc traduit dans les faits, l'aide dont bénéficient les femmes.

Facteurs sociaux : implication sociale

Les chefs de ménage qui ne sont pas membres des associations villageoises sont ceux qui sont le plus aidés par leurs proches ($P < 0,001$). Le fait de s'impliquer dans les associations décharge les parents d'une partie du support social. Plus le chef de ménage s'implique, plus il devient autonome vis à vis de ses proches. L'implication sociale contribue donc à la constitution d'une forme de capital social collectif qui permet au chef de ménage d'avoir accès aux aides. Selon Putnam (1993), lorsqu'un groupe d'individus développe du capital social en commun, ils disposent d'une capacité plus élevée de trouver des solutions à leurs problèmes collectifs par la solidarité et l'entraide.

Les chefs de ménage qui s'impliquent dans les associations, développent donc des formes de solidarité et d'entraide différentes de celles de leurs proches.

Facteurs de prédiction de la « *solidarité des proches* »

Comme pour la solidarité des associations, pour la solidarité des proches, nous observons deux types de facteurs de prédiction : les positifs et les négatifs.

- *Les facteurs de prédiction positifs*

L'âge est le facteur qui influence le plus l'aide des proches, surtout l'âge avancé, soit plus de 60 ans. Les chefs de ménage de cette tranche d'âge présentent 2,13 fois plus de chances d'obtenir l'aide des proches que des chefs de ménage plus jeunes dont l'âge se situe entre 20 et 40 ans. Après l'âge, la possession de champ de manioc arrive comme second facteur de prédiction positif. En effet, le chef de ménage propriétaire de champs de manioc a 1,67 fois plus de chance de recevoir l'aide des proches que celui qui n'a pas de champ.

- *Facteurs de prédiction négatifs*

Le type de village, le statut d'occupation de la maison et le sexe du chef de ménage se classent dans les facteurs de prédiction négatifs. En effet, lorsque le chef de ménage habite *un village moderne*, il a 1,83 fois moins de chance d'avoir l'aide des proches que celui qui habite un village traditionnel. Le fait d'être propriétaire de sa maison paraît aussi un facteur de prédiction négatif. Le chef de ménage *propriétaire de sa maison* a 1,67 fois moins de chance de bénéficier de l'aide des proches que celui qui est non propriétaire. Au niveau du sexe, les chefs de ménage de *sexe*

masculin ont 1,69 fois moins de chance de bénéficier de l'aide des proches que ceux de *sexe féminin*.

Comme le montre le tableau 8, certaines caractéristiques des ménages et des chefs de ménage qui bénéficient de la « *solidarité en général* » diffèrent sur certains plans et semblent même opposés à celles de ceux qui bénéficient de la « *solidarité des associations* » et de la « *solidarité des proches* ».

Insérer le tableau 8

Conclusion

La commune rurale d'Agou, région de notre étude, a bénéficié du boom économique des années 70, surtout grâce à la production de café et de cacao (le miracle ivoirien). Même si la solidarité des proches reste la forme dominante, s'ajoute désormais la solidarité des associations. Cette solidarité est reliée en partie au nombre élevé de travailleurs agricoles qui, pour s'assurer d'un filet de sécurité pour réussir à contrer les moments difficiles de l'existence, s'impliquent dans les associations (Raynaud, 1990; Banque Mondiale, 1996). Alors que certaines études opposent la solidarité des proches à celles des associations (O'deye, 1985), la notre nous incite plutôt à penser que ces deux formes d'aide se complètent plus qu'elles s'opposent. La solidarité endogène (émergeant entre les populations locales elles-mêmes) paraît très répandue dans notre région d'étude. Elle bénéficie apparemment aux chefs de ménage qui s'impliquent dans les associations familiales et communautaires. Contrairement au modèle de solidarité des systèmes occidentaux de sécurité sociale, il semble que la solidarité locale entre les populations ne puisse être reliée au niveau socio-économique mais découle plutôt du niveau d'implication sociale.

Selon Collier et Gunning (1999), le sous-développement de l'Afrique est en partie associé au déficit de capital social. Ce déficit empêche la réduction de l'incertitude et suscite la méfiance des investisseurs étrangers face aux économies africaines.

D'après nos conclusions, cette affirmation devrait être quelque peu nuancée. En effet, s'il existe très peu de capital social entre la population locale, les investisseurs

d'une part et les institutions publiques des États africains d'autre part, cela ne signifie absolument pas que, localement, les populations entre elles ne développent pas des formes de capital social.

En effet, comment pourrions-nous expliquer le succès des systèmes de tontines, des associations d'entraide de quartiers et des associations informelles de paysans sans l'existence d'un facteur qui favorise la confiance et l'implication? Comme le montre notre étude, des formes nouvelles de capital social existent. Ce capital social se situe au niveau local et constitue la base des logiques de solidarité et d'entraide entre les populations des villages et des villes africaines.

A cause de sa nature exploratoire et de ses limites méthodologiques, notre étude ne permet pas de tirer des conclusions formelles quant à l'existence du capital social et de la solidarité endogène en Afrique. Toutefois, elle ouvre des perspectives quant à la recherche pour la compréhension des stratégies sociales et des mécanismes d'entraides mutuelles et de solidarité des populations africaines. Cette compréhension pourrait fournir un apport non négligeable dans la mise en place de politiques de développement plus adaptées aux réalités africaines. Au moment où tout le monde s'accorde à dire que le développement économique dans les pays pauvres et particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne doit prendre appui sur les valeurs et réalités locales, l'intérêt pour les stratégies sociales et les formes dites « traditionnelles » ou « informelles » de solidarité, véritables moteurs de l'équilibre et de la cohésion sociale dans certains pays africains nous apparaît fort pertinent.

Références bibliographiques

ADJAMABGO A. (1997). « *Les solidarités familiales dans les sociétés d'économie de plantation : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire* », dans : Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 15).

BALANDIER G. (1985). *Sociologie des Brazzavilles noires*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 306p.

BOURDIEU, P., WACQUANT L.J.D.(1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive* . Paris, Éditions du Seuil.

COLLIER et WILLEM GUNNING (1999). « Explaining African Economic Performance » *Journal of Economic literature*, vol. XXXVII.

DANZIGEUR R. (1994). « The social impact of HIV/AIDS in developing countries », *Social Science and Medecine*, vol. 39, No 7, p. 905-917.

DELCROIX S., GUILLAUME A.(1997). « *Le devenir de famille affectées par le sida : une étude de cas en Côte d'Ivoire* », dans : Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 17).

DIAN BONI (1970). Le pays Akyé : étude de l'économie agricole; dans *Annales de l'Université d'Abidjan*. Série G, tome 2.

DURKHEIM E.(1960). *De la division du travail social*. Paris: Presses Universitaires de France, 7ème édition, p.199.

ELA J.M. (1994). *Restituer l'Histoire aux sociétés africaines: promouvoir les sciences sociales en Afrique*. Édition L'harmattan, 5-7, rue de l'école -Polytechnique 75005 Paris.

ELOUNDOU-ENYEGUE P. (1992). La solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun? Paris, CEPED, 40 p.(les dossiers du CEPED, No 22).

FERRARI A., THORET J. C. (1970). *Attiekwa : un village de Côte d'Ivoire*. Université d'Abidjan; Institut d'Ethnologie.

FUKUYAMA F. (1995). *La confiance et la puissance: vertus sociales et prospérités économiques*. Traduit de l'anglais (États-Unis) par P.E. Dauzat. Paris, Éditions Plons.

GELINAS J.B. (1994). *Et si le Tiers-monde s'autofinçait: de l'endettement à l'épargne*. Édition Écosociété. Montréal.

GIBBAL J.M. (1974). *Citadins et villageois dans la ville africaine*. L'exemple d'Abidjan. Paris, PUG, Maspéro, 398p. (coll. « Bibliothèque d'anthropologie »).

GUILLAUME A., VIMARD P. (1995). La circulation et l'activité des enfants à Sassandra, Abidjan. ORSTOM, 12p. (Communication au « croissance démographique développement agricole et environnement à Sassandra », Sassandra, Côte d'Ivoire, 14-16 juin.

GLEWWE P. (1988). La répartition des niveaux de vie en Côte d'Ivoire en 1985. LSMS; document de travail No 29. Banque mondiale.

KAUDJHIS-OFFOUMOU F. (1994). *Mariage en Côte d'Ivoire : de la polygamie à la monogamie; suivi de réflexions sur l'excision*. Kof. Édition, Abidjan.

LATOUCHE S. (1998). *L'autre Afrique : entre don et marché*, Édition Albin Michel

LESTHAEGHE RON (1989). « Social organisation, economic crises, and the future of fertility control in Africa », in : Lesthaeghe Ron (éd.), *Reproduction and social organisation in sub-saharan Africa*, p. 475-505. Berkeley, University of California press, 556p.

MAHIEU, F.R. (1989) Transferts et communautés africaines; *statéco*, No 58-59, juin-sept. P. 107-136.

MAHIEU, F.R. (1997) « Face à la pauvreté : stratégies universelles et recompositions africaines », dans « Ménages et Familles en Afrique »; *les études du CEPED No 15*. Chapitre 16, p. 327-344.

MARIE A. (1997). « *Les structures familiales à l'épreuve de l'individuation citadine* », dans Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 14).

MARIE A. (1995). « Y a pas l'argent : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise », *Revue Tiers-Mondes*, tome XXXVI, No 142, P. 303-324.

MAUSS M. (1985). « *Essai sur le don, formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques* », dans *Sociologie et Anthropologie*. Paris; Presses Universitaires de France, P. 482

SAUERBORN R., NOUTGARA A., HIEN M., DIESFELD H.J. (1996). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso; *Soc.Sc.Med.*, 43 (3):281-290.

SEGALEN M. (1981). *Sociologie de la famille*. Paris, Édition Armand Colin, 283

SISSOKO, A. (1994). Modèle d'organisation et de fonctionnement de GVC adapté à l'environnement socio-économique dans la zone de forêt en Côte d'Ivoire. Notes et travaux, No 3. Gidis-CI. Abidjan, Centre ORSTOM de Petit Bassam.

RAYNAUT C. (1990). *Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples Haoussa au Niger*; dans « *Sociétés, développement et santé*; Universités francophones », UREF, Paris: Ellipse/AUPELF: 136-151.

O'DEYE M. (1985). *Les associations en villes africaines*. Dakar-Brazzaville. Paris, Édition l'Harmattan, 125p. Coll. « villes et entreprises ».

PAULME D. (1966). « *première approche des Attié (Côte d'Ivoire) dans Cahiers d'études africaines. Volume VI No21.*

PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E., VIMARD P. (1997). « *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines* ». Les études du CEPED No 15.Édition CEPED.

PUTNAM R.D., (1993). *Social capital and institutional success. Making democracy work, civic tradition in modern Italy*; Princeton University Press.

PUTNAM R. D., (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital, *the journal of democracy*, vol. 6, p. 65-78

WYSS K. (1994). *Utilisation des services de santé en milieu urbain a N'djamena, Tchad. Étude des déterminants et de leurs interactions*. Basel: Basler-Schnelldruck Bernhard Schlattmann.

YAPI BÉDA L. (1986). *Le système matrimonial dans la société Akyé*. Mémoire de maîtrise. Université d'Abidjan, faculté des lettres et sciences humaines.

Tableau 1 : Description des principales caractéristiques sociodémographiques (N = 1013)

<i>Variables</i>	<i>Modalités</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Sexe du chef de ménage</i>	<i>Femme</i>	310	30,6
	<i>Homme</i>	703	69,4
<i>Âge du chef de ménage</i>	<i>Moins de 40 ans</i>	250	25,2
	<i>40 à 60 ans</i>	379	37,2
	<i>plus de 60 ans</i>	362	35,6
<i>Statut matrimonial du chef de ménage</i>	<i>monogame mairie</i>	209	20,6
	<i>monogame traditionnel</i>	462	45,6
	<i>polygame</i>	129	12,7
	<i>célibataire</i>	114	11,3
	<i>veuf/veuve</i>	98	9,8
<i>Profession du chef de ménage</i>	<i>non agriculteur</i>	182	18
	<i>agriculteur</i>	831	82
<i>Niveau socio-économique du ménage</i>	<i>ménage pauvre</i>	89	8,8
	<i>ménage moyen</i>	491	48,5
	<i>ménage riche</i>	433	42,7
<i>Niveau socio-économique du chef de ménage</i>	<i>chef de ménage pauvre</i>	490	48,4
	<i>chef de ménage moyen</i>	341	33,6
	<i>chef de ménage riche</i>	104	10,3
	<i>chef de ménage très riche</i>	78	7,7

Tableau 2 : Implication sociale du chef de ménage (N = 1013)

<i>Type d'implication sociale</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas membre d'associations</i>	75	7,4
<i>Association paysanne uniquement</i>	23	2,3
<i>Association de loisirs uniquement</i>	269	26,6
<i>Association traditionnelle uniquement</i>	58	5,7
<i>Asso paysanne + asso de loisirs</i>	86	8,5
<i>Asso paysanne + asso traditionnelle</i>	103	10,2
<i>Asso diverses + asso traditionnelle</i>	123	12,1
<i>Asso paysanne + asso tradi + asso de loisirs</i>	276	27,2
Total	1013	100

Tableau 3 : Distribution des différents types de solidarité (N = 1013)

<i>Variables</i>	<i>Modalités</i>	<i>Fréquence (%)</i>
Solidarité générale (N=1013)	Pas du tout d'aide	25,9
	Au moins un type d'aide	74,1
Solidarité des associations (N=1013)	Pas d'aide des associations	82,4
	Aide des associations	17,6
Solidarité des proches (N=1013)	Pas d'aide des proches	66
	Aide des proches	34

Tableau 4: Présentation des variables indépendantes à liaison significative (P < ou =0,05) avec les variables dépendantes (N = 1013)

Variables	Modalités	Solidarité en général		Solidarité des associations		Solidarité des proches	
		Fréquence	P-value	Fréquence	P-value	Fréquence	P-value
Implication sociale	Non	54,7	< 0,001	0	< 0,001	53,9	< 0,001
	Oui	75,7		19		32,3	
Étendue de l'implication	Pas d'implication	54,7	< 0,001	0	< 0,001	53,9	< 0,001
	Une implication	69,3		14,9		41,3	
	deux implications	77,9		20,2		27,6	
	Trois implications	81,2		22,8		26,4	
Âge du chef de ménage	Moins de 40 ans	70,3	0,019	22,1	0,001	26,9	0,003
	40 à 60 ans	71,2		10		31,3	
	61 ans et plus	79		11,3		42,5	
Statut matrimonial	Monogame mairie	69	< 0,001	15,9	0,050	30,1	0,049
	Monogame tradi	74,8		21		31,7	
	Polygame	81,3		13,4		42,6	
	Célibat	79,2		18,3		30,5	
	Veuf/veuve	54,5		11,1		34,5	
Type de village	Traditionnel	NS*	NS	14,9	0,006	37,3	0,006
	moderne			21,6		29	
Sexe du chef de ménage	Féminin	NS	NS	11,6	0,001	41,9	< 0,001
	Masculin			20,2		30,4	
Type de champs	Pas de champ	64	< 0,001	NS	NS	27,3	0,005
	Manioc	70,9		40,5			
	Café/cacao	77,6		30,4			
	Les deux	80,7		30,7			
<i>Association d'aide dans la famille</i>	Non	71,5	< 0,001	19,1	< 0,001	NS	NS
	Oui	93,3		6,6			
Niveau socio-économique du chef de ménage	Pauvre	68,6	0,001	NS	NS	NS	NS
	Moyen	79,4					
	Riche	79,1					
Possession de champs	Non	64,7	0,004	NS	NS	NS	NS
	Oui	75,8					
Niveau socio-économique du ménage	Pauvre	NS	NS	29,2	0,004	NS	NS
	Moyen			18,1			
	Riche			14,5			
Origine du chef de ménage	Non autochtone	NS	NS	27,9	0,008	NS	NS
	Autochtone			16,6			
Profession du chef	Non agriculteur	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Agriculteur						
Statut d'occupation de la maison	Non propriétaire	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	Propriétaire						

NS* : Non significatif

Tableau 5 : Facteurs liés à la capacité de bénéficier de la solidarité en général: résultat de la régression logistique (N = 1013)

Variables	Modalités	Valeur de P	OR*	IC 95%
Association d'aide dans la famille	non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	oui (1)	< 0,0001	5,55	2,63 - 11,72
Étendue de l'implication sociale	pas d'implication sociale (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	une implication sociale (1)	0,0152	1,97	1,14 - 3,43
	deux implications sociales (2)	0,0009	2,70	1,50 - 4,85
	trois implications sociales (3)	0,0042	2,53	1,34 - 4,80
Statut matrimonial du chef de ménage	monogame légal (0)	0,0183	2,11	1,13 - 3,93
	monogame traditionnel (1)	0,0087	1,99	1,19 - 3,34
	polygame (2)	0,0000	3,51	2,00 - 6,16
	célibataire/union libre (3)	0,0438	1,93	1,01 - 3,69
	veuf/veuve (4) <u>réf.</u>	-	-	-
Niveau socio-économique du chef de ménage	pauvre (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	moyen (1)	0,0108	1,58	1,11 - 2,25
	riche (2)	NS	NS	NS
Type de champs du chef de ménage	pas de champs du tout (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	champs de manioc uniquement (1)	NS	NS	NS
	champs de café/cacao uniquement (2)	NS	NS	NS
	champs diversifiés (3)	0,0043	2,02	1,24 - 3,29
Âge du chef de ménage	Moins de 40 ans (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	De 41 à 60 ans (1)	NS	NS	NS
	Plus de 60 ans (2)	0,0275	1,61	1,05 - 2,01
Type de village du chef de ménage	Village traditionnel (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Village urbanisé (1)	0,0227	1,45	1,05 - 2,01

* le RC d'une variable ou d'une modalité est une estimation de la chance qu'a un chef de ménage de bénéficier de la solidarité en comparaison au groupe de référence (N = 1013).

** Test d'ajustement de Hosmer et Leneshow : $X^2 = 2,13$; $dl = 8$; $P = 0,97$

Variables qui sortent de l'équation : niveau socio-économique du ménage, sexe du chef de ménage, origine du chef de ménage, profession du chef de ménage, statut d'occupation de la maison.

**Tableau 6: Facteurs liés à la capacité de bénéficier de la solidarité des associations :
résultat de la régression logistique (N = 1013)**

Variabiles	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95%
Association d'aide dans la famille du chef de ménage	non (1)	0,0006	3,68	1,74 - 7,79
	oui (0) <u>réf.</u>	-	-	-
Âge du chef de ménage	20 à 40 ans (1)	0,0006	2,25	1,41 - 3,58
	40 à 60 ans (2)	0,0026	1,91	1,25 - 2,91
	plus de 60 ans (0) <u>réf.</u>	-	-	-
Niveau socio-économique du ménage	pauvre (1)	0,0140	2,04	1,15 - 3,61
	moyen (2)	NS	NS	NS
	riche (0) <u>réf.</u>	-	-	-
Statut d'occupation de sa maison	non propriétaire (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	propriétaire (1)	0,0356	1,73	1,03 - 2,89
Sexe du chef de ménage	féminin (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	masculin (1)	0,0017	1,93	1,28 - 2,92
Type de village habité par le chef de ménage	traditionnel (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	moderne (1)	0,0012	1,78	1,25 - 2,52

* Le RC d'une variable ou d'une modalité est une estimation de la chance qu'a un chef de ménage de bénéficier de la solidarité en comparaison au groupe de référence (N = 1013).

** Test d'ajustement de Hosmer et Leneshow : $X^2 = 5,68$; $dl = 8$; $P = 0,68$

Variabiles qui sortent de l'équation : **origine du chef de ménage, statut matrimonial du chef de ménage, profession du chef de ménage, niveau socio-économique du chef de ménage, type de champs du ménage.**

Tableau 7 : Facteurs liés à la capacité de bénéficier de la solidarité des proches (solidarité des parents et amis) : résultat de la régression (N = 1013)

Variables	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95%
Étendue de l'implication sociale	Pas d'implication sociale (1)	< 0,0001	5,14	2,89 - 9,12
	1 implication sociale (2)	< 0,0001	2,80	1,92 - 4,06
	2 implications sociales (3)	NS	NS	NS
	3 implications sociales (0) <u>réf.</u>	-	-	-
Âge du chef de ménage	20 à 40 ans (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	40 à 59 ans (1)	NS	NS	NS
	plus de 60 ans (2)	< 0,0001	2,32	1,60 - 3,37
Origine du chef de ménage	non originaire de la région (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	originaire de la région (1)	0,0145	1,98	1,14 - 3,44
Type de village du chef de ménage	village traditionnel (1)	0,0029	1,56	1,16 - 2,10
	village moderne (0) <u>réf.</u>	-	-	-
Existence d'une association familiale	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,0453	1,52	1,00 - 2,29

* Le RC d'une variable ou d'une modalité est une estimation de la chance qu'a un chef de ménage de bénéficier de la solidarité en comparaison au groupe de référence (N = 1013).

** Test d'ajustement de Hosmer et Leneshow : $X^2 = 4,39$; dl = 8 ; P = 0,81

Variabiles qui sortent de l'équation : **sexe du chef de ménage, statut matrimonial du chef de ménage, profession du chef de ménage, niveau socio-économique du chef de ménage, niveau socio-économique du ménage, type de champs du ménage, statut d'occupation de la maison par le chef de ménage.**

Article II

**Solidarité, capital social et utilisation des services de santé modernes en
Afrique subsaharienne: le cas de la commune rurale d'Agou en Côte d'Ivoire.**

Auteurs : Aye Marcellin, Champagne François, Fournier Pierre.

Résumé

Avec la mise en place des politiques de recouvrement des coûts des services publics de santé, c'est l'épineux problème des barrières financières à l'accès qui se dresse devant les malades en Afrique. Dans le cadre de cette étude, notre objectif principal est de montrer l'effet de la solidarité des proches dans l'accès aux soins des plus démunis avec un accent particulier sur l'utilisation appropriée des services faite par les malades.

742 malades ont été interrogés. La stratégie et devis de recherche adoptés étaient une étude de cas multiples avec un seul niveau d'analyse (Contandriopoulos et al., 1993) qui est celui du malade. Un cadre conceptuel a été élaboré pour définir l'utilisation des services de santé en Afrique et l'utilisation appropriée par les usagers. D'après les résultats, 565, soit 76,1 % des 742 répondants, utilisent les services modernes formels. Sur ces 565 malades, 184 soit 32,6% sont issus de ménages pauvres. Au niveau de la « justesse d'utilisation », ce sont 282 malades soit 38% qui ont eu des recours appropriés au niveau de la gravité de leur maladie. L'aide des proches est le principal facteur qui détermine l'utilisation des services modernes formels dans notre région d'étude. Au niveau de la justesse des recours, c'est le fait de percevoir sa maladie « non grave » ou « très grave » qui est lié à une utilisation appropriée des services. Les malades qui perçoivent leur maladie grave et dépensent plus sont ceux qui font les recours aux services les plus appropriés. Nous pourrions conclure dans le contexte spécifique de notre zone d'étude, qu'il importe de renforcer, d'une part, les bonnes relations sociales qui permettent la solidarité et, d'autre part, de sensibiliser les usagers sur les bienfaits de l'utilisation appropriée des services de santé désormais payants.

Mots clés : *capital social; aide des proches; utilisation des services modernes; utilisation appropriée; Côte d'Ivoire.*

Problème et contexte de réalisation de la recherche

Problème

Au lendemain de leur indépendance, de nombreux pays africains ont mis en place une politique d'assistance médicale gratuite dans les établissements sanitaires publics nouvellement créés. Cette politique de gratuité des soins visait à favoriser l'accès de tous aux services de santé modernes et leur utilisation. Toutefois, avec les récessions économiques successives et un accroissement démographique plus rapide que les productions nationales, les gouvernements africains se sont confrontés à une incapacité de prendre en charge le financement des politiques de gratuité des soins mises en place. Cette situation de crise a entraîné, dans la plupart des pays l'instauration de nouvelles politiques de recouvrement des coûts des services.

Désormais, l'utilisateur doit déboursier une partie ou la totalité des frais de service, dans les formations sanitaires publiques. L'ensemble de ces nouvelles politiques est connu sous le nom d'Initiative de Bamako. Elle a pour but un renforcement de la politique de médicaments essentiels et une mobilisation de ressources supplémentaires auprès des malades, pour pallier au sous-financement des services publics de santé et améliorer la qualité (Haddad et Fournier, 1993; Diakité, 1998). Plusieurs arguments ont été avancés pour supporter l'établissement de politiques de financement par les usagers, dans des pays reconnus parmi les plus pauvres de la planète. Selon certains organismes internationaux, la mise en place de politique de paiement des soins par les usagers permettrait l'application de la rationalité économique aux dépenses de santé. Ceci aurait l'avantage d'inciter l'État et les usagers à une meilleure allocation des ressources consacrées à la santé (Banque Mondiale, 1993). Pour d'autres, cette

mesure remplissait surtout un rôle stratégique. En effet, l'introduction du paiement par les usagers parviendrait à sauver des systèmes sanitaires publics qui sinon seraient condamnés à se dégrader par manque de ressources (Dumoulin et Kaddar, 1993). Enfin, certains auteurs (de Ferranti 1985; Shaw et Griffin, 1995) considéraient la participation financière des usagers aux dépenses de santé comme une façon de légaliser les encaissements illicites dont sont victimes les malades, dans les formations sanitaires publiques. La pertinence de ces arguments n'a cependant modifié en rien les problèmes d'accès auxquels sont confrontées les populations. D'après la Banque Mondiale (1995), environ 70 % des Africains éprouvent des difficultés à assumer les frais de santé. Pour Kaddar et coll. (1997), il existe plusieurs formes d'exclusion de l'accès aux soins : les exclus permanents (cas des indigents), les exclus temporaires (travailleurs licenciés qui n'ont plus de ressources pour payer les soins) et les exclus saisonniers (cas de paysans qui attendent les moments des récoltes pour se faire soigner). En Côte d'Ivoire (l'un des pays à avoir adopté la tarification des services comme politique de recouvrement), le coût des services sanitaires augmente proportionnellement au niveau de sophistication des plateaux techniques. Lorsque quelqu'un s'adresse au secteur privé formel, les prix deviennent encore plus élevés. Il faut ajouter à cela le coût de transport d'hébergement et d'alimentation du malade et de sa famille.

Les coûts varient considérablement en fonction de l'environnement physique, des moyens de transport existants et de l'accessibilité aux différents dispensateurs de soins. Gertler et al. (1992), dans une étude en Côte d'Ivoire, soulignaient que le temps et le coût de transport représentaient une importante barrière à l'utilisation, spécialement pour les ménages à faible revenu. Plusieurs autres travaux (Banque Mondiale, 1995; Thomas et al. 1998) confirment les difficultés des populations des pays en développement particulièrement celles des régions rurales à avoir accès aux soins de santé modernes. Depuis la mise en place des politiques de financement par les usagers, plusieurs études (Wyss, 1994; Sauerborn et al., 1996; Wallman et al., 1996; Kaddar et Tchicaya, 1997) montrent que de nombreux malades accèdent aux soins de santé modernes, grâce uniquement à l'aide financière reçue de leurs proches. Ces problèmes d'accès aux services modernes de santé d'une part, posent le problème d'équité et d'autre part, celui de l'utilisation appropriée (appropriateness) des services de l'État. Le recours aux services de santé modernes se restreignant, le caractère approprié de cette utilisation revêt encore plus d'importance. Dans le cadre de notre étude, le concept « appropriateness » ou la justesse selon Champagne et al., (2000) ou encore le bien-fondé d'après Giraud (1992) s'applique à l'utilisation des services par les usagers. Il définit le caractère approprié ou non du recours aux services par les malades. Il importe de savoir que, dans le contexte d'étude, le système de santé est ainsi organisé que chaque niveau de gravité de la maladie correspond à un degré de sophistication précis du plateau technique des services. La sensibilisation sociale de la population et le bon sens aidant, les cas bénins sont

dirigés vers les Centres de Santé Villageois (C.S.V.), les cas moyennement graves vers les Centres Hospitaliers Régionaux (C.H.R.) et les cas graves et très graves orientés vers les Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.). Chaque usager intériorise dans son habitus, cette organisation socio-technique du système de santé. Grâce aux travaux de certains auteurs (Brook et al., 1988), la pertinence de ce concept pour la rationalisation des soins et services a été mise en évidence. Dans leurs travaux, le concept d'appropriateness faisait référence aux actes médicaux posés par les médecins. Dans le cas de notre étude, le concept « appropriateness » s'applique plutôt à l'utilisation des services de santé par les usagers. Selon Waty (1993), l'un des problèmes majeurs des systèmes de santé en Afrique se situe dans l'engorgement des hôpitaux obligés d'assurer des consultations de première ligne au lieu de remplir leur véritable fonction de référence de deuxième ou troisième niveau. Des études (Criel et al., 1999; Sanders et al., 1998) ont également rapporté le problème de la justesse de l'utilisation des services de santé en Afrique. Comme l'utilisation inappropriée des services par les usagers cause l'engorgement des centres hospitaliers, identifier les facteurs à la base de celle-ci pourrait aider à l'organisation des services. L'utilisation non appropriée entraîne conséquemment une réduction de l'accès aux services modernes.

Si cette réduction concerne seulement l'utilisation « frivole » (comme l'ont prétendu certains auteurs), elle représente un moindre mal. Mais, si des malades très graves requérant des services de santé modernes voient leur accès réduit, la situation prend

une tournure plus problématique. Le caractère approprié de l'utilisation des services constitue alors un facteur de première importance.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer d'une part, l'effet de l'aide (solidarité) dans l'accès des usagers aux soins modernes de santé et d'autre part, les facteurs à la base de l'utilisation appropriée des services de santé.

Les questions auxquelles nous allons tenter de répondre sont : (1) existe-t-il des malades, notamment des malades issus de ménages démunis qui, malgré les problèmes financiers, utilisent les services modernes formels et les services appropriés à leur besoin? (2) Quel est l'effet spécifique de l'aide financière des proches à l'accès aux soins modernes chez ces malades, tenant compte de la gravité ressentie du problème et d'autres facteurs influençant l'utilisation des services ? (3) Quelles opinions les malades émettent-ils, après utilisation des différents types de recours?

Contexte et population

Notre étude se déroule dans la commune rurale d'Agou située dans le département d'Adzopé en Côte d'Ivoire. Située à cent kilomètres d'Abidjan, la commune rurale d'Agou se compose de cinq villages nommés : Agou, Boudépé, Grand-Akoudzin, Andé et Diapé. Comme toute la région du sud-est, la commune rurale d'Agou représente une région agricole, grande productrice de café et de cacao.

La majorité de la population se compose d'Ivoiriens de l'ethnie Attié¹. Nous y rencontrons également une forte communauté d'immigrants qui, pour la plupart sont des travailleurs agricoles venus des pays limitrophes de la Côte d'Ivoire.. La structure du système de santé de cette région se conforme à celle de la Côte d'Ivoire. Organisée de façon hiérarchique et centralisée, ses formations sanitaires vont des villages situés en périphérie vers les villes et notamment Abidjan (la capitale économique) qui concentre tous les centres hospitaliers universitaires et les grandes cliniques privées. Chacun des villages de l'enquête possède son centre de santé composé d'un dispensaire et d'une maternité. L'organisation hiérarchique du système de santé comprend plusieurs niveaux : le premier (centre de santé villageois) pour les maladies bénignes, le deuxième (hôpitaux régionaux et cliniques privées de la ville) pour les maladies plus graves (incluant la chirurgie de premier niveau) et le troisième niveau (Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et polycliniques de la capitale) pour les maladies très graves.

1. *Attié : groupe ethnique de la Côte d'Ivoire, qui peut s'écrire aussi Akyé. Les Attié font partie du grand groupe Akan. Ils sont localisés dans la partie sud-est de la Côte d'Ivoire. Les principales villes Attié sont Adzopé et Ayaman. La commune rurale d'Agou, région de l'étude, fait partie du département d'Adzopé situé à 100 km de la ville d'Abidjan (capitale économique de la Côte d'Ivoire). Les villages d'étude sont séparés les uns des autres d'environ 3 km. Il sont à une distance de 10 à 15 km d'Adzopé (le chef-lieu) et de 100 km d'Abidjan (la capitale).*

Méthodologie et analyse

Mode de calcul de la taille d'échantillon

Nous avons tiré au sort, parmi les cinq communes du département d'Adzopé. Celle qui a été choisie est la commune d'Agou communément appelée la région du *Tchoyasso*¹. Pour respecter l'uniformité socioculturelle de cette région tous les villages composant la commune d'Agou ont été retenus, à savoir : Agou, Boudépé, Grand-Akoudzin; Andé et Diapé. Le calcul de la taille de l'échantillon s'est appuyé sur la prévalence du nombre de malades graves lorsqu'on fait une étude avec un délais de rappel de huit semaines. Le calcul de la taille d'échantillon s'appuie d'une part sur la procédure préconisée par l'O.M.S (1991) pour la détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques et d'autre part, de la méthode de Fleiss (1981). En Afrique, pour obtenir un ménage dont une personne a traversé un épisode de maladie dans les **deux semaines** précédents, il faut visiter trois ménages (Sidibé et de Béthune, 1994; cité par Diakité (1998). Autrement dit, la prévalence de malade est de 1/3 soit 33%. Notre période de rappel de **huit semaines**, favorise la possibilité d'obtenir un malade par ménage au lieu d'un malade pour trois ménages, car plus le délai augmente plus le nombre de malades à rencontrer sera élevé, dans une étude transversale. Ce qu'est notre étude.

1. Le Tchoyasso est l'un des cinq cantons Attié. Son chef-lieu est le village d'Agou. Tchoyasso signifie les gens de la région des palmiers.

Toutefois, notre objectif de ne retenir que des cas graves nous ramène à ratio de prévalence d'un malade grave pour trois ménages (1/3). P est égal à 33% dans la population, soit **1** malade **grave** pour **3** ménages avec un délai de **8** semaines. (1-P) est égal alors à 67%. En utilisant la formule de Fleiss¹ ($N = 1,96^2 * P(1-P)/d^2$) au seuil de signification de 95% avec une précision = 0.05, nous arrivons à : $n = 1,96^2 * 0.33 (67) / (0,05)^2 = 340$ malades. Sachant que pour un malade **grave**, il nous faut enquêter en moyenne dans trois ménages différents, le nombre de ménages requis s'élève à : $N = n X 3$ soit $430 X 3 = 1020$ ménages. La collecte de données se déroulant dans cinq villages, il fallait interroger en moyenne 200 chefs de ménage par village. Il est important de noter que le calcul de la taille d'échantillon pour notre étude ne répond pas à un besoin de mettre en évidence une différence entre malade aidé et malade non aidé, mais plutôt pour augmenter la puissance statistique de nos tests. En effet, avec comme le disent certains auteurs (Cohen J., 1977), un nombre de sujet égal à 300 ou 400 donne une puissance de test de 80 à 90%. L'équipe d'enquête disposait de deux jours et chacun des dix enquêteurs devait visiter dix ménages par jour.

1. La méthode de Fleiss (Fleiss, 1981) est une technique statistique pour calculer la taille d'échantillon quand le chercheur connaît à travers d'autres études, la prévalence ou l'incidence de l'objet de l'étude.

Instruments de collecte

La collecte de données s'est effectuée à l'aide de deux questionnaires : l'un destiné au chef de ménage et l'autre, au malade. Ces questionnaires prétestés à deux reprises ont permis de modifier la formulation de certaines questions et d'en supprimer d'autres. Les entrevues ont été réalisées par dix enquêteurs et quatre superviseurs expérimentés, tous originaires de la région d'étude. Ils ont reçu une formation de cinq jours au cours de laquelle le questionnaire a été traduit en langue locale.

Description des variables

Les variables désignant l'utilisation des services modernes de santé

Seulement les personnes qui ont été malades au cours des deux mois précédant l'étude ont été sélectionnées. Quatre variables distinguent l'utilisation des services de santé modernes : *premier recours*, *deuxième recours*, *troisième recours*, et *recours général* du malade. Il est important de préciser que les quatre variables de l'utilisation des services distinguent les malades qui ont utilisé les services modernes formels et ceux qui ne les ont pas utilisés. Nous entendons par « *services modernes formels* » les services modernes publics ou privés officiellement reconnus par l'État ivoirien. Une autre variable « *Itinéraire approprié* » a été retenue. Elle détermine le caractère approprié ou non de l'utilisation des services par le malade. Elle comporte deux catégories : utilisation appropriée et utilisation inappropriée des services. Nous considérons comme utilisation appropriée : (i) un malade qui, lorsqu'il perçoit sa maladie *bénigne*, consulte les services de premier niveau, sans recourir aux services de deuxième et troisième niveaux réservés pour les maladies moyennement graves et très graves et (ii) des malades qui, lorsqu'ils perçoivent leur maladie grave ou très

grave, consultent, au moins une fois, les services de deuxième ou troisième niveau dans leur processus de soins et ne se limitent pas aux centres de santé villageois réservés aux cas bénins.

Les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des services modernes de santé

Ils sont composés par l'ensemble des variables qui caractérisent le malade, la perception de sa maladie et le processus de recours aux soins du malade. Le malade vivant dans un ménage, nous avons tenu compte de certaines caractéristiques de celui-ci. Nous n'avons décrit que les variables considérées essentielles à l'étude.

(1) La variable « *diagnostic attribué* » : cette variable détermine la cause attribuée à la maladie par le malade et sa famille; (2) « *cause attribuée* » : cette variable désigne l'origine de la maladie, selon le malade; (3) « *gravité de la maladie* » : cette variable définit la gravité de la maladie telle que perçue par le malade et sa famille; (4) « *montant dépensé* » : cette variable indique le montant d'argent que le malade et sa famille avouent avoir dépensé lors de tout l'épisode de soins; (5) « *perception des coûts* » : cette variable montre comment le malade et sa famille perçoivent les montants d'argent dépensés. Certains peuvent dépenser des sommes considérables mais percevoir le coût non élevé alors que d'autres, qui dépensent fort très peu, trouvent souvent leur coût élevé; (6) « *aide reçue* » : elle désigne les malades qui ont bénéficié d'aide financière pour les soins par rapport à ceux qui n'en ont bénéficié. C'est une variable dichotomique : aide reçue / aide non reçue.

(7) « *richesse du ménage* » : cette variable mesure le niveau de richesse du ménage. Elle a été élaborée pour estimer à partir de plusieurs caractéristiques dont l'habitation du ménage et les possessions matérielles, la richesse de la famille.

Analyse des données

Des analyses bivariées ont été effectuées pour établir les associations entre les variables d'intérêt (l'aide des proches, la gravité perçue), les autres variables indépendantes et les différentes variables dépendantes. Nous avons ensuite évalué les niveaux d'association, grâce à des régressions logistiques, nos variables dépendantes représentant toutes des variables nominales dichotomiques. Le modèle de régression logistique final a été construit de la manière suivante : une régression d'abord effectuée entre la variable « gravité perçue » et la variable dépendante avec la méthode « Enter ». Ensuite, le bloc des autres facteurs (facteurs confondants) est introduit, selon la méthode de régression «forward-wald ». Enfin, la variable « aide reçue » est insérée avec la méthode de régression « Enter ». Nous avons adopté cette méthode d'analyse pour apprécier spécifiquement l'effet de nos deux variables d'intérêt (gravité perçue et aide reçue) sur les variables dépendantes. A la fin de l'analyse, les variables forcées et celles demeurant dans l'équation de régression deviennent celles qui causent un effet significatif sur la variable dépendante. Lorsque deux variables indépendantes présentent une forte corrélation (supérieure à 0,65), la variable qui présente le plus de modalités est sélectionnée. Les relations entre les recours aux services et l'opinion des malades après utilisation ont aussi été étudiées. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 7.5 © (réf.).

Résultats

Nos résultats sont présentés conformément aux questions de recherche que nous nous sommes posées.

Les malades issus de ménages pauvres, malgré les problèmes d'accès, utilisent-ils les services modernes formels et les services appropriés aux besoins perçus?

Sur les 742 malades répondants, 565 soit (76,1%) affirment avoir utilisé les services modernes formels lors de leur épisode de soins. 256 (45,3%) des 565 malades sont issus de ménages pauvres, 196 (34,7%) de ménages de niveau moyen et 113 (20%) de ménages riches. La majorité de ces malades sont des paysans et les membres de leur famille. Des 742 malades interrogés, 23,9% utilisent exclusivement l'autotraitement et les services non formels.

En ce qui concerne « la justesse d'utilisation », 282 des 742 malades soit 38% se sont conformés à une utilisation appropriée des services. Sur l'ensemble de ces 282 malades, 50,4% sont issus de ménages pauvres, 31,9% de ménages de niveau moyen et 17,7% de ménages riches.

L'aide des proches a-t-elle facilité le recours aux services de santé en général et aux services modernes formels en particulier?

La mise en évidence de ces facteurs a été réalisée au moyen d'une analyse bivariée et de régressions logistiques. L'utilisation des services de santé modernes s'associe fortement (valeur de $p < \text{ou} = \text{à } 0,05$) aux variables suivantes : « *aide des proches* », « *gravité perçue de la maladie* », « *perception des symptômes* » et « *richesse du*

ménage dont est issu le malade »; tandis que l'utilisation justifiée des services est associée à la gravité perçue de la maladie mais dans un sens opposé à celle de l'utilisation des services modernes formels. En effet, quand la maladie est perçue « bénigne» ou « très grave », l'utilisation des services paraît plus juste que dans la maladie moyennement grave (tableau 1).

Insérer le tableau 1

Le tableau 2, illustre qu'au niveau du « *type de premier recours* », le fait de bénéficier de l'aide financière des proches et que le malade soit issu d'un ménage très riche prédisposent à l'utilisation des services modernes formels. Le malade qui bénéficie de l'aide des proches a 1,59 fois plus de chance d'utiliser les services modernes formels que celui qui n'en bénéficie pas; tandis que le malade issu d'un ménage très riche a 1,81 fois plus de chance d'utiliser les services modernes formels que celui issu d'un ménage pauvre. Il faut noter que la variable « *gravité perçue* » ne constitue pas un facteur associé à l'utilisation des services de santé modernes formels au premier recours .

Insérer le tableau (2)

Au deuxième recours, l'aide financière des proches représente à nouveau un facteur associé. Lorsque le malade reçoit de l'aide, il a 1,66 fois plus de chance de recourir aux services modernes de santé. Le *niveau gravité perçue par le malade* devient également un facteur relié à l'utilisation des services modernes formels. Le malade a 1,81 plus de chance d'utiliser les services modernes formels lorsqu'il perçoit sa maladie très grave que lorsqu'il la perçoit bénigne (tableau 3).

Insérer le tableau (3)

Au niveau du « *troisième recours* », aucun des facteurs étudiés ne se qualifie pour être associé, de manière significative, à l'utilisation des services.

Insérer le tableau (4).

Pour le type de recours en général, *l'aide des proches* a une très grande influence sur l'utilisation. C'est le facteur le plus significativement associé à l'utilisation des services modernes formels (Odds Ratio = 4,24). La *gravité perçue par le malade* se montre aussi significativement associée à l'utilisation. Plus le malade perçoit sa maladie grave, plus son utilisation des services modernes formels paraît élevée. L'Odds Ratio = 1,91, lorsque la maladie est grave et 2,86 lorsque la maladie devient très grave.

Le niveau de richesse du ménage dont est issu le malade représente un autre facteur associé à l'utilisation des services modernes formels. Lorsque le ménage dont est issu le malade est très riche, celui-ci a 2,18 fois plus de chance d'utiliser les services modernes formels que celui issu d'un ménage pauvre. (tableau 5).

Insérer le tableau (5)

Après les variables sur le recours aux services, nous avons porté notre attention à la variable « *justesse de l'itinéraire* ». La gravité perçue est un facteur significativement relié à la variable « *justesse de l'itinéraire* » mais son effet s'observe dans un sens opposé à celui de l'utilisation des services modernes formels. En effet, c'est le caractère bénin ou très grave de la maladie qui influence l'utilisation appropriée des

services. Un malade qui perçoit sa maladie *bénigne* a huit fois plus de chances de faire une utilisation appropriée que le malade qui perçoit sa maladie *moyennement grave*. Lorsque la maladie est perçue *très grave*, cette probabilité grimpe à vingt-cinq (tableau 6). Autrement dit, le malade qui perçoit sa maladie très grave a 25 fois plus de chances de suivre un itinéraire adéquat que celui qui perçoit sa maladie moyennement grave.

Insérer le tableau (6).

Quelle opinion les malades expriment-ils vis-a-vis des différents services de santé utilisés?

Comme le montre le tableau 7, les malades qui dépensent le plus, perçoivent le coût des services élevé. Ces malades, pour la plupart âgés, perçoivent leur maladie grave. Ils utilisent plus les services modernes formels et se considèrent guéris après les soins.

Au niveau de la satisfaction après les soins, les opinions émises ne semblent pas significativement différentes entre les divers types de malades (tableau 7).

Discussion

Contrairement aux années soixante dix où la médecine occidentale était minoritaire et servait surtout de traitement d'accompagnement (Roemer, 1991), c'est la médecine moderne qui, de nos jours, est devenue le système médical dominant dans de nombreuses régions de l'Afrique. Plusieurs études ont déjà noté la forte utilisation des services modernes par les populations rurales en Afrique. Selon Haddad et Fournier (1995), à la suite d'une plainte, lorsque la maladie nécessite une aide extérieure, c'est en général les services modernes qui sont sollicités. Dans notre région d'étude, les services modernes formels sont les plus utilisés.

Effets de la gravité perçue sur l'utilisation des services modernes formels et appropriés.

Comme le montre le tableau 2 les variables (*aide reçue* et *gravité perçue*) représentent les deux facteurs fortement associés aux différents types de recours aux services modernes formels. L'influence de la gravité perçue sur l'utilisation des services de santé modernes a déjà été rapportée dans nombre de travaux. Nos résultats confirment ceux de plusieurs études (Andersen, 1968; Lasker, 1981; Sauerborn, Nougara et Diesfeld, 1989; Hulka et Wheat (1985) effectuées en Afrique. L'influence de la gravité perçue se manifeste aux premier et deuxième recours et au niveau de l'itinéraire général du malade ($P < 0,01$) (tableau 1). Au niveau du troisième recours, aucune liaison significative ne peut être dégagée. Cela peut être attribué à un problème de puissance du test dû à un échantillon trop réduit.

Pour la justesse de l'itinéraire du malade, il importe de préciser que, dans cette étude, le concept s'applique non pas aux actes médicaux, mais à la démarche d'utilisation des services de santé par les malades. Relativement peu de malades ont une utilisation appropriée (38 %). La variable « gravité perçue » paraît le seul facteur grandement associé à l'utilisation appropriée des services. Il faut noter que ce sont les malades qui perçoivent leur maladie « *bénigne* » ou « *très grave* » qui font montre d'une utilisation appropriée des services. Ceci s'explique par le fait que ces cas présentent des symptômes évidents qui aident le malade et sa famille à s'orienter judicieusement. Les cas moyennement graves représentent ceux qui font grimper le taux d'utilisation inappropriée. Souvent, les malades attendent que la maladie s'aggrave avant de s'adresser aux services appropriés.

Des régressions logistiques ont été effectuées pour préciser l'effet de la « gravité perçue » sur l'utilisation des services modernes formels et des services appropriés. D'après nos résultats, la « gravité perçue » correspond à un facteur fortement associé aux différents types de recours. Au niveau de l'itinéraire général, l'influence se présente sous forme de gradient: lorsque la maladie est perçue « grave », le malade a 1,91 fois plus de chance d'utiliser les services modernes formels tandis que lorsque la maladie est perçue « très grave », cette chance monte à 2,86 (Tableau 5). Déjà Andersen (1968) montrait que la quantité de malaise (ou maladie) perçue par l'individu représentait le facteur le plus déterminant de l'utilisation. S'appuyant sur les résultats de nombreux travaux, Hulka et Wheat (1985) cités par Leduc (1992) parlent même de relation causale entre le besoin perçu et l'utilisation. Notre étude confirme ces résultats. En effet, d'une probabilité d'utilisation de 1,91 lorsque la

maladie est grave, nous passons à une probabilité de 2,86 lorsque la maladie est très grave.

Au niveau de la justesse d'itinéraire, la gravité perçue reste un facteur associé, mais son effet constaté va dans un sens contraire à celui de la gravité perçue sur l'utilisation des services de santé modernes formels. Le malade qui perçoit sa maladie bénigne a huit fois plus de chances de recourir à des services appropriés que celui qui la perçoit moyennement grave. Quand il perçoit sa maladie très grave, la probabilité d'avoir une utilisation appropriée passe à vingt-cinq (tableau 6). La raison de cette forme en «U» de la courbe d'utilisation appropriée s'explique par le fait que, lorsque la maladie est perçue « non grave » ou « très grave », le choix du recours paraît plus évident pour le malade et sa famille. La manifestation ou la non manifestation de symptômes indique adéquatement quels services utiliser. Mais quand la maladie est moyennement « grave », le taux d'utilisation dite « frivole » s'élève. Cette utilisation « frivole » est due au manque de symptômes objectifs pour éclairer les malades à mieux s'orienter. Il faut toutefois préciser qu'en Afrique, lorsque la maladie prend de l'ampleur et devient très grave, ce n'est plus le malade seul qui décide du choix mais le malade et sa famille. Dans une étude au Nigeria, Abasiokong (1981) montre qu'une décision d'hospitalisation n'est prise, qu'après la tenue d'une réunion familiale. Le consentement familial précède une hospitalisation dans plus de 60% des cas. Lorsque le recours à un autre service est décidé par un professionnel de la santé, c'est souvent la gravité objective de la maladie qui devient le facteur déterminant et non la gravité perçue (Sanders, 1998; Macintyre et al, 1999). Plusieurs complications de pathologie souvent, découlent de l'utilisation inappropriée des services. En effet, des malades qui devraient être évacués vers des

hôpitaux spécialisés sont souvent maintenus dans le village parce que la maladie n'est pas perçue grave par l'entourage.

Effets de l'aide sur l'utilisation des services modernes formels et des services appropriés

Les résultats montrent que l'aide des proches se révèle le facteur le plus déterminant de l'utilisation des services modernes formels. Le malade qui a bénéficié d'aide a 4,24 fois plus de chances d'utiliser les services modernes formels que ceux qui n'en bénéficient pas. Dans une étude en Ouganda, Wallman et al. (1996) ont montré que, pour payer les soins, les ménages ont recours à trois types de ressources : les ressources matérielles, les ressources d'investissement et les ressources sociales. Lorsque les deux (2) premières sont inexistantes, c'est seulement sur les ressources sociales (aides des parents et amis) que les ménages s'appuient pour défrayer les soins de santé. Les résultats de notre étude confirment les résultats de Wallman et al. (1996) en ce sens que nous avons enregistré plusieurs malades qui ont accès aux soins modernes, grâce à l'aide financière des proches. Contrairement aux conclusions de Sauerborn et al. (1996), dans notre contexte d'étude, l'aide (solidarité) pour l'accès aux services modernes formels ne profite pas seulement aux riches mais aussi aux pauvres. Sur les 742 malades interrogés, 425 soit 57,3% bénéficient de l'aide des proches. Sur ces 425 bénéficiaires, cent quarante huit (148) soit 34,8% sont issus de ménages pauvres contre 30,6%, issus de ménages riches. Le tableau 8, montre qu'à « pauvreté égale », les malades n'ayant pas reçu d'aide ont moins utilisé les services modernes formels que ceux qui en ont reçu. Pour les

malades qui perçoivent leur cas très grave, nous obtenons un résultat similaire : ceux qui ont de l'aide recourent plus aux services modernes formels que ceux qui n'ont pas d'aide.

Insérer le tableau (8)

En référence aux travaux de Hannerz, 1969; Bourdieu, 1986, 1992; Putnam, 1993; Coleman, 1988; Fukuyama, 1995; Brown et Ashman, 1996; Dasgupta et Serageldin, 1999, nous pouvons dire que l'aide des proches rappelle la notion de capital social. En effet, selon ces auteurs, la solidarité ou l'entraide résulte du capital social qui existe entre des amis, des membres d'une famille ou d'une communauté. Dans une étude en Côte d'Ivoire, Aye et coll. (2000) ont déjà montré comment les villageois, à travers l'implication sociale et communautaire, développent du capital social qui favorise les actes de solidarité et d'entraide.

Effets de la richesse du ménage sur l'utilisation des services

Dans le cadre de notre étude, la richesse du ménage dont est issu le malade constitue aussi un facteur d'influence sur l'utilisation des services modernes. En effet, cette variable est fortement associée à l'utilisation des services modernes formels ($P < 0,001$). C'est un facteur qui influence l'utilisation des services modernes au premier recours et le recours général du malade. Au premier recours, le malade issu d'un ménage très riche a 1,81 fois plus de chance d'utiliser les services modernes formels que celui issu d'un ménage pauvre. Au niveau du recours général du malade, le Odds Ratio (OR) s'établit à 2,18, lorsque le malade est issu d'un ménage très riche. Cependant, la richesse du ménage ne montre aucune association ni aucun effet prédictif sur l'utilisation appropriée ou inappropriée des services.

Comparaison des effets de la richesse et de l'aide

Plusieurs études (Makinen et al., 2000; Fabricant et al., 1999; Stierle et al., 1999) ont déjà montré l'effet du statut socio-économique ou du revenu sur l'utilisation. Ce qu'il reste important à noter, c'est que, dans un contexte tel que celui de notre étude, le statut socio-économique doit être considéré avec beaucoup de prudence. En effet, lorsque nous comparons le niveau de richesse à l'aide financière dans un contexte de paiement des soins, nous constatons que l'aide dépasse comme facteur plus déterminant de l'utilisation des services de santé modernes que la richesse. Ce qui se confirme par les résultats des régressions : aide (Odds Ratio = 4,24; $P < 0,001$), richesse du ménage (Odds Ratio = 2,18; $P < 0,001$). La raison explicative de ces résultats se situe dans le fait qu'une personne peut afficher un niveau de richesse élevé (possession de maison moderne, d'électroménagers) tout en ne disposant pas de liquidité pour assumer les frais de services. L'aide, dans ce cas, devient alors plus importante que le niveau socio-économique. L'aide étant une des résultantes du capital social (Boisjoly et al., 1995; Kawashi et al., 1997; Bourdieu et al., 1992; Flap et al., 1986; Dasgupta et Serageldin, 1999), nous pouvons donc émettre l'hypothèse selon laquelle « *dans certains contextes économiques particuliers, le capital social devient une ressource aussi importante que le capital économique. Il détermine la capacité à payer du malade au même titre que le statut socio-économique* ». Dans notre contexte d'étude où les villageois (paysans) perçoivent des entrées d'argent très irrégulières, les mécanismes de solidarité et d'entraide demeurent des éléments qui

permettent d'assembler les ressources nécessaires pour l'accès à certains biens et services, les services de santé modernes, entre autres.

Opinions des malades

Les résultats indiquent que les opinions des malades diffèrent, selon le type de service utilisé. Ceux qui utilisent les services modernes formels affirment dépenser plus, mais ils se montrent plus satisfaits des résultats de soins. Ils trouvent que leur état de santé s'est amélioré ou qu'ils sont guéris. Par contre, ceux qui recourent aux services informels et à l'autotraitement déclarent dépenser moins d'argent mais avouent que leur état de santé ne s'est pas amélioré. Au niveau de la justesse d'utilisation, les résultats nous certifient que les malades qui affirment dépenser le plus sont ceux qui recourent aux services de santé appropriés.

Conclusion

La réforme du financement des services de santé a entraîné de profonds bouleversements en Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier. D'un système sanitaire public et gratuit, bâti sur le principe de l'équité, nous avons aujourd'hui un système public mais payant où désormais, le malade démuné ou ne disposant pas de liquidité financière se voit théoriquement exclus de l'accès aux soins de santé modernes. À travers notre étude, nous avons identifié plusieurs facteurs associés à l'accès aux soins de santé modernes. Nous avons vu que la gravité perçue tout comme le niveau socio-économique représentent des facteurs fortement reliés à l'utilisation des services de santé modernes. Toutefois, ce qui nous paraît important, c'est l'effet de l'aide financière des proches dans l'accès aux soins de santé modernes. Dans notre contexte d'étude, cette variable « aide des proches » se présente comme le facteur le plus déterminant de l'utilisation des services modernes formels. Quand nous savons que l'aide financière des proches ne constitue rien d'autre qu'une des résultantes du capital social qui existe entre les membres d'une famille, d'une association ou d'une communauté (Bourdieu, 1992; Fukuyama, 1995; Putnam, 1993; Dasgupta et Serageldin, 1999; Aye et coll., 2000), nous comprenons tout l'intérêt de développer des projets de recherche, afin de mieux étudier l'apport possible du capital social des usagers dans la mise en place de politiques de financement des services de santé, en Afrique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abasiokong (1981). « Familism and Hospital Admission in Rural Nigeria : A Case Study » *Soc. Sc. Med.*, 15b, 45-50.

Andersen R.(1968). *A behaviorial model of families' use of health services*. Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Research Series 25, 111p.

Aye M., Fournier P., Champagne F., Rivard M. (2000). « Capital social et nouvelles formes de solidarité en Afrique subsaharienne: une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire). Université de Montréal. Soumis pour publication.

Banque Mondiale (1993). *Investir dans la santé*. Rapport sur le développement dans le monde. Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A., 339p.

Banque Mondiale (1995). *Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons d'une expérience*. Collection, le développement à l'œuvre. Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A., 283p.

Boisjoly J., Duncan G., Hofferth S., (1995). « Access To Social Capital ». *Journal of Family Issues* 16 :609-631.

Bourdieu, P (1980). « Le capital social (notes provisoires) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, No 31, p.2-3.

Bourdieu, P., Wacquant L.J.D. (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive* . Paris, Éditions du Seuil.

Brook RH, Kosecoff JB et al.(1988). Diagnosis and treatment of coronary disease : comparison of doctors attitudes in the USA and UK. *Lancet*; 1 :750-753.

Brown L. David; Ashman D. (1996). « *Participation, Social Capital, and Intersectoral Problem Solving : African and Asian Cases* ». *World Development* 24 :1467-1479.

Champagne F., Contandriopoulos A-P., Denis J-L., Bilodeau H. (2000). *Méthodes d'évalutaion dans le domaine de la santé (à paraître)*.

Chassin M R. et al. (1989). *The appropriateness of Selected Medical and Surgical Procedures*. A RAND Corporation Research Study. Association for Health Services Research and Health Administration Press, USA.

Dasgupta et Serageldin (1999). *Social capital : A Multifaced Perspective*. Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A.424p.

Criel B., Patrick Van der Stuyft, Wim Van Lerberghe (1999). The Bwamanda hospital insurance scheme : effective for whom? A study of its impact on hospital utilisation patterns. *Social Science & Medicine* 48, 897 – 911.

Coleman J.S. (1988). *Social Capital in the Creation of Human Capital*. *Américain Journal of Sociology Supplement*, vol. 94, p. S95-S120

de Ferranti, D. (1985).Le financement des services de santé dans les pays en développement: un appel au réalisme. *Forum Mondial de la Santé*, 6(2):115.

Diakité S L. (1998). « Système de recouvrement des coûts et utilisation du médicament au Mali ». Thèse de doctorat en santé publique. Université de Montréal.

Dumoulin, J. et Kaddar, M. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne. Rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences Sociales et Santé*, vol.XI, no 2.

Fabricant S J., Kamara C W., Mills A. (1999). « Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning And Management*.Vol.14, issues3.(179 –199).

Flap H. D., de Graaf N D. (1986). « Social capital and attained occupational status ». *Netherlands Journal of Sociology* 22 :154-161.

Fournier P. et Haddad S.(1995). «*Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement* »,in «*La sociologie des populations* » sous la direction de H. Gérard et V. Piché. Montréal, PUM/AUPELF/UREF : 289-325.

Fukuyama F. (1995).*La confiance et la puissance: vertus sociales et prospérités économiques*. Traduit de l'anglais (États-Unis) par P.E. Dauzat. Paris, Éditions plons.

Gertler, P. et al. (1990). « *The Willingness to pay for Medical Care Evidence from two Developing Countries*. A World Bank Publication. The Johns Hopkins University Press.

Gilson. L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health policy and Planning* 12 (2), 273 – 285.

Giraud A. (1992). « *Évaluation Médicale des Soins Hospitaliers* ». Collection Santé Publique; Édition Economica, Paris.

Haddad S., Fournier P. (1993). « *Initiative de Bamako, systèmes de paiement et utilisation du médicament. Position du problème, Aspects conceptuels et méthodologiques pour une recherche multicentrique* ». Rapport de recherche soumis au programme des Médicaments Essentiels de l'O.M.S.

Hopkins A. (1990). *Measuring the quality of medical care*. Royal College of Physicians Publications. London.

Hannerz Ulf. (1969). *Soulside : Inquiries into ghetto culture and community*. New York : Columbia University Press.

Kaddar M. et collaborateurs (1997). « Préparation des soins de santé ». *l'enfant en milieu tropical*, No 228. Centre International de l'Enfance, Paris.

Kaddar M., Tchicaya A. (1997). *Indigence et accès aux soins de santé en Afrique sub-saharienne: situation et perspectives d'action*. Centre International de l'Enfance et de la Famille, Paris.

Kawashi I., Kennedy B P., Lochner K, Prothoromsmith D. (1997). *Social capital, income inequality and mortality*. *Am J Public Health*. 87(9) :1491- 1498.

Kouamé et Etté (1999). Analyse de l'implantation de mutuelles de santé en milieu informel ivoirien : étude de faisabilité dans huit localités du district sanitaire de Man. *Rapport provisoire. CEPRASS, 8 rue Paris-village 01 BP 869 Abidjan 01. Côte d'Ivoire*.

Lasker H. N.(1981). « Choosing among Therapies : Illness Behavior in the Ivory Coast », *Soc. Sc. Med.* 15a, 157 – 168.

Leduc N. (1992). Les déterminants individuels et familiaux de l'utilisation des services dentaires durant la période d'âge préscolaire. Thèse, Université de Montréal.

Makinen M., Water H., Rauch M., Almagambetova N., Bitran R., Gilson L., McIntyre D., Pannarunothai S., Prieto AL., Ubilla G., Ram S. (2000). Inequalities in health care use and expenditures : empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bull World Health organ.*, 2000; 78(1) :55-65.

Macintyre K., Hotchkiss R. David (1999). Referral revisited : community financing schemes and emergency transport in rural Africa. *Soc. Sc. Med.* 49, 1473-2487.

O.M.S. : Lwanga S K. Lemeshow S. (1991). « Déterminant de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques ». Manuel pratique, 84 pp.

Putnam R.D., (1993). *Social capital and institutional success. Making democracy work, civic tradition in modern Italy*; Princeton University Press.

Raynaut C. (1990). Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples Haoussa au Niger; dans «*Sociétés, développement et santé; Universités francophones*», UREF, Paris: Ellipse/AUPELF: 136-151.

Roemer M.I. (1991). *National health systems of the world*, Oxford (England); New York: Oxford University Press, Vol 2.

Sanders D., Kravitz J., Lewin S., Mackee M. (1998). « Zimbabwe's hospital referral system : does it work? ». *Health Policy and Planning*; 13 (4) 359-370.

Sauerborn, R., Nougara, A., Hien, M., Diesfeld, H. J. (1996). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso, *Soc.Sc.Med.* Vol. 43 No3 pp. 281-290.

Sauerborn R., Nougara A., et Diesfeld H.J., (1989). « Low Utilization of Community Health Workers : Results from a Household Interview Survey in Burkina Faso », *Soc. Sc. Med.* 29, 10, 1163 -1174

Shaw, R. P., Griffin, C.C. (1995). *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance*. Collection Le développement en marche. Banque Mondiale, Washington, D.C.

Stierle F., Kaddar M., Tchicaya A., Schmidt-Erhy B. (1999). « Indigence and acces to health care in sub-Saharan Africa ». *Health Policy and Planning*; 14 (2) : 81-105.

Wallman S., Baker M. (1996). « Which Resources pay for treatment? A Model for Estimating the Informal Economy of Health » *Soc.Sc.Med.* Vol.42, No5 pp. 671-679.

Waty M. O. (1993). «État des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique : quelles perspectives pour le financement communautaire»? *ARGENT et SANTÉ : Expériences de financement communautaire en Afrique. Acte du séminaire international, 24-27 septembre; CIE-Paris.* pp 33-47.

Wyss K. (1994). *Utilisation des services de santé en milieu urbain a N'djamena (Tchad). Étude des déterminants et de leurs interactions*. Basel: Basler-Schnelldruck Bernhard Schlattmann.

Tableau 1: Présentation des facteurs à liaison significative ($P < \text{ou} = 0,05$) avec les variables dépendantes (type de recours et justesse d'itinéraire) chez l'ensemble des malades. (N = 742)

Variables	Modalités	Utilisation des services modernes			Itinéraire	
		Recours 1 (N = 742) Moy. = 41,4	Recours 2 (N = 495) Moy. = 65,9	Recours 3 (N = 149) Moy. = 63,8	Itinér.Gén (N = 742) Moy. = 76,1	Justifié (N = 742) Moy. = 38
Perception de la gravité	Pas grave	34,7 *	53,8 *	58,3	58,4 ***	79,4 ***
	Grave	40,1	66	60,3	76,9	16,9
	Très grave	46,5	70,3	67,1	85,4	34,4
Mort possible	Non	34,7 **	50,4 ***	51,7	59,6 ***	53,5 ***
	Oui	45,1	71,3	66,4	84,4	29,4
Profession	Autre profession	45,4	67,2	62,5	76,3	46,4
	Agriculteur	41	66,6	63,7	77,1	36
	Ne s'applique pas	38,5	50	100	61,5	46,2
Âge du malade	0 à 15 ans	36,8	52,4	100	60,5	44,7
	16 à 30 ans	38,4	66,3	68,2	75,2	38,4
	31 à 45 ans	46	66,9	71,4	80,7	38,1
	46 à 60 ans	38,8	66,7	53,8	75,9	38,2
	61 ans et plus	40,1	67,4	62	75,1	35,5
Diagnostic attribué	Maladie infectieuse	39,9	60,8	60,3	72,6 *	38,8
	Maladie dégén.	45,1	68,3	66	78,8	37
	MTS/gynéco/obst.	43,3	75	71,4	83,6	35,8
	Accidents/blessures	52,2	79,3	70	89,1	32,6
	Ne sait pas	23,7	75	60	73,7	44,7
Cause attribuée	Mauvaise aliment.	33,3	58,5	78,6	69,6	34,8
	Maladies contag.	45,6	62,6	55,6	80,1	39,7
	Sorcellerie	44,1	71,8	66,7	79,7	50,8
	Fatigue/travail dur	43	62,2	60,5	74,9	38,1
	Autres	44,4	83,3	79,2	83,3	38,1
	Ne sait pas	45,7	73	60	82,9	27,8
Sexe du malade	Féminin	41,5	64,7	71,4	77	40,9
	Masculin	41,3	66,9	57	75,4	35,4
Lien avec le CM	Lui-même	39,6	67,9	58,3	74,9	36,6
	Épouse/copain	38,6	70,3	80	84,3	44,6
	Descendants	43,1	63,9	77,8	74,3	40,4
	Autres parents	45,9	58,8	54,5	76,1	36,5
Niveau étude	Analphabète	41,1	65,9	63,4	75,5	36,1
	Primaire	40,9	65,2	64,8	74,9	40,5
	Secondaire	42,7	69,4	57,1	81,3	35,4
	Enfant non scolar.	36,8	60	0	68,4	47,4
Le malade a reçu de l'aide	Non	34,4 **	57,2 **	57,8	60,6 ***	41
	Oui	46,6	70,5	66,3	87,8	35,8
Richesse du ménage	Pauvre	34,7 **	64,3	63,3	71 **	40,2
	Niveau moyen	40,8	66,1	59,2	74,5	36,9
	Riche	49,6	67,3	68,6	83,8	36,8

Valeur de P : * si $0,05 < \text{ou} = P < 0,01$ / ** si $0,01 < \text{ou} = P < 0,001$ / *** si $P < 0,001$

Tableau 2 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables indépendantes comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au premier recours : résultat de la régression logistique.
(N = 742)

Variabiles	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Grave (1)	0,54	1,13	0,75 – 1,71
	Très grave (2)	0,12	1,38	0,91 – 2,10
Le malade a reçu de l'aide	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,0040	1,59	1,16 – 2,19
Richesse du ménage	Pauvre (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Niveau moyen (1)	0,0950	1,35	0,94 – 1,96
	Riche (2)	0,0018	1,81	1,24 – 2,63

Variables qui sortent de l'équation finale parce que non significatives : (1) profession du malade, (2) perception des symptômes, (3) âge du malade, (4) gravité perçue, (5) sexe du malade, (6) lien du malade avec le chef du ménage, (7) gravité perçue par le malade.

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 1,16$; $df = 8$; $P = 0,99$

NB : La variable « gravité perçue du malade » n'est pas significative. Mais elle a été conservée dans le tableau (2) parce qu'elle fait partie de nos variables d'intérêt.

Tableau 3 : Test de la gravité, de l'aide et autres variables comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au deuxième recours : résultat de la régression logistique (N = 742).

Variabiles	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
Le malade a reçu de l'aide	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,011	1,66	1,12 – 2,48
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) <u>réf</u>	-	-	-
	Grave (1)	0,10	1,56	0,91 – 2,68
	Très grave (2)	0,033	1,81	1,04 – 3,14

Variables sortant de l'équation finale parce que non significatives : (1) profession du malade, (2) perception des symptômes, (3) âge du malade, (4) sexe du malade, (5) lien du malade avec le chef du ménage, (6) richesse du ménage

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 3,09$; $df = 8$; $P = 0,92$

Tableau 4 : Test de l'aide et autres variables comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au troisième recours : résultat de la régression logistique (N = 742).

Variabes	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
Le malade a reçu de l'aide	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,60	1,23	0,55 – 2,75
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Grave (1)	0,81	1,16	0,31 – 4,35
	Très grave (2)	0,53	1,50	0,41 – 5,52

Variables sortant de l'équation finale parce que non significatives: (1) profession du malade, (2) perception des symptômes, (3) âge du malade, (4) gravité perçue, (5) sexe du malade, (6) lien du malade avec le chef du ménage, (7) richesse du ménage, (8) aide reçue, (9) gravité perçue.

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 7,89$; $df = 8$; $P = 0,44$

NB : les variables « aide reçue » et « gravité perçue du malade » ne sont pas significatives. Mais elles figurent au tableau (4) parce qu'elles font partie de nos variables d'intérêt.

Tableau 5 : Test de la gravité perçue, de l'aide et autres variables comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services modernes formels au recours général : résultat de la régression logistique (N = 724)

Variabiles	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
Le malade a reçu de l'aide	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,0001	4,24	2,87 – 6,26
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Grave (1)	0,0042	1,91	1,22 – 2,97
	Très grave (2)	0,0001	2,86	1,75 – 4,86
Richesse du ménage	Pauvre (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Niveau moyen (1)	0,20	1,31	0,85 – 2,01
	Riche (2)	0,0014	2,18	1,35 – 3,51

Variables sortant de l'équation finale parce que non significatives: (1) profession du malade, (2) perception de la nature de la maladie, (3) sexe du malade, (6) lien du malade avec le chef du ménage.

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 2,62$; $df = 8$; $P = 0,95$

Tableau 6: Test de la gravité perçue, de l'aide et autres variables comme facteurs prédisposant à l'utilisation des services appropriés : résultat de la régression logistique (N = 742).

Variabes	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
<u>Le malade a reçu de l'aide</u>	Non (0) réf.	-	-	-
	Oui (1)	0,11	1,35	0,93 – 1,97
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) réf.	-	-	-
	Grave (1)	0,0001	0,04	0,02 – 0,07
	Très grave (2)	0,0001	0,11	0,07 – 0,19

Variables sortant de l'équation finale parce que non significatives: (1) profession du malade, (2) perception de la nature de la maladie (3) sexe du malade, (4) lien du malade avec le chef du ménage, (5) richesse du ménage, (6) âge du malade, (7) aide reçue.

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $\chi^2 = 24,96$; $df = 4$; $P = 0,0001$

NB : La variable « aide reçue » n'est pas significative. Elle a été conservée dans le tableau (6) parce qu'elle fait partie de nos variables d'intérêt.

Tableau 7: Opinions des différents groupes de malades après l'utilisation des services (N = 742).

	<i>Montant dépensé</i>	<i>%</i>	<i>Perception des dépenses</i>	<i>%</i>	<i>Résultats des soins</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction</i>	<i>%</i>
<i>Malades ayant utilisé les services modernes formels</i>	Inf. à 5000	19,7	Peu élevé	21,4	Pas d'amélioration	16,6	Pas du tout satisfait	14,6
	5001 à 20000	29	Élevé	32,6	Amélioration	60,8	Un peu satisfait	26,5
	20001 à 50000	17,6	Très élevé	46	Guérison	22,6	Satisfait	35,4
	50001 à 100000	14,9					Très satisfait	23,5
	100 000 et plus	18,8						
<i>Malades ayant utilisé exclusivement l'autotraitement et les services non formels.</i>	Inf. à 5000	59,4	Peu élevé	64,3	Pas d'amélioration	24	Pas du tout satisfait	19,7
	5001 à 20000	22,4	Élevé	25,2	Amélioration	60,8	Un peu satisfait	22
	20001 à 50000	9,8	Très élevé	10,5	Guérison	15,6	Satisfait	40,2
	50001 à 100000	5,6					Très satisfait	18,1
	100 000 et plus	2,8						
<i>Malades ayant eu un itinéraire de soins juste</i>	Inf. à 5000	31,6	Peu élevé	32,3	Pas d'amélioration	17,9	Pas du tout satisfait	19,9
	5001 à 20000	21,3	Élevé	27,4	Amélioration	64,2	Un peu satisfait	23,2
	20001 à 50000	13,3	Très élevé	40,3	Guérison	17,9	Satisfait	34,3
	50001 à 100000	15,6					Très satisfait	22,7
	100 000 et plus	18,3						
<i>Malades ayant eu un itinéraire de soins inadéquat</i>	Inf. à 5000	25,7	Peu élevé	28,9	Pas d'amélioration	18,7	Pas du tout satisfait	13,7
	5001 à 20000	31,5	Élevé	33,3	Amélioration	58,6	Un peu satisfait	26,6
	20001 à 50000	17,6	Très élevé	37,7	Guérison	22,7	Satisfait	37,7
	50001 à 100000	11,3					Très satisfait	21,9
	100 000 et plus	13,9						

Valeur de P : * = 0,05 < ou égal à P < à 0,01 ; ** = P < à 0,01

Tableau 8 : Présentation de l'accès aux services modernes formels selon les catégories de malades. (N = 742)

	Non accès aux services modernes formels	Accès aux services modernes formels	Total
Malades pauvres qui ne reçoivent pas d'aide	52 (46,8 %)	59 (53,2 %)	111 (100 %)
Malades pauvres qui reçoivent de l'aide	23 (15,5 %)	125 (84, 5 %)	148 (100 %)
Malades très graves qui ne reçoivent pas d'aide	27 (32,1 %)	57 (67,9 %)	84 (100 %)
Malades très graves qui reçoivent de l'aide	15 (7,4 %)	189 (92,6 %)	204 (100 %)

Article III

Les déterminants de l'aide financière pour l'accès aux soins de santé modernes ou comment le capital social s'échange en capital économique pour l'accès aux soins : Une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire)

Auteurs : Aye Marcellin, Fournier Pierre, Champagne François.

Résumé

Depuis l'instauration de la tarification des services dans les établissements sanitaires publics en Afrique, plusieurs études rapportent qu'une grande majorité des malades démunis des régions rurales et périurbaines n'ont accès aux soins de santé modernes que grâce à l'aide financière de leurs parents, amis ou associations dans lesquelles ils militent.

Quels sont les facteurs qui rendent possible cette solidarité aux malades pour l'accès aux services de santé modernes ? Pour comprendre et expliquer les processus sociaux qui permettent cette solidarité, nous avons entrepris une enquête dans la commune rurale d'Agou située au sud-est de la Côte d'Ivoire.

D'après nos résultats, la solidarité pour l'accès aux soins modernes se base sur trois groupes de facteurs à savoir : de prédisposition, de capacité et de déclenchement. Dans le cadre de cette étude, les facteurs de prédisposition qui agissent significativement sur l'aide sont : (1) le nombre d'enfants du chef de ménage dont est issu le malade et (2) le sexe du malade. Pour les facteurs de déclenchement, se dégagent : (1) le niveau de gravité perçue par le malade et son entourage ainsi que (2) le type de diagnostic que le malade et son entourage attribuent à la maladie. Enfin quant aux facteurs de capacité, seule l'existence d'un réseau d'aide du chef de ménage, confirmant le bon niveau du capital social du malade ressort. La forte influence du capital social dans le mécanisme de solidarité découle partiellement de l'organisation sociale du peuple Attié. Comme le soulignait Putnam(1993), l'existence de forte vie associative dans une communauté est un signe d'échanges réciproques permanents entre les habitants et le développement d'un bon niveau de capital social dans celle-ci. En pays attié, la vie associative paraît très intense et très populaire. Les résultats semblent aussi montrer que plusieurs enfants en bas âge n'ont pas bénéficié d'aide, dans la mesure où très peu sont soignés, grâce à l'aide des proches. Ceci peut être vrai mais il faut toutefois retenir que, compte tenu de l'influence sociale des parents sur la vie de leurs enfants, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces derniers ont probablement bénéficié d'aide mais que celle-ci a été utilisée à d'autres fins.

Mots clés : accès aux soins modernes, solidarité, aide financière, capital social, milieu rural, Côte d'Ivoire.

Définition du problème et contexte de l'étude

Définition du problème

Le rôle de l'aide financière des proches dans l'accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne a très peu fait l'objet d'études. Cependant, avec les conséquences des politiques de financement des services par les usagers sur l'équité d'accès aux services de santé modernes (Dumoulin et Kaddar, 1993), plusieurs études commencent à s'intéresser aux stratégies développées par les malades et leurs familles pour avoir accès aux soins de santé modernes devenus payants. Dans une étude au Burkina Faso, Sauerborn et al. (1996) identifient les stratégies développées par les ménages pour s'acquitter des frais de services. Parmi celles-ci, la solidarité et l'entraide des parents et amis se dégagent. Wallman et al. (1996), dans une étude menée à Kampala (Ouganda) constatent que, pour payer les soins, les malades recourent à trois types de ressources à savoir; les ressources matérielles et sociales ainsi que celles qui se rapportent à l'investissement. Lorsque les ressources provenant du matériel et de l'investissement sont ou deviennent inexistantes, les ressources sociales (solidarité et aides des parents et amis) demeurent les seules qui permettent aux malades d'avoir accès aux soins de santé modernes. Dans une étude au Niger, Raynaut (1986) s'attarde au rôle de la solidarité dans une bonne alimentation (alimentation équilibrée) des enfants des ménages Haoussa démunis. Il nous montre comment, à travers un échange solidaire de nourriture entre ménages, les « Haoussa » pauvres réussissent à s'alimenter de mets équilibrés contenant tous les nutriments essentiels pour leurs enfants qui, sinon, souffriraient de malnutrition. Dans une analyse du concept de la solidarité en Afrique, Raynaut (1990) va plus loin en affirmant que la solidarité en Afrique repose sur une logique économique pour laquelle la vraie richesse réside dans la capitalisation des liens sociaux. L'inégalité est constitutive de l'ordre social: elle sert de support à des flux de biens et services

qui permettent aux riches d'affirmer leur prospérité en aidant les pauvres à survivre. Ainsi, toute personne riche s'appuie-t-elle sur un réseau de dépendants qui contribuent à sa fortune et à son prestige social mais bénéficient en retour de sa protection et de sa générosité. Plusieurs travaux de recherche et publications (Mahieu, 1989; Raynaut, 1990; Eloundou, 1992; Ela, 1994; Adjamagbo, 1997; Marie, 1997; Ayé et coll., 2000 a; 2000 b) ont déjà rapporté l'enracinement de la solidarité dans les pratiques sociales africaines. Comme le mentionne Marie (1997) :

« En ces temps de crises économiques permanentes où les mesures d'ajustement structurel viennent remettre en cause, de manière définitive, les modes officiels de redistribution sociale existants, les familles africaines se voient obligées de développer de nouvelles formes de solidarité ou de renforcer celles qui existaient, pour se soutenir dans les situations difficiles et maintenir l'équilibre et la cohésion sociale ».

La solidarité ou l'entraide représente l'un des moyens par lesquels les populations africaines en général et les populations ivoiriennes des zones rurales en particulier résolvent les problèmes économiques et sociaux auxquels elles sont confrontées.

Dans cette étude, notre objectif principal vise à déterminer les facteurs à la base de cette aide financière (solidarité) apportée aux malades pour l'accès aux soins de santé modernes désormais payants. Autrement dit, quels sont les facteurs qui rendent l'aide financière des proches possible pour faciliter l'accès aux services de santé modernes?

Contexte de l'étude

Notre étude se déroule dans la commune rurale d'Agou¹, située dans le département d'Azdopé en Côte d'Ivoire. Cette commune se compose de cinq villages : Agou, Boudépé, Grand-Akoudzin, Andé et Diapé. Comme toute la région d'Azdopé², la commune d'Agou est peuplée quasi exclusivement d'Attiés³. Selon les études socio-anthropologiques (Paulme, 1966; Ferrari et al., 1970), la population Attié, comme les Baoulé et les Agni sont venus du Ghana actuel pour s'établir en Côte d'Ivoire. Ils appartiennent au grand groupe Akan et au sous-groupe Agni-ashanti. Cependant, contrairement aux Agni et Baoulé qui gardent un système traditionnel d'organisation politique très hiérarchisé comprenant l'existence de rois dans certains cas, les Attiés ont adopté une organisation politique très décentralisée où l'autorité du chef d'un village ne s'étend que sur son village et les campements fondés par ce village (Ferrari et al., 1970). Cette organisation politique très simple contraste cependant avec une organisation sociale très complexe et très dense, fondée sur l'élaboration précise de règles de la parenté et de systèmes de classes d'âge. En pays attié, la famille constitue la base de l'organisation sociale. Une grande famille comprend aussi bien les conjoints et leurs enfants que les grands-parents, les oncles, les cousins, les neveux. Il semble plutôt habituel de trouver, dans un même ménage : le grand-père, le père et le fils avec chacun son foyer.

1. Agou : commune rurale du département d'Azdopé. Elle est située à 100 km d'Abidjan (capitale économique) c'est le Chef-lieu des Attiés du canton Tchoyasso (Tchoyasso qui veut dire : les gens de la région des palmiers).

2. Azdopé est le chef-lieu de la région attiée. C'est une préfecture et un département. Sa population est évaluée à 100 000 habitants. Il se situe sur la route nationale du sud-est de la Côte d'Ivoire à environ 100 km d'Abidjan. En voiture, il faut environ une heure pour aller d'Abidjan à Adzopé.

3. Attié : groupe ethnique de la Côte d'Ivoire, qui peut s'écrire aussi Akyé. Les Attiés font partie du grand groupe akan. Ils sont localisés dans la partie sud-est de la Côte d'Ivoire, au nord-est de la ville d'Abidjan. Les principales villes attiées sont Adzopé et Ayaman.

Chaque foyer conserve son autonomie, sans pour autant perdre ses « acquis sociaux » en ce qui concerne la solidarité et l'entraide. Ainsi pouvons nous observer, dans une même cour, le grand-père qui garde son autorité de chef de famille même rendu à la charge de son fils ou de son petit-fils. Lorsqu'un enfant se marie, le mariage doit nécessairement se célébrer en présence des représentants de chacune des deux familles.

Sur le plan de la filiation, la communauté Attié constitue un groupe intermédiaire entre les communautés patriarcales de l'ouest et les communautés matriarcales de l'est de la Côte d'Ivoire. Elle appartient à l'ensemble matriarcal, mais avec patrilocalité (Paulme, 1966; Dian Boni, 1970). Un enfant qui y naît est fortement attaché à sa famille maternelle, il hérite de son oncle maternel; mais il reste élevé par son père chez qui il réside et qui assure son éducation. Sa filiation paternelle lui confèrera sa classe d'âge et son statut social. Si ce fils venait à mourir, les biens acquis au cours de sa vie (or, argent, plantations) reviendront à la famille maternelle, son neveu (le fils de sa sœur) héritant de ces biens. En pays Attié particulièrement et en système matrilineaire généralement, un fils n'hérite jamais de son père (Anta Diop, 1967). L'essentiel des biens du défunt est plutôt attribué aux héritiers de la famille maternelle. Il faut toutefois reconnaître que cette forte influence de la famille maternelle s'atténue dans certains cas, par l'organisation sociale. En effet, si l'individu est rattaché à sa famille maternelle par le lignage, il devient aussi lié à la famille paternelle par sa résidence, son éducation, son alliance matrimoniale et sa classe d'âge. De son vivant, sa famille paternelle profitera de ses avoirs et de ses richesses. C'est à sa mort que la famille maternelle pourra, à son tour, bénéficier de ses biens. Comme pour plusieurs communautés africaines, la modernisation a

entraîné de profonds bouleversements dans l'organisation sociale et politique Attié. Au plan politique, le chef du village ne représente plus la seule autorité à laquelle peut se référer la population, en cas de litiges. Désormais, les autorités administratives comme le sous-préfet, le juge ou le chef de gendarmerie existent et peuvent intervenir. L'adoption du code civil par l'Assemblée nationale ivoirienne a aussi entraîné de profonds bouleversements d'ordre social (Kaudjis-Offoumou, 1994). Le mariage étant désormais laissé au libre choix des hommes et des femmes, nous assistons à de nombreux refus de la part des femmes. Certaines femmes déjà mariées par la coutume exigent un mariage légal ou refusent la venue dans le foyer, d'une autre épouse. Dans certains cas, ces conflits entraînent le divorce et laissent une femme qui se trouve démunie, après plusieurs années de travail avec son époux (Yapi; 1986). Avec le code civil, les enfants sont désormais reconnus les seuls héritiers de leur père. Cette situation engendre des conflits avec les épouses du défunt mari ou sa famille, mais aussi avec les autorités traditionnelles qui perçoivent, dans ces nouvelles lois une forme de mépris de leurs valeurs traditionnelles et conséquemment de leur identité propre (Dian Boni; 1970). La communauté Attié est ainsi devenue une société hétérogène, caractérisée par un enchevêtrement complexe dans lequel les différents acteurs sociaux, collectifs ou individuels, évoluent avec des valeurs culturelles et sociales très diversifiées.

Au niveau socio-économique, la commune rurale d'Agou fait partie des régions qui ont bénéficié du boom économique ivoirien des années 70. Nous y rencontrons une forte communauté d'immigrants formés pour la plupart de manœuvres agricoles, venus des pays limitrophes de la Côte d'Ivoire. La structure du système de santé de cette région correspond à celle de la Côte d'Ivoire. Elle est organisée de façon hiérarchique et centralisée avec des formations sanitaires qui partent des villages

situés en périphérie vers les villes et principalement Abidjan (capitale économique) qui concentre tous les centres hospitaliers universitaires et les grandes cliniques privées. Chacun des villages de l'enquête possède son centre de santé composé d'un dispensaire et d'une maternité. Ces centres de santé villageois constituent l'une des portes d'entrée dans le système de santé en général. Le système de santé est organisé de sorte que le besoin de santé corresponde à un service approprié socialement admis (Aye et al., 2000). Le recours aux soins de santé modernes engendre non seulement des coûts directs mais aussi des coûts indirects souvent très élevés. Dans un tel contexte, l'aide financière d'un parent, d'un ami ou d'une association devient un revenu additionnel qui très souvent permet ou facilite l'accès et l'utilisation des services modernes de santé.

Cadre conceptuel et modèle théorique

Introduction

Les analyses théoriques effectuées par Bibeau (1994), Polany (1975) et Bourdieu (1980, 1986, 1989, 1993; 1992; 1994) ont servi de référence dans cet essai de conceptualisation des déterminants de la solidarité qui permet à un malade démuné d'avoir accès à des soins payants. Selon Bibeau (1994); « *La loi du don est l'envers du don de la loi* ». Autrement dit, la logique qui pousse l'être humain à donner tire son origine dans la genèse de la vie, cette dernière, elle-même reconnue comme un don de Dieu. De ce point de vue, le désir de donner, chez l'être humain, serait ressenti aussi fortement que celui de recevoir. Comme le soulignaient Godbout et Caillé (1995), « *L'appât du don est aussi important que l'appât du gain* ». Il devient

alors tout aussi essentiel d'élucider les facteurs à la base du don et de la solidarité que de connaître les lois du marché ou de la bureaucratie.

Dans le cadre de cette étude, notre objectif principal vise à comprendre et expliquer les facteurs à la base du don et de la solidarité. Notre démarche paraît d'autant plus nécessaire que les recherches en sciences sociales n'ont principalement concerné que les deux systèmes de régulation sociale que représentent le système public et le marché. Comme l'avance Polany (1975), un troisième système de régulation sociale existe bel et bien et se nomme solidarité. Ce système prend toute son importance lorsque, dans une société donnée, le marché et la bureaucratie de l'État ne fonctionnent pas comme il se doit. C'est le cas des pays d'Afrique au sud du Sahara où, face à la faiblesse de la logique du marché et à l'incapacité des États à assumer leur responsabilité, les populations se replient sur les logiques de solidarité, de dons mutuels et d'entraide pour survivre. Selon Polany (1975), il existe théoriquement trois logiques de régulation des sociétés humaines : (i) le système de régulation publique ou l'État, (ii) le système de régulation par le marché et (iii) le système de régulation par la solidarité ou la réciprocité. Ces trois modèles de régulation, modèles types au sens de Weber, proposent des approches différentes pour réguler les problèmes d'organisation et de cohésion sociale. Ils comprennent tous les trois des normes, des règles et un processus de socialisation des individus pour l'intériorisation des valeurs et croyances qu'ils proposent.

Le modèle de régulation public ou l'État

La justice sociale constitue la base morale de l'État. Les indicateurs de réussite qui objectivent cette justice sociale se retrouvent dans l'équité et l'égalité sociale, qui assurent la cohésion sociale. Ce modèle de régulation sociale se fonde sur l'autorité. Cette autorité peut s'exercer parce qu'elle jouit d'une légitimité acquise soit de manière démocratique ou par charisme social ou religieux. Son principe organisationnel se transpose dans la hiérarchie. Son autorité se manifeste par la force morale ou physique. Il détient le mandat d'effectuer une redistribution équitable et efficiente des ressources auprès de tous les citoyens. Les experts et les technocrates y remplissent un rôle important. Le capital culturel¹ représente le capital dominant dans ce type de sociétés. Le rôle essentiel que jouent les technocrates et les experts se justifie par leur capacité de présenter leur action comme rationnelle et apolitique, motivée uniquement par l'intérêt public (Contandriopoulos et coll., 1996). Fort de sa légitimité et de son autorité, l'État s'autorise à prélever des impôts et des taxes pour offrir en retour, des prestations de biens et services aux citoyens.

1. Nous entendons par **capital culturel** l'ensemble des qualifications intellectuelles des membres d'une société. La qualité intellectuelle des ingénieurs, administrateurs et savants d'une société permet d'apprécier sa grandeur. Référence : Bourdieu (1996).

Le système de régulation par le marché

La finalité de ce système vise à permettre à chaque individu de maximiser son intérêt, une maximisation de l'intérêt individuel de chacun qui, assure finalement l'intérêt collectif. C'est la théorie de la « main invisible » préconisée par Adams Smith (1976). Ce modèle de régulation se fonde sur l'échange, un échange où l'on achète et l'on vend des biens et des services.

La répartition des ressources découle de ce fait de « l'optimum de Pareto », puisque cette attribution ne saurait être modifiée, sans pénaliser au moins l'un des agents économiques (Contandriopoulos et coll., 1996) . Le fonctionnement de ce mode de régulation repose sur des présupposés très forts:

- 1 Les acteurs sont rationnels et souverains, chacun cherche à optimiser son utilité;
- 2 Tous les acteurs sont parfaitement informés des caractéristiques et des prix de toutes les marchandises;
- 3 Le marché est fragmenté de sorte qu'aucun acteur ne peut modifier le prix d'échange. Les économies d'échelle demeurent impossibles;
- 4 Les ajustements se font automatiquement;
- 5 Chacun peut entrer librement dans le marché. La capacité d'un fournisseur à demeurer dans le marché dépend de sa performance économique, c'est-à-dire de sa capacité de générer des profits. Les moins compétitifs font faillite;

- 6 La principale responsabilité de l'État consiste à garantir la commercialisation des biens et des services sur des marchés en libre concurrence.

Le système de régulation par la solidarité

Ce un modèle de régulation se fonde sur l'entraide et le soutien mutuel. La finalité de ce système ne vise pas le bien-être de l'individu, mais bien plutôt celui de l'ensemble qui n'est pas l'État, mais les membres de la communauté, du groupe, bref, les proches. La logique économique, dans ce cas, repose sur le principe que la véritable richesse ne réside que dans la capitalisation des liens sociaux. Pour avoir le bien, il faut faire le lien (Mauss, 1985). L'indicateur du bon fonctionnement de ce mode de régulation sociale se constate dans le niveau d'aide, de dons et de contre-dons, de confiance, de coopération volontaire, de réciprocité, de compassion et de soutien. La cohésion sociale est maintenue par cette incapacité de jouir des fruits de son labeur de manière égoïste, sans se préoccuper de la situation de ses proches.

Concernant l'Afrique, continent où la solidarité comme mode de régulation semble répandue. Raynaut (1990) s'exprime ainsi :

« La solidarité en Afrique repose sur une logique économique pour laquelle la vraie richesse réside dans la capitalisation des liens sociaux. L'inégalité est constitutive de l'ordre social: elle sert de support à des flux de biens et services qui permettent aux riches d'affirmer leur prospérité en aidant les pauvres à survivre. Ainsi, toute personne riche s'appuie-t-elle sur un réseau de dépendants qui contribuent à sa fortune et à son prestige social mais bénéficient en retour de sa protection et de sa générosité (Raynaut, 1990) ».

Cette domination de la solidarité imprime à la société et aux individus des formes d'interactions sociales que la théorie de l'économie générale de la pratique de Bourdieu nous aide à expliquer.

Modèle théorique

Malgré l'influence de la rationalité économique dans les sociétés contemporaines, plusieurs écrits (Sen, 1993; Selznik, 1994; Étzioni, 1990; Bourdieu, 1989; 1992; 1994) contiennent de plus en plus de réserves quant à la capacité du marché à expliquer tous les échanges sociaux entre êtres humains. D'après certains auteurs (Ela, 1994; Latouche, 1998), cette incapacité paraît encore plus manifeste dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne. Dans son ouvrage sur le « *don et le marché* » en Afrique, Latouche (1998), nous invite à nous questionner sur l'effort de survie des sociétés africaines. Ainsi remarque-t-il :

« Si l'on est convaincu du caractère universel de la modernité occidentale, soit de manière explicite ou implicite, il est difficile dans tous les cas, de nourrir le moindre espoir pour l'Afrique. [...] Pourtant! Force est de constater que ce radeau africain à la dérive, pour dérisoire qu'il paraisse, porte environ huit cents millions de personnes. Toutes ne sont pas des squelettes faméliques, des rescapés des camps de la mort. Toutes ne vivent pas de la seule charité internationale. La survie de cette planète noire, en supposant que n'y règne que la misère, est tout de même un problème théorique et pratique. Quiconque y réfléchit de bonne foi ne peut manquer de s'interroger sur le mystère de cette survie (Latouche, 1998)».

En effet, cette survie peut sembler un mystère tant que nous nous limitons à une analyse des échanges sociaux par le seul biais du marché. Dès le moment où nous mettons en veilleuse la rationalité économique pour appréhender les échanges sociaux sur un plan plus large, nous nous apercevons que l'Afrique doit sa survie à l'existence d'autres genres de capitaux, extérieurs au capital économique.

L'existence de ces capitaux permet à la cohésion et à la stabilité sociale de se maintenir et ce, malgré la misère matérielle. Comme le mentionne Accardo (1997), le processus social d'échanges interindividuels représente avant tout un processus d'échanges de capitaux dont les quatre principaux à savoir : le capital économique, culturel, social et symbolique couvrent diverses facettes de la vie.

- 1- Le capital économique : constitué des différents facteurs de productions (terres, usines, travail) et de l'ensemble des biens économiques (revenu, salaire, patrimoine, biens matériels et financiers) que peut détenir un agent social;

- 2- Le capital culturel : correspond à l'ensemble des qualifications intellectuelles, soit produites par le système scolaire, soit transmises par la famille. Ce capital peut exister sous trois formes : à l'état incorporé comme disposition durable du corps (l'aisance d'expression publique); à l'état objectif comme bien culturel (possession de tableaux, d'ouvrages) ou à l'état institutionnalisé, c'est-à-dire socialement sanctionné par des institutions (les titres scolaires, prix, titres professionnels);

- 3- Le capital social : se définit essentiellement comme l'ensemble des relations sociales dont dispose un individu ou groupe. La détention de ce capital implique un travail d'instauration et d'entretien des relations, c'est-à-dire de sociabilité :

invitations réciproques, attentions particulières, loisirs communs, largesses prodiguées, tendresse, affection, etc;

- 4- Le capital symbolique : correspond à l'ensemble des rituels (étiquette ou protocole) liés à l'honneur et à la reconnaissance. Il équivaut finalement au crédit et à l'autorité attribuée à un agent par la collectivité qui admet sa possession des trois autres formes de capital. L'agent social acquiert du crédit socialement quand d'autres agents reconnaissent en lui telle ou telle propriété valorisante. Ces propriétés valorisantes lui permettent de monter dans l'échelle sociale, de mériter la considération et d'affirmer son identité (Bourdieu, 1994; Bonnewitz, 1997).

Dans tout échange social, un échange de capitaux s'effectue. Lorsqu'une interaction sociale se passe entre deux individus « A » et « B » tel que l'indique la figure 1, un échange de capitaux intervient. L'individu « A » peut recevoir de l'individu « B » les quatre types de capitaux tout comme l'individu « B » peut recevoir de l'individu « A » les quatre types de capitaux. Ainsi existe-t-il seize différentes formes d'échange de capitaux entre deux individus. Comme l'illustre la figure 1, à travers ces échanges sociaux, une accumulation de bonnes ou de mauvaises relations peut produire du capital social ou nuire à celui-ci. De bonnes manières, de la sympathie mutuelle et surtout de la confiance entre les deux agents sociaux favorise le développement de capital social qui à son tour va favoriser la solidarité. Comme le montre aussi la figure 1 la solidarité pour l'accès aux services payants est due à

plusieurs interactions sociales qui engendrent un bon niveau de capital social. Pour que la solidarité voit le jour, grandisse et se manifeste concrètement, un bon niveau de capital social entre les deux antagonistes devient absolument essentiel. Le processus d'interaction sociale qui aboutit à la solidarité est déterminé par trois groupes de facteurs : les facteurs de prédisposition, de capacité et de déclenchement figure 2. Dans le cadre de notre étude, « B » est malade. Sa maladie nécessite un recours aux services de santé modernes tous payants. L'agent « A » apporte une aide financière (capital économique) à l'agent « B ». Cette aide financière permet à l'agent « B » d'avoir accès aux soins, de se soigner et d'améliorer son bien-être. En aidant financièrement l'agent « B », l'agent « A » en retire soit du capital social, culturel ou symbolique, mais pas de capital économique. « B », quant à lui, peut recevoir de « A » toutes les formes de capitaux en plus du capital économique figure 1. Les agents sociaux « A » et « B » qui entrent en interaction représentent des entités humaines, vivantes, possédant chacune des caractéristiques propres. Ces caractéristiques qui préexistent avant le processus de solidarité se nomment les *facteurs de prédisposition*. Les *facteurs de capacité* mesurent, quant à eux, le niveau de capital social. En effet, il faut du capital social entre deux individus pour que la solidarité soit possible. Enfin, les *facteurs de déclenchement* de la solidarité peuvent être soit un événement heureux ou soit un événement malheureux qui déclenche le processus. Dans notre étude, le facteur de déclenchement devient la maladie. Pour cette première recherche, nous nous sommes intéressés au cas spécifique du malade.

Figure 1: modèle conceptuel de l'aide financière des proches pour l'accès aux soins

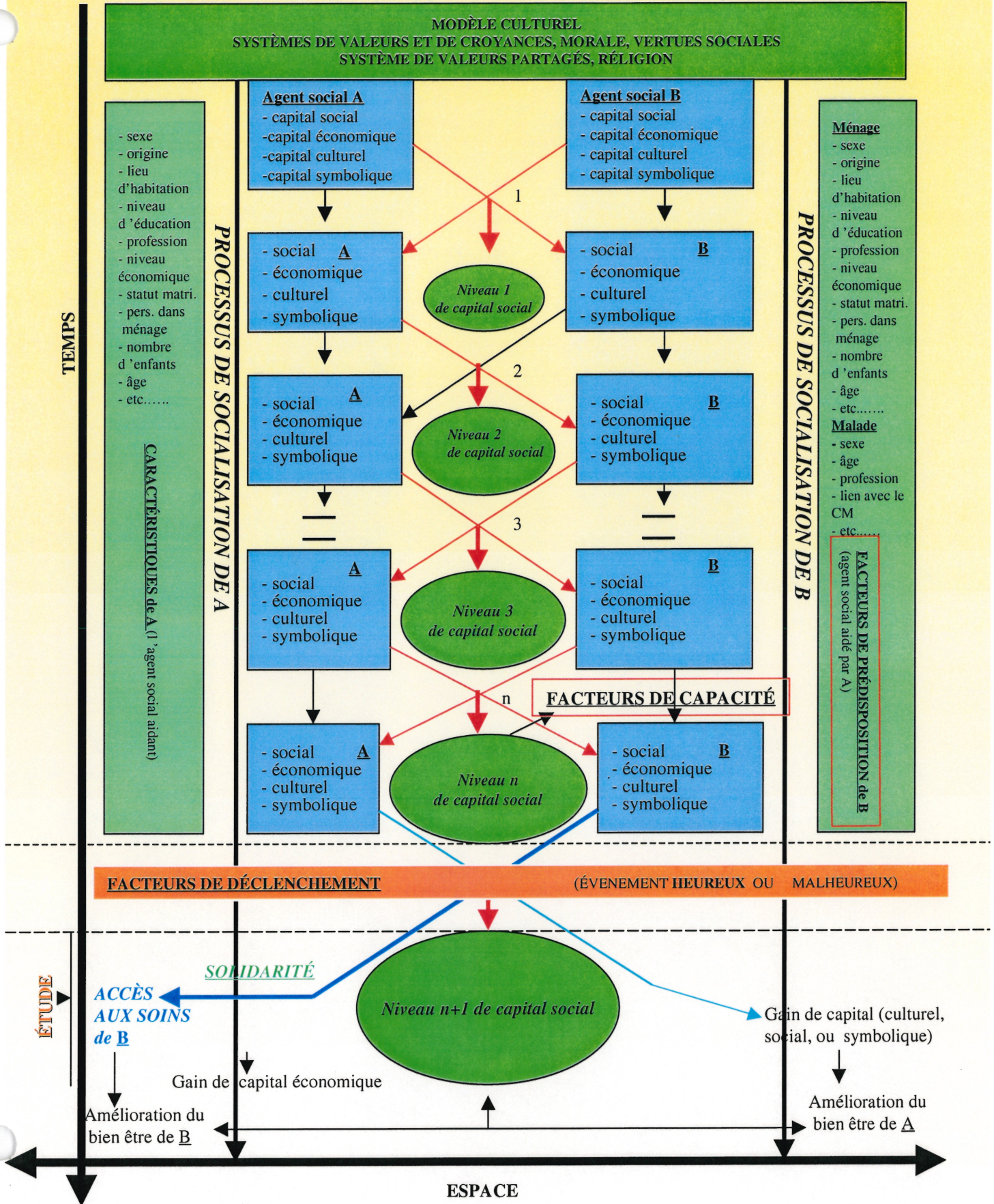
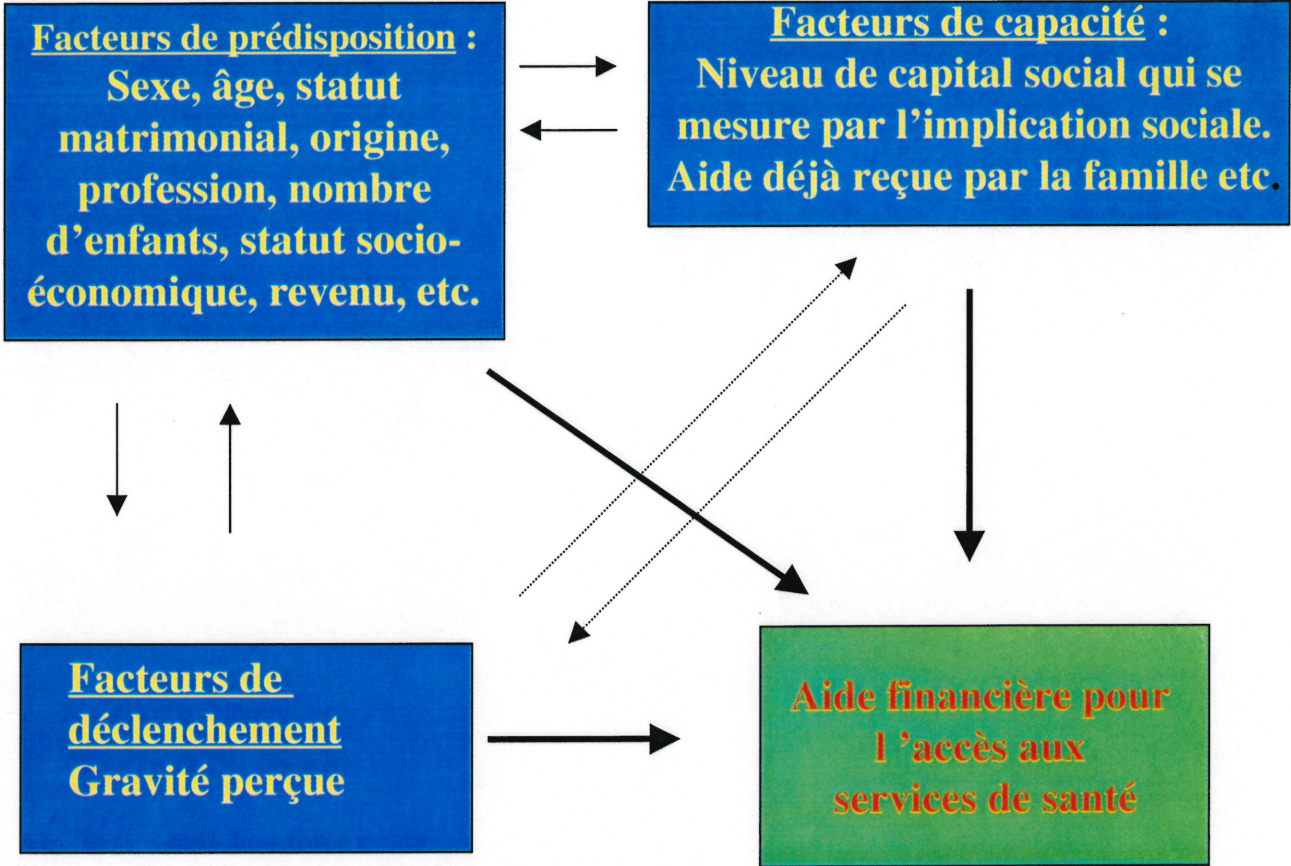


Figure 2: Les déterminants de la solidarité pour l'accès aux soins de santé modernes



Méthodologie et analyse

4.3.2. Mode de calcul de la taille d'échantillon

Nous avons tiré au sort, parmi les cinq communes du département d'Adzopé. Celle qui a été choisie est la commune d'Agou communément appelée la région du *Tchoyasso*¹. Pour respecter l'uniformité socioculturelle de cette région tous les villages composant la commune d'Agou ont été retenus, à savoir : Agou, Boudépé, Grand-Akoudzin; Andé et Diapé. Le calcul de la taille de l'échantillon s'est appuyé sur la prévalence du nombre de malades graves lorsqu'on fait une étude avec un délais de rappel de huit semaines. Le calcul de la taille d'échantillon s'appuie d'une part sur la procédure préconisée par l'O.M.S (1991) pour la détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques et d'autre part, de la méthode de Fleiss (1981). En Afrique, pour obtenir un ménage dont une personne a traversé un épisode de maladie dans les **deux semaines** précédents, il faut visiter trois ménages (Sidibé et de Béthune, 1994; cité par Diakité (1998). Autrement dit, la prévalence de malade est de 1/3 soit 33%. Notre période de rappel de **huit semaines**, favorise la possibilité d'obtenir un taux de malades plus élevé (un malade par ménage au lieu d'un malade pour trois ménages) car plus le délai augmente plus le nombre de malades à rencontrer sera élevé, dans une étude transversale. Ce qu'est notre étude.

1. Le Tchoyasso est l'un des cinq cantons Attié. Son chef-lieu est le village d'Agou. Tchoyasso signifie les gens de la région des palmiers.

Toutefois, notre objectif de ne retenir que des cas graves nous ramène à ratio de prévalence d'un malade grave pour trois ménages (1/3). P est égal à 33% dans la population, soit **1 malade grave pour 3 ménages** avec un délai de **8 semaines**. (1-P) est égal alors à 67%. En utilisant la formule de Fleiss¹ ($N = 1,96^2 * P(1-P)/d^2$) au seuil de signification de 95% avec une précision = 0.05, nous arrivons à : $n = 1,96^2 * 0.33 (67) / (0,05)^2 = 340$ malades. Sachant que pour un malade **grave**, il nous faut enquêter en moyenne dans trois ménages différents, le nombre de ménages requis s'élève à : $N = n * 3$ soit $430 * 3 = 1020$ ménages. La collecte de données se déroulant dans cinq villages, il fallait donc interroger en moyenne 200 chefs de ménage par village. Il est important de noter que le calcul de la taille d'échantillon pour notre étude ne répond pas à un besoin de mettre en évidence une différence entre malade aidé et malade non aidé. Il est plutôt fait pour déterminer le nombre de cas à sélectionner (Taille d'échantillon) pour augmenter la puissance statistique de nos tests. En effet, avec comme le disent certains auteurs (Cohen J., 1977), un nombre de sujet égal à 300 ou 400 cas donne une puissance de test de 80 à 90%. L'équipe d'enquête disposait de deux jours et chacun des dix enquêteurs devait visiter dix ménages par jour.

1. La méthode de Fleiss (Fleiss, 1981) est une technique statistique pour calculer la taille d'échantillon quand le chercheur connaît à travers d'autres études, la prévalence ou l'incidence de l'objet de l'étude.

Instruments de collecte

La cueillette des données s'est effectuée à l'aide de deux questionnaires : l'un destiné au chef de ménage et l'autre au malade. Ces questionnaires avaient été prétestés à deux reprises. Ces deux tests ont permis de modifier la formulation de certaines questions et d'en supprimer d'autres. Les entrevues ont été réalisées par dix enquêteurs et quatre superviseurs expérimentés, tous originaires de la région d'étude. Ils ont reçu une formation de cinq jours au cours de laquelle les questionnaires ont été traduits en langue locale.

Description opérationnelle des variables de l'étude

Les variables caractérisant l'aide pour l'accès aux soins

Elles sont au nombre de deux : l'aide pour l'accès aux services en général et l'aide pour l'accès aux services de santé modernes formels. La variable « *aide pour l'épisode de soins* » s'applique aux malades qui ont bénéficié d'aide financière pour l'épisode de soins par rapport à ceux qui n'en ont pas bénéficié. La variable « *aide pour recours modernes* » désigne, quant à elle, les malades qui ont bénéficié d'aide pour l'accès aux services de santé modernes formels. Nous entendons par « *services modernes formels* », les services modernes publics ou privés reconnus par l'État.

Les facteurs supposés déterminer l'aide

Facteurs prédisposants

Ils se divisent en deux catégories : ceux qui concernent le malade et ceux qui regardent le ménage. Au niveau du malade, nous retenons : la profession, le lien avec le chef de ménage, le niveau d'étude, l'âge, le sexe.

Pour le ménage, nous notons : le niveau de richesse du ménage, l'ethnie et l'origine du ménage, le statut matrimonial du chef de ménage, le sexe du chef de ménage, son âge, sa profession, la possession de champs, le nombre d'enfants du chef de ménage, le nombre de personnes dans le ménage, le nombre de personnes dans le ménage qui travaillent.

Facteurs de capacité

Ces facteurs évoquent le capital social. Ils recouvrent: l'implication sociale du malade et de sa famille, l'appartenance à des associations, l'existence d'association d'aide dans la famille du malade et les antécédents d'aide reçue par le chef de ménage ou le ménage.

Facteurs de déclenchement de l'aide

Ces variables décrivent la sévérité ou le type de maladie dont a souffert le malade. Nous relevons : la gravité perçue de la maladie, le diagnostic attribué à la maladie, la cause attribuée à la maladie, la perception du caractère mortel ou non de la maladie.

Analyse des données

Des analyses bivariées ont été effectuées pour mesurer l'ampleur des liens des facteurs déterminants avec les deux variables sur l'aide qui sont nos variables dépendantes. Le seuil de signification est fixé à P (p-value < à 0,05). Les relations entre les facteurs déterminants et l'aide pour l'accès aux soins sont, quant à elles, analysées aux moyens de régressions logistiques. Les modèles de régression ont été construits de façons à mettre en évidence l'effet des facteurs de prédisposition, de capacité et de déclenchement. Une régression est d'abord établie entre la variable dépendante « l'aide » et les facteurs de déclenchement à l'aide de la méthode de

régression « Enter ». Ensuite, les facteurs de prédisposition (ménage et malade) sont introduits dans la régression au moyen de la méthode de régression « Forward-wald ». Enfin, les facteurs de capacité sont incérés en réutilisant la méthode de régression « Enter ». Lorsque, dans les différents groupes de facteurs, deux variables montrent une forte corrélation (supérieure à 0,65), la variable qui présente le plus de modalités est sélectionnée. Des analyses stratifiées ont par la suite été effectuées pour apprécier les caractéristiques des malades aidés, en fonction de la gravité de la maladie ou des sommes dépensées. Pour les analyses, nous avons utilisé le logiciel SPSS 7.5 ©(réf.).

Résultats

Comme l'illustre la figure 2, trois types de facteurs ont été identifiés comme déterminant l'aide financière pour le recours aux services de santé. Ce sont les facteurs de prédisposition, de déclenchement et de capacité. Quant aux facteurs de prédisposition, nous présentons ceux qui se réfèrent au ménage et ceux qui se réfèrent au malade. Plusieurs facteurs de prédisposition concernant le ménage et le malade montrent une relation significative avec l'aide, lors du processus de soins (tableaux 1 2).

Insérer les tableaux 1 et 2

En ce qui concerne les facteurs de capacité qui mesurent chacun le niveau de capital social du malade ou de sa famille, seulement la variable « existence d'un réseau de soutien » révèle une liaison significative (p -value $<$ à 0,05) avec l'aide pour le recours général (tableau 3). La variable existence de réseau de soutien désigne

l'existence d'un aidant potentiel du ménage dont est issu le malade. Pour le recours aux services modernes formels, aucune des variables se rapportant au capital social n'affiche de liaison significative (tableau 3).

Insérer le tableau 3

Les facteurs de déclenchement sont les événements ou les situations qui permettent à l'aide de se matérialiser. Dans le cadre de notre étude, c'est la maladie et plus précisément la gravité perçue ou le diagnostic attribué. Les résultats nous montrent que, plus la maladie est perçue grave, plus le malade bénéficie d'aide. Au niveau du diagnostic attribué, nous remarquons que les cas perçus urgents (accidents et blessures champêtres ou accouchements difficiles, bénéficient plus d'aide que les cas non urgents. Enfin, nous considérons le caractère « mortel ou non » de la maladie. Les malades, dont la maladie est vue comme pouvant leur enlever la vie, bénéficient plus d'aide pour se soigner que ceux dont la maladie est perçue non mortelle. Pour le recours aux services modernes formels uniquement, deux variables semblent fortement associées : (i) la gravité perçue de la maladie (plus la maladie est perçue grave, plus le malade bénéficie d'aide pour le recours aux services modernes formels), (ii) le caractère « mortel » de la maladie. Les malades dont la maladie est perçue « mortelle » bénéficient plus d'aide pour recourir aux services modernes formels (tableau 3).

Pour apprécier l'effet des différents facteurs déterminants sur les variables « aides », des régressions logistiques ont été effectuées parce que nos variables dépendantes sont dichotomiques.

Facteurs associés à l'utilisation des services de santé en général

Pour les facteurs de *prédisposition se référant au ménage*, le nombre d'enfants du chef de ménage dont est issu le malade semble le facteur le plus significatif. Un malade issu de ménage dont le chef a de un à six enfants possède 2,17 fois plus de chances de bénéficier d'aide financière pour l'accès aux soins qu'un malade issu de ménage dont le chef n'a pas d'enfant. Lorsque le nombre d'enfants passe à plus de six enfants, la chance de bénéficier de l'aide monte à 2,30. Pour les *facteurs prédisposants se référant au malade*, le seul qui se dégage concerne le sexe du malade. En effet, un malade de sexe féminin montre 1,64 fois plus de chance de bénéficier de l'aide des proches qu'un malade de sexe masculin.

Quant aux *facteurs de capacité* (niveau de capital social), un seul facteur paraît déterminant et correspond à l'existence d'un réseau de soutien (réseau d'aidants) au niveau du ménage. Les malades issus de ménages où il existe un réseau de soutien ont 1,82 fois plus de chance de bénéficier d'aide pour le recours aux services de santé que ceux chez qui un réseau de soutien n'existe pas.

Insérer tableau 4

Pour les facteurs de déclenchement (caractéristiques de la maladie), la gravité perçue et le diagnostic attribué restent les deux facteurs fortement associés à l'aide pour le recours aux services de santé. L'effet de la « gravité perçue » suit un gradient qui croît avec la sévérité de la maladie. Lorsque la maladie est perçue grave, la chance d'avoir de l'aide pour l'accès aux soins monte à 2,60. Quand la maladie apparaît très sévère, le coefficient s'élève alors à 4,25. En d'autres termes, le malade souffrant

d'une maladie *très grave* montre 4,25 fois plus de chances de bénéficier de l'aide que le malade qui perçoit sa maladie *non grave*. Au niveau du diagnostic attribué, ce sont les cas urgents qui reçoivent de l'aide. Les cas urgents (accidents et blessures champêtres ou accouchements difficiles) ont 1,90 fois plus de chance de bénéficier d'aide que les cas non urgents.

Facteurs associés à l'utilisation des services de santé modernes formels

En ce qui concerne le recours spécifique aux services modernes formels, seule la gravité perçue de la maladie ressort comme le facteur le plus fortement associé à l'aide pour l'accès aux soins. Comme pour le recours aux services de santé en général, l'effet de la « gravité perçue » suit un gradient qui croît avec la sévérité de la maladie. Lorsque la maladie est perçue grave, le malade a 2,36 fois plus de chances de bénéficier d'aide pour l'accès aux soins que celui qui perçoit sa maladie bénigne. Quand la maladie est perçue très grave, ce coefficient passe à 3,20. Il s'avère que seuls les facteurs de déclenchement produisent un effet direct sur l'aide pour l'accès aux services de santé modernes formels. Ni les facteurs de capacité (facteurs mesurant le niveau de capital social), ni les facteurs de prédisposition n'influencent l'aide pour l'accès aux services de santé modernes formels (tableau 5).

Insérer le tableau 5

Caractéristiques des malades qui ont ou n'ont pas bénéficié d'aide.

Comme l'illustrent les tableaux 1 et 3, le niveau de richesse du ménage dont est issu le malade n'entraîne aucun effet sur l'aide, alors que la gravité de la maladie perçue par le malade et son entourage apparaît fortement associée à l'aide. Un autre facteur

très associé reste le coût de la maladie. Plus le coût de la maladie s'éleve plus le malade obtient de l'aide et ce, quel que soit le type de recours (tableau 6).

Insérer tableau 6

Lorsque nous nous intéressons au cas spécifique des malades issus de ménages pauvres, nous constatons que certains qui souffrent de maladies perçues très graves sont aidés tandis que d'autres avec des maladies perçues très graves, ne le sont pas (tableau 7). L'aide, dans ce cas, s'explique par l'existence d'un bon niveau de capital social. Ceux qui ne s'impliquent pas dans leur famille ou leur village ne bénéficient pas d'aide. Certains malades qui ont dépensé des sommes d'argent considérables (plus de 50 000 F CFA¹) ont bénéficié d'aide tandis que d'autres, qui ont dépensé des montants d'argent équivalents, n'en ont pas reçu (tableau 8).

Insérer les tableaux 7 et 8

Cette discrimination de l'aide, selon les malades, est due à l'existence ou l'inexistence d'un bon niveau de capital social entre le malade et les autres membres de sa famille ou de la communauté (tableau 9).

Insérer le tableau 9

1. 100 F CFA est égal à 1F français et à 0,25 \$ canadien. 50 000 F CFA équivaut à 125 \$ canadiens. Certaines dépenses, lors d'un épisode de soins, peuvent aller jusqu'à 2000\$ canadiens alors que le revenu mensuel moyen d'un paysan est de 60\$ canadiens.

Discussion

Dans une étude en région rurale ivoirienne, Aye et al.(2000) ont montré que l'aide des proches constitue l'un des facteurs qui détermine le recours aux services de santé, depuis l'instauration de la tarification des services dans les établissements sanitaires publics. Dans cette présente, suite de la première étude précitée, notre objectif vise à de déterminer les facteurs à la base de cette aide pour l'accès aux soins de santé. À partir du modèle théorique, trois groupes de facteurs censés déterminer l'aide ont été identifiés : des facteurs de prédisposition, de capacité et de déclenchement.

Facteurs déterminant l'aide pour le recours aux services de santé en général

D'après nos résultats, plusieurs facteurs de prédisposition se montrent significativement associés à l'aide pour le recours aux services de santé en général (tableaux 1 et 2). Plusieurs auteurs (Mahieu, 1997; Eloundou, 1992; Adjamabgo, 1997) ont déjà constaté l'association entre l'aide et certains facteurs de prédisposition qui ne concernent rien d'autre que les caractéristiques sociodémographiques du malade et de son ménage. L'effet du nombre d'enfants du chef du ménage dont est issu le malade paraît le facteur le plus fortement associé à l'aide. En effet, lorsque le nombre d'enfants du chef de ménage se situe entre un et six, le malade issu du ménage a 2,17 fois plus de chances de bénéficier d'aide (Odds Ratio = 2,17) que le malade issu de ménage où il n'y a pas d'enfant. Lorsque le nombre d'enfants du chef de ménage monte à plus de six, la chance du malade issu de ce ménage de recevoir de l'aide passe à 2,30. Nous voyons ainsi que, plus le

nombre d'enfants du chef de ménage s'élève, plus les chances du malade de bénéficier d'aide pour se soigner sont élevées. Le fait d'être issu d'une famille composée d'un grand nombre de personnes devient un facteur qui prédispose à l'obtention de l'aide. Comme le soulignent plusieurs études (Marie;1997; Delcroix et Guillaume, 1997; Maheu, 1997; Adjamagbo, 1997) ce sont dans les familles nombreuses que se développent les associations d'aide et autres processus d'échanges sociaux qui permettent aux individus de bénéficier d'aide en cas d'événements heureux ou malheureux de la vie.

Le sexe du malade, notamment le sexe féminin, se distingue aussi comme l'un des facteurs fortement associés à l'aide pour l'accès aux soins. Le fait d'être un malade de sexe féminin donne 1,64 fois plus de chance de bénéficier d'aide que les malades de sexe masculin. L'influence de la variable « sexe » sur l'aide s'explique par plusieurs facteurs : tout d'abord, le statut de la femme dans la société attié en particulier et les sociétés matriarcales africaines en général, demeure un facteur favorisant la solidarité à l'égard de la femme. La femme (la mère) représente le parent par lequel l'individu acquiert l'éducation qui lui fournira les ressources nécessaires pour accomplir sa vie. Cette valeur culturelle enseignée à tout enfant au moyen de la socialisation, lui permet d'acquérir un habitus (Bourdieu, 1986) qui le prépare dès son enfance à développer une propension à aider sa mère et la femme en général. Le deuxième élément qui explique la propension des femmes malades à bénéficier le plus d'aide provient des conséquences positives du rôle nourricier et éducatif de la mère dans la société Attié. La mère nourrit et éduque l'enfant, dès le

jeune âge. Ce rôle la favorise pour établir une complicité et se constituer un capital de confiance plus élevé avec ses enfants que le père souvent polygame qui entretient des relations moins affectives avec ses enfants. Dans plusieurs ménages des quartiers populaires des villes africaines, il n'est pas rare de rencontrer dans une cour, des épouses avec des niveaux de vie très différents. Certaines dont les enfants ont réussi (cadres supérieurs ou hauts fonctionnaires) affichent un niveau de vie nettement supérieur aux co-épouses qui n'ont pas d'enfant détenant un statut élevé.

Dans le cadre de notre étude, le facteur de déclenchement de l'aide reste la maladie et, plus précisément, le niveau de gravité perçue et la cause attribuée. D'après les résultats, plus la maladie est perçue grave, plus les chances du malade à bénéficier d'aide pour se soigner s'élèvent. Lorsque la maladie est grave, la chance de bénéficier d'aide est de 2,86 (Odds Ratio =2,86). Quand la maladie devient très sévère, la chance de bénéficier d'aide monte à 4,25 (Odds Ratio = 4,25).

En Afrique, la maladie demeure un phénomène social. L'état de maladie est perçu comme un état négatif. L'être humain malade, c'est celui qui ne peut plus participer entièrement et de façon régulière à la vie de sa communauté. Le groupe d'âge, la secte religieuse, l'assemblée politique ou le cercle familial ne peuvent à terme compter sur lui. La maladie excommunie sa victime et la marginalise (N'guessan, 1975). Le traitement d'une maladie apparaît alors comme un acte lié à un système de vie produit collectivement. Une fois les causes de la maladie identifiées et ses conséquences évaluées, toute la famille ou tout le groupe participe aux dépenses

qu'engendre le traitement. Selon la gravité perçue de la maladie et le diagnostic attribué, l'aide des parents et amis est offerte différemment.

Comme l'indiquent nos résultats, la gravité perçue correspond au facteur le plus déterminant de l'aide aussi bien pour le recours aux services en général que pour celui aux services de santé modernes formels en particulier. Le caractère urgent de la maladie paraît aussi un facteur qui favorise l'aide. Les cas perçus urgents (accouchements difficiles ou accidents et blessures champêtres) donnent 1,90 fois (Odds Ratio = 1,90) plus de chance de recevoir de l'aide pour se soigner que les cas de maladie considérés non urgents. Une malade bénéficie d'autant plus d'aide que sa maladie déclenche des charges affectives plus fortes. Les maladies qui évoluent sans bruit et n'attirent ni l'attention du malade ni celle de son entourage ne bénéficient pas de beaucoup d'aide de la part des parents et amis.

Pour les facteurs de capacité (évoquant le capital social), la variable « existence de réseau de soutien » agit significativement sur la capacité de bénéficier d'une aide. Les malades issus de ménage où le chef possède un réseau de soutien (amis et parents aidants) ont 1,82 fois plus de chance (Odds Ratio = 1,82) de recevoir de l'aide que ceux dont le chef de ménage ne possède pas de réseau de soutien. Comme l'a démontré Maheu (1997), les droits d'un individu relèvent des obligations réciproques réparties entre les plus jeunes et les plus vieux. L'absence de droits de propriété et de protection sociale pousse les paysans à investir dans la formation de leurs enfants envoyés à la ville. Par la suite, ceux-ci constituent un réseau de soutien qui, en cas de problèmes, vient en aide aux parents restés au village.

Facteurs déterminant l'aide pour le recours aux services de santé modernes formels

Pour ce qui regarde le recours aux services modernes formels, seul le niveau de gravité perçue produit un effet significatif sur la capacité de recevoir de l'aide. Comme pour le recours aux services de santé en général, plus la maladie est perçue grave, plus les chances d'avoir de l'aide pour se faire soigner sont grandes (tableau 5). Aucune des variables mesurant le niveau de capital social n'entraîne un effet significatif sur la capacité d'obtenir de l'aide. Cela peut, dans un premier temps, sembler contradictoire. Mais quand nous savons que plus de la majorité (85%) des malades ayant recours aux services modernes formels ont bénéficié d'aide, nous comprenons plus aisément que le non effet des variables exprimant le capital social est dû à la généralisation¹ de l'aide et du capital social dans notre région d'étude. Cette généralisation de l'aide est rendue possible à cause du très haut niveau de capital social ancré dans notre populations d'étude. Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, l'organisation sociale de la société Attié (référence au contexte de l'étude) favorise un foisonnement de petites associations (groupes de génération, associations de danse traditionnelle, amicales d'anciens de la même génération, amicales de femmes, chorales etc.) qui permet l'interaction sociale et la solidarité.

1. Comme nous avons eu à le souligner plus haut, l'existence de capital social ne veut pas obligatoirement dire qu'il y a existence d'aide, mais l'existence d'aide signifie qu'il y a existence de capital social. L'aide dont le taux atteint 85% des malades montre que nous sommes dans une région à haut niveau de capital social.

L'organisation sociale de la région d'étude peut, à certains égards, être comparée aux communautés de l'Italie du nord décrites par Putnam (1993). Ces dernières années, plusieurs chercheurs et autres spécialistes en sciences sociales se sont intéressés à la solidarité et surtout, au concept de capital social. L'intérêt de plus en plus croissant pour ce concept vient de l'espoir qu'il suscite quant à la revitalisation des communautés et à l'apport de solutions aux problèmes sociaux actuels.

S'agissant de l'Afrique, l'un des continents les plus concernés par le développement économique et social, nous pouvons soutenir sans conteste que le concept de capital social demeure encore fort méconnu. Dans une récente étude, Collier et Gunning (1999) affirment que le sous-développement de l'Afrique est partiellement relié au déficit de capital social. Ce déficit empêcherait la réduction de l'incertitude et susciterait la méfiance des investisseurs étrangers face aux économies africaines. En effet, s'il est vrai que la confiance des agents économiques face aux États et administrations africaines reste assez faible, cela ne signifie pas qu'au sein des communautés locales africaines, il ne se développe pas des réseaux d'entraides et de solidarités générés par un capital social existant et vivant. En effet, comment expliquer l'existence de tontines, d'associations informelles d'aide des tontines de santé (Lelart, 1990; Ilunga, 1995; Atim, 1999)? Face à l'incapacité de l'État et à la faiblesse du marché, les Africains des zones rurales et périurbaines inventent un autre genre de système de régulation de leur société basé sur la solidarité et le capital social. Dans son ouvrage sur le développement en Afrique, Latouche (1998) parle ainsi d'une Afrique qui serait entre don et marché.

Face à cette généralisation de l'aide, nous avons voulu connaître les caractéristiques des malades, particulièrement des malades pauvres qui ont ou n'ont pas reçu d'aide, selon le niveau de gravité de leur maladie et les sommes d'argent dépensées pour couvrir l'épisode de soins (Tableaux 6, 7 et 8).

Insérer les tableaux 6,7 et 8.

D'après le tableau 6, plus les dépenses pour l'épisode de soins augmentent, plus le malade bénéficie d'aide. Lorsque nous considérons les malades pauvres de manière spécifique, nous constatons que ceux-ci, s'ils souffrent d'une maladie très grave sont quatre fois plus nombreux à être aidés que ceux qui sont pauvres mais souffrent d'une maladie perçue non grave qu'il s'agisse du recours aux services de santé en général ou modernes formels (tableau 7).

Au niveau des montants dépensés pour l'épisode de soins, les malades pauvres qui ont déboursé des sommes d'argent très élevées (plus de 50 000 F CFA) sont deux fois plus aidés que ceux qui ont déboursé peu d'argent (tableau8).

D'après le tableau 9, les malades pauvres souffrant d'une maladie très sévère qui ont eu recours aux services de santé et qui sont aidés sont issus de ménages dont le chef est un agriculteur, de sexe masculin, âgé, ayant des enfants et un nombre élevé de personnes dans le ménage. Ce sont des chefs de ménage en général monogame traditionnel ou polygame possédant des champs de manioc ou des champs diversifiés (manioc et café/cacao).

Insérer tableau 9

Lorsque nous considérons le cas spécifique des malades pauvres, ceux qui ont bénéficié de l'aide sont des agriculteurs, de sexe féminin, âgés de 31 à 45 ans ou de plus de 60 ans et analphabètes. Pour le recours aux services de santé modernes formels, le profil des malades pauvres qui bénéficient d'aide paraît identique à celui des malades pauvres ayant recours aux services de santé en général. Il faut toutefois préciser que la majorité des malades pauvres qui ont eu recours aux services modernes formels ont bénéficié d'aide, ce qui n'est pas le cas pour le recours aux services de santé en général. Il faut préciser que les maladies génératrices des plus fortes dépenses sont perçues comme graves et nécessitent le recours aux services de santé modernes formels. Les personnes très gravement malades montrant souvent des dépenses élevées et qui n'ont pas eu accès aux services modernes sont en général en bas âge. Nous formulons donc l'hypothèse selon laquelle les malades en bas âge qui n'ont pas accès aux soins modernes sont victimes des décisions de la famille qui utilisent souvent l'aide au malade à d'autres fins. Comme le mentionne Russel (1996), la pression économique qu'exercent les besoins primaires entraîne souvent une utilisation obligée des ressources qui sont affectées à la santé de la famille.

Conclusion

Avec l'incapacité des États africains à assurer le prise en charge de tous les citoyens et la faiblesse des marchés à proposer des primes d'assurance accessibles, les populations africaines inventent d'autres stratégies d'accès aux soins modernes qui s'appuient sur les réseaux de solidarité et d'entraide. Ceux-ci découlent du fort capital social qui prévaut au niveau microsocial entre les individus, les groupes d'individus et les communautés (Aye et coll., 2000).

Dans cette étude, nous avons essayé de montrer le rôle du capital social dans les processus d'aide financière pour l'accès aux services de santé modernes devenus payants. La nature exploratoire et les limites méthodologiques de notre étude ne nous autorisent pas à tirer des conclusions formelles sur le rôle du capital social dans l'accès aux services modernes. Toutefois, ce travail ouvre des perspectives quant aux projets de recherche sur le rôle du capital social dans les stratégies sociales et les mécanismes de financement communautaires des services de santé en Afrique. Au moment où tout le monde s'accorde à dire que le développement économique dans les pays pauvres et particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne doit prendre appui sur les valeurs et réalités locales, l'intérêt d'approfondir les liens entre le capital social et les logiques d'échange économiques en Afrique nous apparaît fort important et pertinent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adjamagbo A. (1997). « *Les solidarités familiales dans les sociétés d'économie de plantation : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire* », dans : Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 15).
- Anta Diop C (1967). « Antériorité des civilisations nègres : mythes ou vérités historiques? ». Paris, Présence africaine.
- Atim C (1999). « Social movements and health insurance : a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroun » *Soc.Sc.Med.*, 48 :881-896.
- Aye M., Fournier P., Champagne F., Rivard M. (2000). « Capital social et nouvelles formes de solidarités en Afrique subsaharienne: une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire) ». Université de Montréal. Article soumis pour publication.
- Aye M., Fournier P., Champagne F. (2000). « Capital social, solidarité et utilisation des services de santé modernes en Afrique subsaharienne: une étude de cas dans la commune rurale d'Agou (Côte d'Ivoire) ». Université de Montréal. Article soumis pour publication
- Balandier G. (1985). *Sociologie des Brazzavilles noires*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 306p.
- Bibeau G. (1994). *La loi du don n'est que l'envers du don de la Loi*. in *Entre tradition et universalité*. Ouelette et Bariateau. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- Bourdieu, P. (1980). « Le capital social (notes provisoires) ». Actes de la recherche en sciences sociales, No 31, p.2-3.
- Bourdieu, P. (1986). *Le sens pratique*. Paris : Édition Minuit.
- Bourdieu, P., Wacquant L.J.D. (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive* . Paris, Éditions du Seuil.
- Bourdieu P. (1989). Intérêt et désintéressement. in *Cahiers de recherche*. Groupe de travail sur la socialisation, CNRS, No 7, septembre.
- Bourdieu P. (1993). *La misère du monde*. Éditions du Seuil, Paris.
- Bourdieu P. (1994). *Raison pratiques : sur la théorie de l'action*. Paris Seuil. 254 p.

Coleman J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology Supplement*, vol. 94, p. S95-S120

Collier et Willem Gunning (1999). « Explaining African Economic Performance » *Journal of Economic Literature*, vol. XXXVII.

Contandriopoulos, A. P. et al. (1993). Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer. *Les Presses de l'Université de Montréal*.

Contandriopoulos et coll. (1996). « Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada » G.R.I.S. Université de Montréal .

Dasgupta P. et Serageldin I. (1999). « *Social capital : A Multifaced Perspective* ». Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A.

Delcroix S., Guillaume A.(1997). « *Le devenir de familles affectées par le sida : une étude de cas en Côte d'Ivoire* », dans : Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 17).

Dian Boni (1970). Le pays Akyé : étude de l'économie agricole; dans annales de l'Université d'Abidjan. Série G, tome 2.

Dumoulin, J. et Kaddar, M. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne. Rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences Sociales et Santé*, vol.XI, no 2.

Durkheim E. (1960). *De la division du travail social*. Paris: Presses Universitaires de France, 7eme édition, p.199.

Ela J.M. (1994). *Restituer l'Histoire aux sociétés africaines: promouvoir les sciences sociales en Afrique*. Édition L'Harmattan, 5-7, rue de l'école Polytechnique 75005 Paris.

Eloundou-Enyegue P.(1992). « La solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun?» Paris, *CEPED*, 40 p.(les dossiers du CEPED, No 22).

Ferrari A., Thoret J. C.(1970). « Atiekwa : un village de Côte d'Ivoire ». Université d'Abidjan; Institut d'Ethnologie.

Fukuyama F.(1995). *La confiance et la puissance: vertus sociales et prospérités économiques*. Traduit de l'anglais (États-Unis) par P.E. Dauzat. Paris, Éditions Plons.

Goleman D.(1998). « L'intelligence émotionnelle :accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle ».Paris : Édition Robert Laffont.

Kaddar M. et collaborateurs (1997). « Préparation des soins de santé ». *L'enfant en milieu tropical*, No 228. Centre International de l'Enfance, Paris.

Kaddar M., Tchicaya A. (1997).*Indigence et accès aux soins de santé en Afrique sub-saharienne: situation et perspectives d'action*. Centre International de l'Enfance et de la Famille, Paris.

Kaudjhis-Offoumou F.(1994). « *Mariage en Côte d'Ivoire : de la polygamie à la monogamie; suivi de réflexions sur l'excision* ». Kof. Édition, Abidjan.

Ilunga T. B., Contandriopoulos A. P., Fournier P.(1995). « *Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaïre) :Comment a-t-il été mis en place?*». Soc.Sc.Med., 40 N08:1041-1052.

Latouche S.(1998). *L'autre Afrique : entre don et marché*; Édition Albin Michel.

Lelart M. (1990). *La tontine, pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement*, Paris, Éditions John Libbey Eurotext/AUPELF.

Mahieu, F.R.(1997): « Face à la pauvreté : stratégies universelles et recompositions africaines », dans « Ménages et Familles en Afrique ».Paris, CEPED (les études du Ceped No 15. chapitre 16, p. 327-344).

Mauss M. (1985). Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, in Sociologie et Anthropologie, Paris: Presses Universitaires de France p. 145-279

Marie A.(1997). « *Les structures familiales à l'épreuve de l'individuation citadine* », dans Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 14).

Marie A.(1995). « Y'a pas l'argent : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise », Revue Tiers Mondes, tome XXXVI, No 142, PP303-324.

O'deye M. (1985). *Les associations en villes africaines. Dakar-Brazzaville*. Paris, Édition l'Harmattan, 125p. (Coll. « villes et entreprises »).

O.M.S. : Lwanga S. K. Lemeshow S. (1991) « Déterminant de la taille d'un échantillon dans les études sanométrique ». *Manuel pratique*, 84 pp.

Paulme D. (1966). « Première approche des Attié (Côte d'Ivoire) dans *Cahiers d'études africaines*. Volume VI, No21.

Polanyi K. (1975). « Les systèmes économiques dans l'histoire et dans la théorie ». Paris : Édition, Librairie Larousse.

Putnam R.D., (1993). *Social capital and institutional success. Making democracy work, civic tradition in modern Italy*; Princeton University Press.

Raynaut C. (1986). « Disparités économiques et inégalités devant la santé », *Colloque Croissance urbaine et Santé*, ORSTOM, Dakar, 28p.

Raynaut C. (1990). Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples Haoussa au Niger; dans «*Sociétés, développement et santé; Université francophones*», UREF, Paris: Ellipse/AUPELF: 136-151.

Rocher G. (1995). *Introduction à la sociologie générale*. 3eme édition, Éditions Hurtubise HMH ltée. 7360, Boul. Newman Ville LaSalle Québec. H8N 1X2 Canada.

Russel S. (1996). Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health policy planning* 11, No 3 : 219-237.

Sauerborn, R., Nougara, A., Hien, M., Diesfeld, H. J. (1996). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso, *Soc.Sc.Med.* Vol. 43, No3 pp. 281-290.

Smith A. (1976). « Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations ». Paris, Gallimard .

Wallman S., Baker M. (1996) « Which Resources pay for treatment? A Model for Estimating the Informal Economy of Health » *Soc.Sc.Med.* Vol.42, No5, p. 671-679.

Wyss K. (1994). *Utilisation des services de santé en milieu urbain à N'djamena (Tchad). Étude des déterminants et de leurs interactions*. Basel: Basler-Schnelldruck Bernhard Schlattmann.

Yapi Beda L. (1986). *Le système matrimonial dans la société Akyé*. Mémoire de maîtrise. Université d'Abidjan, faculté des lettres et sciences humaines.

Tableau 1 : Présentation des facteurs de prédisposition du ménage qui ont une liaison significative (P < ou =0,05) avec les variables « aide pour recours général » et « aide pour recours moderne ». (N = 742)

Variables		Modalités		Aide lors du processus de soins	
				Aide pour recours Général : N= 745 (moy. = 57,3)	Aide pour services modernes formels; N=425 (moy. = 84,9)
<u>Prédispositions (ménage)</u>					
Profession du CM	Autres	58	P = 0,104	80,3	P= 0,276
	Agriculteurs	58,7		85,7	
Sexe du CM	Féminin	57,8	P= 0,840	87,2	P= 0,376
	Masculin	57		83,9	
Âge du CM	20 à 40 ans	55,1	P=0,001 *	89,1	P= 0,413
	41 à 60 ans	50,5		83,9	
	plus de 60 ans	65,8		83,2	
Origine du ménage	Étranger	38,8	P=0,001 *	65,4	P= 0,004 *
	Attié	59,1		86,2	
Richesse du ménage	Pauvre	57,1	P=0,989	79,7	P= 0,084
	Niveau moyen	57,6		88,4	
	Riche	57		86,9	
Nbre de personnes dans le ménage	1 à 2 sujets	56,4	P= 0,104	86,8	P= 0,775
	3 à 8 sujets	54,3		83,7	
	9 sujets et plus	62,9		85,9	
Nbre d'enfants du CM	pas d'enfants	39,1	P= 0,006 *	85,2	P= 0,314
	1 à 6 enfants	58,9		87,1	
	plus de 6 enfants	59,6		81,5	
Type de champs du ménage	pas de champs	50	P= 0,047 *	80	P=0,693
	champs de manioc uniquement	53,7		84,8	
	champs de café/cacao	57,5		84	
	champs diversifiés	63,5		86,8	
Statut matrimonial du CM	monogame mairie	47	P= 0,039 *	87,2	P= 0,654
	monogame traditionnel	55,8		82,5	
	polygame	66,9		86	
	célibataire	55,2		90,6	
	veuf/veuve	57,8		83,8	

* : p (p-value) significatif : variables avec un p value < à 0,05.

Tableau 2: Présentation des facteurs de prédisposition du malade qui ont une à liaison significative ($P < \text{ou} = 0,05$) avec les variables « aide recours général » et « aide recours moderne ». (N = 742)

		Aide lors du processus de soins			
Variabes	Modalités	Aide pour recours général : N= 745 (moy. = 57,3)		Aide pour services modernes formels; N=425 (moy. = 84,9)	
<u>Prédispositions (malade)</u>					
Profession du malade	Autre profession	56,7	P= 0,715	81,8	P= 0,582
	Agriculteur	57,9		86	
	Ne s'applique pas	51,3		80	
Sexe du malade	Féminin	61,4	P= 0,033 *	86,6	P= 0,339
	Masculin	53,6		83,3	
Lien du malade avec le CM	Le CM lui-même	52,7	P= 0,019 *	82,5	P= 0,508
	Épouse	69,9		84,5	
	Descendants	57,8		88,9	
	Autres parents	61,6		87,8	
Niveau d'études du malade	Analphabète	60	P= 0,161	83,6	P= 0,806
	Primaire	51,7		85,1	
	Secondaire	61,5		88,1	
	Pas encore scolarisé	52,6		90	
Âge du malade	0 à 15 ans	52,6	P= 0,020 *	80	P =0,015 *
	16 à 30 ans	58,4		95,9	
	31 à 45 ans	55,9		87,6	
	46 à 60 ans	48,8		77,1	
	60 ans et plus	66		83,1	

* : p (p-value) significatif : variables avec un p value < à 0,05.

Tableau 3: Présentation des facteurs de capacité et de déclenchement ayant une liaison significative ($P < 0,05$) avec les variables « aide recours général » et « aide recours moderne ». (N= 742)

Aide lors du processus de soins					
Variables	Modalités	Aide pour recours général : N= 745 (moy. = 57,3)		Aide pour services modernes formels; N= 425 (moy. = 84,9)	
Capacité					
Existence d'association familiale	Non	57,3	P= 0,940	83,8	P= 0,092
	Oui	56,8		92,6	
Appartenance à des associations	Pas mbre d'asso	48,1	P= 0,168	84	P= 0,153
	Mbre d'une asso	53,7		84,8	
	Mbre de deux asso différentes	58,9		80,1	
	Mbre de trois asso différentes	61,7		90,2	
Implication sociale combinée	Pas d'implication	48,9	P= 0,508	81,8	P= 0,295
	Une implication	57,7		84,1	
	Deux implications	58		92,2	
Existence de réseau de soutien	Non	46,6	P= 0,001 *	79,8	P= 0,125
	Oui	60,9		86,3	
Déclenchement					
Gravité perçue de la maladie	Pas grave	33,5	P= 0,000 *	70,2	P= 0,002 *
	Grave	57,7		85,4	
	Très grave	70,8		88,7	
Diagnostic attribué	Cas non urgents	54,5	P= 0,001 *	83,3	P= 0,035 *
	Cas urgents	71,1		92,6	
Mort possible	Non	41,6	P= 0,000 *	71,6	P=0,000 *
	Oui	65,2		89	
Cause attribuée	Mauvaise alimentation	52,2	P= 0,556	88,9	P= 0,228
	Maladie contagieuse	61		90,4	
	Sorcellerie	54,2		93,8	
	Travail pénible/fatigue	61,9		80,4	
	Autres	64,8		85,3	
	Ne sais pas	61,1		90,9	

* : p (p-value) significatif :variables avec un p value < à 0,05.

**Tableau 4 : Facteurs ayant un effet sur l'aide financière pour le recours aux services en général:
Résultat de la régression logistique (N = 742)**

Variabiles	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Grave (1)	0,000	2,60	1,85 – 4,42
	Très grave (2)	0,000	4,25	3,02 – 7,46
Diagnostic attribué	Cas non urgent (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Cas urgent	0,007	1,90	1,18 – 3,05
Nbre. d'enfants du chef de ménage	Pas d'enfant (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	De 1 à 6 enfants (1)	0,009	2,17	1,21 – 3,88
	Plus de 6 enfants(2)	0,008	2,30	1,23 – 4,28
Sexe du malade	Féminin (0)	0,004	1,64	1,17 – 2,31
	Masculin (1) <u>réf.</u>	-	-	-
Existence d'association familiale	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,98	1,26	0,61 – 1,61
Appartenance aux asso. villageoises	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Une association (1)	0,46	1,28	0,65 – 2,51
	Deux associations (2)	0,30	1,43	0,72 – 2,83
	Trois associations (3)	0,20	1,57	0,78 – 3,15
Existence de réseau de soutien	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,015	1,82	1,26 – 2,62

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $X^2 = 12,08$; $df = 8$; $P = 0,147$

Variance prédicte : 66,62

Variabiles qui sortent de l'équation parce que non significatives: (1) Nombre de personnes dans le ménage, (2) âge du malade, (3) origine du ménage, (4) statut matrimonial du chef du ménage dont est issu le malade, (5) type de champs du ménage, (6) lien du malade avec le chef de ménage, (7) richesse du ménage.

NB : Les variables « existence d'association d'aide dans la famille », « appartenance à des associations villageoises » ne sont pas significatives; mais elles ont été laissées dans le tableau parce qu'elles mesurent notre facteur d'intérêt : le capital social.

**Tableau 5 : Facteurs ayant un effet sur l'aide financière pour le recours aux services modernes formels:
Résultat de la régression logistique (N = 742)**

Variables	Modalités	Valeur de P	OR	IC 95 %
Gravité perçue par le malade	Pas grave (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Grave (1)	0,029	2,36	1,08 – 5,13
	Très grave (2)	0,004	3,20	1,45 – 7,10
<u>Diagnostic attribué</u>	Cas non urgent (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Cas urgent (1)	0,15	1,95	0,76 – 4,97
Existence d'association familiale	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,20	2,05	0,67 – 6,24
Appartenance aux asso. villageoises	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Une association (1)	0,74	0,79	0,20 – 3,11
	Deux associations (2)	0,36	0,53	0,13 – 2,05
	Trois associations (3)	0,72	1,28	0,31 – 5,20
Existence de réseau de soutien	Non (0) <u>réf.</u>	-	-	-
	Oui (1)	0,14	1,60	0,84 – 3,06

Test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow : $\chi^2 = 4,69$; $df = 8$; $P = 0,78$

Variance prédicte : 85,22%

Variables qui sortent de l'équation parce que non significatives : (1) origine du chef de ménage, (2) richesse du ménage, (3) sexe du malade, (4) âge du malade, (5) lien du malade avec le chef de ménage.

NB : Les variables « existence d'association d'aide dans la famille », « diagnostic attribué », « appartenance à des associations villageoises » et « existence de réseau de soutien » ne sont pas significatives; mais elles ont été laissées dans le tableau parce qu'elles mesurent des facteurs d'intérêt.

Tableau 6 : Malades qui sont aidés selon le niveau du montant dépensé lors de l'épisode de soins (N = 742)

	Recours aux services de santé en général	Recours aux services modernes uniquement
Malades qui ont dépensé un montant faible et qui sont aidés	68 (16,3%)	47 (13,2%)
Malades qui ont dépensé un montant moyen et qui sont aidés	183 (43,9%)	156 (43,9%)
Malades qui ont dépensé un montant élevé et qui sont aidés	166 (39,8%)	152 (42,8%)
Total	695 (100%)	355 (110%)

Tableau 7 : Pauvres avec différents niveaux de gravité de maladie qui sont aidés ou non (N = 742)

	Recours aux services de santé en général	Recours aux services modernes uniquement
Pauvre avec maladie bénigne et pas aidé	37 (15,4%)	6 (4,1%)
Pauvre avec maladie bénigne et aidé	15 (6,2%)	9 (6,2%)
Pauvre avec maladie grave pas aidé	36 (14,9%)	8 (5,5%)
Pauvre avec maladie grave aidé	51 (21,2%)	43 (29,5%)
Pauvre avec maladie très grave pas aidé	22 (9,1%)	15 (10,3%)
Pauvre avec maladie très grave aidé	80 (33,2%)	65 (44,5%)
Total	241 (100%)	146 (100%)

Tableau 8 : Pauvres avec différents montants dépensés lors de leur épisode de soins qui sont aidés ou non (N = 742)

	Recours aux services de santé en général	Recours aux services modernes uniquement
Pauvres avec dépense faible et pas aidés	47 (19,5%)	12 (8,2%)
Pauvres avec dépense faible et aidés	29 (12%)	22 (15,1%)
Pauvres avec dépense moyenne et pas aidés	42 (17,4%)	9 (6,2%)
Pauvres avec dépense moyenne et aidés	61 (25,3%)	47 (32,2%)
Pauvres avec dépense élevée et pas aidés	22 (9,1%)	8 (5,5%)
Pauvres avec dépense élevée et aidés	40 (16,6%)	48 (32,9%)
Total	241 (100%)	146 (100%)

Tableau 9 : Caractéristiques des malades pauvres qui sont aidés ou non selon la gravité de la maladie (N = 742)

Variables	Modalités	Recours aux services de santé en général		Recours aux services de santé modernes	
		Pauvres, maladie très grave et aidé	Pauvres, maladie très grave et pas aidé	Pauvres, maladie très grave et aidé	Pauvres, maladie très grave et pas aidé
Profession du CM	Autres	9 (11,3 %)	6 (27,3 %)	7 (10,8%)	2 (13,3%)
	Agriculteur	71 (88,8%)	16 (72,7 %)	58 (89,7%)	13 (86,7%)
Sexe du CM	Féminin	29 (36,3%)	9 (40,9%)	26 (40%)	3 (20%)
	Masculin	51 (63,8%)	13 (59,1%)	39 (60%)	12 (80%)
Âge du CM	20 à 40 ans	20 (25,3%)	3 (13,6%)	15 (23,4%)	5 (33,3%)
	41 à 60 ans	28 (35,4 %)	10 (45,5%)	25 (39,1%)	3 (20%)
	61 ans et plus	31 (39,2 %)	9 (40,9%)	24 (37,5%)	7 (46,7%)
Origine du ménage	Hors Côte d'Ivoire	2 (2,5%)	1 (4,5%)	0	2 (13,3%)
	De Côte d'Ivoire	78 (97,5%)	21 (95,5 %)	65 (100%)	13 (86,7%)
Nombre d'enfants du CM	Pas d'enfant	3 (3,8%)	6 (27,3%)	3 (4,8%)	0
	1 à 6 enfants	43 (55,1%)	12 (54,5%)	35 (55,6%)	8 (53,3%)
	7 enfants et plus	32 (41%)	4 (18,2%)	25 (39,7%)	7 (46,7%)
Nombre de personnes dans le ménage	1 et 2 personnes	9 (11,3%)	6 (27,3%)	6 (9,2%)	3 (20%)
	3 à 8 personnes	45 (56,3%)	12 (54,5%)	36 (55,4%)	9 (60%)
	9 personnes et plus	26 (32,5%)	4 (18,2%)	23 (35,4%)	3 (20%)
Type de champs du ménage	pas de champ	7 (8,8%)	6 (27,3%)	6 (9,2%)	1 (6,7%)
	champs de manioc	31 (38,8%)	9 (40,9%)	22 (33,8%)	9 (60%)
	champs de café/cacao	7 (8,8%)	3 (13,6%)	5 (7,7%)	2 (13,3%)
	champs composés	35 (43,8%)	4 (18,2%)	32 (49,2%)	3 (20%)
Statut matrimonial du CM	monogame mairie	11 (13,8%)	5 (22,7%)	9 (13,8%)	2 (13,3%)
	monogame tradit	35 (43,8%)	10 (45,5%)	27 (41,5%)	8 (53,3%)
	polygame	19 (23,8%)	3 (13,6%)	17 (26,2%)	2 (13,3%)
	célibataire	5 (6,3%)	1 (4,5%)	5 (7,7%)	0
	veuve/veuf	10 (12,5%)	3 (13,6%)	7 (10,8%)	3 (20%)
Profession du malade	Autres	10 (12,5%)	3 (13,6%)	8 (12,3%)	2 (13,3%)
	Agriculteur	68 (85%)	17 (77,3%)	56 (86,2%)	12 (80%)
	Ne s'applique pas	2 (2,5%)	2 (9,1%)	1 (1,5%)	1 (6,7%)
Sexe du malade	Féminin	41 (51,3%)	10 (45,5%)	36 (55,4%)	5 (33,3%)
	Masculin	39 (48,8%)	12 (54,5%)	29 (44,6%)	10 (66,7%)
Âge du malade	0 à 15 ans	2 (2,5%)	2 (9,1%)	1 (1,5%)	1 (7,1%)
	16 à 30 ans	15 (19%)	4 (18,2%)	15 (23,1%)	0
	31 à 45 ans	28 (35,4%)	8 (36,4%)	22 (33,8%)	6 (42,9%)
	46 à 60 ans	13 (16,5%)	2 (9,1%)	11 (16,9%)	2 (14,3%)
	plus de 60 ans	21 (26,6%)	6 (27,3%)	16 (24,6%)	5 (35,7%)
Lien du malade avec le CM	le CM lui même	36 (45%)	13 (59,1%)	28 (43,1%)	8 (53,3%)
	Épouse	10 (12,5%)	1 (4,5%)	8 (12,3%)	2 (13,3%)
	Descendant	13 (16,3%)	4 (18,2%)	10 (15,4%)	3 (20%)
	Autres parents	21 (26,3%)	4 (18,2%)	19 (29,2%)	2 (13,3%)
Niveau d'études du malade	Analphabète	35 (44,3%)	11 (50%)	28 (43,8%)	7 (46,7%)
	Primaire	29 (36,7%)	9 (40,9%)	24 (37,5%)	5 (33,3%)
	Secondaire	13 (16,5%)	0	11 (17,2%)	2 (13,3%)
	Enfant non scolarisé	2 (10,5%)	2 (9,1%)	1 (1,6%)	1 (6,7%)

**CHAPITRE 6 : DISCUSSION GÉNÉRALE, LIMITES DE L'ÉTUDE
ET IMPACTS**

6.1. Discussion générale

Depuis le début des années 90, la politique de recouvrement des coûts par les usagers dans les formations sanitaires publiques s'est généralisée dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara. Dans le cas ivoirien, cette politique de recouvrement a consisté à imposer une tarification des services offerts dans les établissements sanitaires publics. Cette tarification visait: (i) le renouvellement du financement des charges récurrentes occasionnées par les services administrés aux usagers, (ii) le ravitaillement des formations sanitaires publiques en médicaments (iii) l'amélioration de la qualité des services dans les formations sanitaires publiques.

Malgré ces avantages indéniables des inconvénients non négligeables découlent de cette politique. L'inconvénient majeur relevé concerne le manque d'équité d'accès aux soins de santé modernes. En effet, exiger des usagers habitant les pays reconnus comme les plus pauvres de la planète, un paiement des soins exclut automatiquement plusieurs usagers démunis de l'accès aux services de santé modernes.

1. En Côte d'Ivoire, tous les services de santé (modernes ou traditionnels) sont désormais payants. Même dans les formations sanitaires publiques, le malade doit de payer les frais de services, avant d'avoir droit aux soins. Ceux qui possèdent une assurance privée ou font partie des mutuelles de l'État voient leurs frais de santé pris en charge en partie ou en totalité. Tous ceux qui ne jouissent pas d'une telle prise en charge (paysans et leurs familles, manœuvres, travailleurs informels, petits ouvriers) sont obligés de payer de leur « poche » la totalité des dépenses de soins, même dans les formations sanitaires publiques.

En Côte d'Ivoire, les statistiques officielles (P .N.U.D., 1997) révèlent deux choses : d'une part que seulement 15 à 20% de la population se montrent capables d'assumer régulièrement les frais des services de santé et d'autre part, que 80 à 85 % de la population ivoirienne (travailleurs informels, paysans, petits ouvriers et leurs familles) demeurent incapables de payer les soins. Ils sont alors exclus temporairement ou définitivement de l'accès aux soins de santé modernes. Mais les ivoiriens comme tous les africains ont développé des stratégies pour continuer d'utiliser les services. Même si les taux de fréquentation ne rejoignent pas ceux obtenus avant la mise en place des politiques de tarification, nous constatons tout de même une fréquentation des services de santé. D'après plusieurs études menées en Afrique ces dernières années (Raynaut, 1986; Sauerborn et al., 1996; Wallman, 1996; Banque Mondiale, 1997), les pratiques sociales telles que la solidarité ou l'entraide constitueraient la base de cet accès aux soins de santé modernes devenus payants.

L'objectif de notre recherche vise à confirmer ou infirmer cette hypothèse selon laquelle plusieurs malades démunis n'ont accès aux soins de santé modernes que grâce à la solidarité et l'entraide de parents, amis ou associations dans lesquelles ils militent.

D'après nos résultats, la solidarité et l'entraide restent des pratiques sociales très répandues dans la région sondée. Comme l'ont déjà rapporté plusieurs études

(Marie, 1997; Adjamagbo, 1997; Raynaut, 1994), la solidarité et l'entraide paraissent des pratiques sociales fortement ancrées en Afrique. Dans notre contexte d'étude, elles se présentent sous trois formes : (i) l'aide des parents, (ii) l'aide des amis et (iii) l'aide des associations. 1013 chefs de ménage ont été interrogés. Sur ces 1013, 74,1% affirment bénéficier d'au moins un de ces trois types d'aide. Pour mieux analyser les facteurs associés à ces différents types d'aide, nous les avons catégorisés en deux groupes : (i) l'aide des proches (parents et amis) et (ii) l'aide des associations. D'après les chefs des ménages qui ont bénéficié d'aide, 80% des donateurs résident à Abidjan capitale économique de la Côte d'Ivoire située à cent kilomètres de là, soit au moins une bonne heure de voiture.

Selon le type de solidarité dont bénéficient les chefs de ménage, les facteurs qui y sont associés différents. Ainsi, si nous considérons la « *solidarité en général* », nous remarquons les facteurs qui influencent positivement la capacité d'en bénéficier, à savoir : être un chef de ménage habitant dans un **village moderne**, (ii) être un chef de ménage **d'un âge avancé** (plus de 60 ans), (iii) être un chef de ménage **polygame**, (iv) être un chef de ménage de **niveau socio-économique moyen**, (v) être un chef de ménage possédant des **champs diversifiés**, (vi) être un chef de ménage **s'impliquent dans les associations du village**, (vii) être un chef de ménage dont la famille à l'interne **une grande vie associative**.

Pour la « *solidarité des associations* », les facteurs associés positivement à la capacité de bénéficier d'aide sont : (i) le fait d'être un chef de ménage qui réside dans un **village moderne**, (ii) être un chef de ménage de **sexe masculin**, (iii) être un **chef de ménage jeune** (âgé de moins de 40 ans), (iv) être un chef de ménage **propriétaire de sa maison**, (v) être un chef de ménage de **niveau socio-économique pauvre**, (vi) être un chef de ménage dont **la famille ne dispose pas d'une association d'aide**.

Quant à la « *solidarité des proches* », nous relevons comme facteurs affectant positivement à la capacité d'en bénéficier : (i) être un chef de ménage habitant un **village traditionnel**, (ii) être un chef de ménage **d'un âge avancé** (plus de 60 ans), (iii) être un chef de ménage **originaire de la région d'étude**, (iv) être un chef de ménage **sans implication dans les associations du village**, (v) être un chef de ménage dont **la famille a une association d'aide**.

Après avoir analysé les différents types de solidarité et d'entraide existants ainsi que les facteurs qui leur sont associés, nous avons tenté de savoir si cette solidarité ou entraide jouait un rôle dans le processus d'accès aux soins de santé modernes tous devenus payants et ce, même dans les formations sanitaires publiques. Sept cent quarante cinq malades ont été interrogés en raison d'un malade par ménage. Sur les Sept cent quarante cinq malades, sept cent quarante deux répondants ont été retenus. Sur ces Sept cent quarante deux répondants, cinq cent soixante cinq, soit 76,1%,

affirment avoir utilisé les services de santé modernes formels, lors de leur processus de recours aux services. Les facteurs significativement reliés à l'utilisation des services de santé modernes formels concernent respectivement : (i) l'aide financière des proches et des associations dans lesquelles le malade milite, (ii) le niveau de gravité perçue de la maladie, (iii) et le niveau de richesse du ménage dont est issu le malade.

L'utilisation des services de santé modernes formels se restreignant à cause des problèmes d'accès, nous avons considéré le caractère approprié ou non approprié des services utilisés par les malades. Sur les sept cent quarante deux malades répondants, deux cents quatrevingt deux, soit 38%, utilisent les services appropriés à leur maladie. Percevoir sa maladie comme « pas du tout grave » ou au contraire comme « très grave » apparaît le principal facteur significativement associé à une utilisation appropriée des services. En d'autres termes, les malades qui perçoivent leur maladie « pas grave » ou « très grave » constituent ceux qui utilisent de façon appropriée les services de santé.

L'aide financière des proches représentant le facteur le plus déterminant du recours aux services de santé modernes formels dans notre région d'étude, nous avons voulu déterminer les éléments à la base de cette aide financière des proches. Comme mentionné ci-haut, plusieurs études avaient déjà montré que certains malades n'ont accès aux soins de santé modernes devenus payants que grâce à l'aide de leurs

proches et des associations dans lesquelles ils militent. Pour comprendre et expliquer les raisons qui motivent cette aide des proches, nous nous sommes inspiré de la théorie de l'économie générale de la pratique de Bourdieu (1986) et plus spécifiquement du concept de capital social. Selon plusieurs auteurs (Coleman, 1988; Bourdieu et Wacquant, 1992; Putnam, 1993; 1995; Fukuyama, 1995), le capital social forme la base des actes de solidarité, d'entraide, d'amitié, de civilité, de confiance etc. qui existent entre deux individus, s'exercent entre un groupe d'individus ou une communauté. Mais, pour que l'acte de solidarité ou d'entraide devienne effectif, la présence simultanée de plusieurs facteurs reste indispensable : (i) les facteurs de prédisposition, (ii) les facteurs de capacité, (iii) les facteurs de déclenchement.

D'après les résultats de notre recherche, dans notre contexte d'étude, les facteurs de prédisposition s'énoncent ainsi : (i) être un malade issu d'un ménage dont le chef a un nombre d'enfants élevé, (ii) être un malade de sexe féminin.

En ce qui concerne les facteurs de capacité (qui mesurent le niveau de capital social), seule l'existence d'un réseau de soutien du chef de ménage entraîne un effet significatif sur l'aide, pour le recours aux services de santé en général. Aucune autre variable mesurant le niveau de capital social ne se révèle significative. Ces résultats peuvent paraître à première vue contradictoires. Mais quand nous savons que la majorité (85%) des malades utilisant les services de santé modernes bénéficient

d'aide, nous comprenons aisément que cette non existence de liaison significative est due à la généralisation du capital social dans notre région d'étude. Il importe cependant de préciser que certains malades, malgré la gravité de leur maladie n'ont pas accès aux services de santé. Pour la plupart, ces malades sont jeunes (entre 0 et 15 ans). Nous formulons l'hypothèse que ces malades n'ont pas accès aux services non pas parce qu'ils n'ont pas bénéficié d'aide, mais parce que cette aide a servi pour autres besoins. En effet, plusieurs malades à bas âge bénéficient d'aide, mais cette aide est utilisée pour des besoins extérieurs à ceux de l'enfant.

Quant aux facteurs de déclenchement, le niveau de gravité perçue et le type de diagnostic que le malade ou sa famille attribue à la maladie demeurent les facteurs reliés à la capacité du malade de bénéficier d'aide pour se soigner. Lorsque la maladie est perçue grave, le malade a 2,86 fois plus de chance d'obtenir de l'aide. Quand cette même maladie est perçue très grave, la chance pour le malade d'avoir de l'aide pour se soigner s'élève à 4,75 comparativement à celui qui juge sa maladie bénigne. Face au « diagnostic attribué » nous constatons que les cas de gynécologie/obstétrique possèdent 2,4 fois plus de chance d'avoir de l'aide et que les cas d'accidents et de blessures champêtres donnent 2,17 fois plus de chance qu'un malade qui souffre de maladie infectieuse.

L'influence de la solidarité et de l'entraide dans la résolution de certains problèmes socio-économiques en Afrique a déjà été rapportée par plusieurs études. Dans le

domaine spécifique de la santé, des auteurs tels que (Raynaut, 1986; Wallman, 1996) ont ainsi montré l'influence de la solidarité et de l'entraide dans l'accès et l'utilisation des services de santé. L'originalité de notre travail consiste à déterminer, d'une part, les facteurs à la base de cette solidarité ou entraide et, d'autre part, de démontrer comment ces facteurs s'associent pour rendre l'aide possible. Une aide qui, comme l'a démontré notre étude, n'est rien d'autre qu'une des conséquences du capital social existant entre les malades et leurs parents, amis ou entre les malades et les associations au sein desquelles ils militent.

6.2. Limites de l'étude

Cette étude tentait de démontrer comment des malades pauvres qui théoriquement ne pourraient pas bénéficier de soins de santé modernes ont accès grâce à la solidarité et l'entraide de leurs proches. Bien qu'elle ne soit pas exempte d'erreurs comme d'ailleurs toutes les études en sciences sociales, elle reflète assez bien la réalité des dynamiques sociales en jeu pour l'accès aux soins de santé modernes dans notre région d'étude. Avant cette recherche, plusieurs autres ont déjà établi l'association significative entre la solidarité ou l'entraide et l'utilisation des services modernes en Afrique. La particularité de notre étude consiste à démontrer de manière systématique, l'effet de la solidarité et de l'entraide.

La stratégie et le devis de recherche (devis transversal avec questionnaire) retenus pourraient être critiqués. Mais il devient impératif de tenir compte du fait que nous avons opté pour cette approche parce que notre premier objectif visait à savoir si oui

ou non la solidarité ou l'entraide en tant que pratique sociale était répandue dans notre région d'étude. Si la réponse était affirmative, nous voulions connaître les caractéristiques des ménages et chefs de ménages qui en bénéficiaient. Après cette première étape, les malades retenaient notre attention car notre domaine de recherche concerne la santé publique. Nous avons voulu déterminer si la solidarité ou entraide qui existe dans cette région tenait un quelconque rôle dans le domaine de la santé publique et, plus spécifiquement, dans l'accès aux soins de santé modernes désormais payants. Cette question fondamentale à notre sens a fait l'objet d'une enquête avec questionnaire auprès des malades. Dans chaque ménage, un malade a été sélectionné. Un questionnaire a été administré sur les caractéristiques de la maladie, le niveau socio-économique du ménage dont est issu le malade, les recours choisis par ce dernier et la façon dont il a pu s'acquitter des frais inhérents aux services utilisés. S'il bénéficiait de l'aide d'un parent ami ou association, ces précisions notées servaient de complément d'information.

L'opérationnalisation des concepts importants comme l'aide des proches, le niveau socio-économique du ménage du malade et la gravité perçue de la maladie a été effectuée en nous appuyant sur notre cadre conceptuel (figure 3) et ce, dans le but de minimiser les biais et d'accroître la qualité des données recueillies. Nous avons aussi particulièrement insisté sur le choix et la formation des enquêteurs afin de minimiser les biais. Deux prétests du questionnaire ainsi qu'une mise en confiance de la population avaient préalablement été intégrés pour minimiser l'effet de la

violence symbolique (Bourdieu, 1996) que les enquêteurs pouvaient exercer sur les personnes interviewées. Pour mieux comprendre les données quantitatives, des entretiens qualitatifs informels ont été menés. La richesse des commentaires et leur cohérence avec les données quantitatives nous ont conforté, quant à la qualité des données recueillies.

6.3. Impacts des résultats

Notre étude suggère que la solidarité et l'entraide constituent les déterminants majeurs de l'accès aux soins de santé modernes dans notre contexte d'étude. La solidarité et l'entraide résultant des conséquences du capital social qui existe ou peut exister entre deux individus, groupes d'individus ou membres d'une communauté, nous pouvons affirmer que le capital social devient un déterminant majeur de l'accès aux soins de santé modernes dans la région concernée. Alors que la capacité à payer les soins d'un usager s'établissait, jusqu'à maintenant à partir de son revenu ou de son niveau socio-économique, autrement dit, de son capital économique, notre étude démontre qu'il faudrait désormais intégrer son capital social. La capacité à payer ne s'évalue plus uniquement en fonction du niveau socio-économique ou du revenu mais aussi du réseau de parents et d'amis (réseau social) qui peut nous venir en aide, en cas de problèmes.

Le deuxième impact majeur de nos résultats porte sur l'élaboration des mécanismes de financement communautaire des services de santé en Afrique, notamment les

mécanismes de prépaiement et de mutualisation du risque maladie. Pour la plupart de ces projets, le facteur toujours invoqué demeure le revenu ou le niveau socio-économique des populations concernées par le projet. Même si cette mise en avant du capital économique semble justifiée, il faut comprendre qu'elle limite la capacité du projet d'aller chercher des ressources additionnelles basées sur le capital social, c'est-à-dire basées sur les logiques de solidarité, d'entraide, de dons et de contre-dons qui existent entre les bénéficiaires du projet. Autrement dit, dans le contexte africain, le capital économique ne devrait plus constituer le seul facteur sur lequel baser les projets de développement. Il paraît essentiel de tenir compte aussi du niveau de capital social dans la communauté car celui-ci permet, non seulement de mobiliser des ressources financières additionnelles, mais de mesurer la pérennité du projet. En Afrique, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui n'ont ni salaire, ni pension de retraite, ni compte d'épargne mais qui, lorsqu'elles vivent un problème nécessitant des ressources financières, arrivent à y faire face grâce à la solidarité et l'entraide que génère leur capital social.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

En dépit de tous les espoirs qui ont été fondés sur l'an 2000 pour l'Afrique (Santé pour tous en l'an 2000), le travail sur le terrain nous met devant le constat que des pas ont été franchis mais qu'il reste beaucoup à faire en matière de santé. Est – il envisageable pour le continent africain (berceau de l'humanité) d'emprunter un jour la voie du progrès et de la modernité? Au vu des statistiques actuelles et des prévisions économiques démographiques et sanitaires (P.N.U.D., 1999), il semble malheureusement quasi illusoire pour l'Afrique de connaître un réel développement. Or, comme le dit Serge Latouche (1998) dans son ouvrage « l'autre Afrique » :

« Si l'on est convaincu du caractère universel de la modernité occidentale, soit de manière explicite ou implicite, il est difficile dans tous les cas, de nourrir le moindre espoir pour l'Afrique. [...] Pourtant! Force est de constater que ce radeau africain à la dérive, pour dérisoire qu'il paraisse, porte environ huit cents millions de personnes. Toutes ne sont pas des squelettes faméliques, des rescapés des camps de la mort. Toutes ne vivent pas de la seule charité internationale. La survie de cette planète noire, en supposant que n'y règne que la misère, est tout de même un problème théorique et pratique [...]».

Dans le cadre de cette recherche, nous avons voulu apporter notre modeste contribution à la recherche de réponse à cette question fondamentale posée par Latouche (1998). En effet, nous avons voulu mettre en évidence, à partir du cas de l'accès aux soins de santé modernes devenus payants, les logiques sociales « cachées » qui régulent l'Afrique. Comme le dit Éla (2000) :

« Les capacités d'innovation, la réinvention des traditions et la résurgence des savoirs endogènes sont la réponse de ces sociétés au resserrement des contraintes structurelles et leur riposte à la violence d'un capitalisme sans entraves. Au-delà de la « débrouille », ces pratiques populaires sont les formes concrètes d'une socio-économie enracinée dans les cultures du terroir. Ainsi, les crédits sous formes de tontines apparaissent comme un système de prestations totales, où l'on échange non seulement de l'argent, et du travail, mais aussi des repas, des rites, notamment de deuil, des obligations d'amitiés et des conseils. L'accès à la modernité économique n'est donc pas incompatible avec l'articulation des rapports entre l'argent et la parenté ».

Même si notre étude ne concerne que le domaine de la santé, nous sommes en droit de penser que ces pratiques sociales de solidarité et d'entraide que génère le capital social peuvent aussi s'opérer dans d'autres secteurs de développement tels que l'éducation, la création d'entreprise et la mise en place d'activités économiques locales. Il devient donc important, à notre avis, de développer des programmes de recherche qui s'intéressent au concept de capital social, de ses interactions avec le capital économique et des contributions qu'il peut apporter dans le cadre d'un développement économique et social de l'Afrique, en particulier et des autres pays en développement, en général. En démontrant de manière systématique qu'en Afrique, l'aide financière fournie à un malade résulte du bon niveau de capital social qui existe entre le malade et le donateur, nous montrons comment de bonnes relations sociales entre deux individus peuvent se métamorphoser dans certains, en ressources financières pour satisfaire certains besoins. Comme toute recherche en sciences sociales, notre étude comporte sans doute des limites méthodologiques. Elle ouvre toutefois la voie à de nouvelles recherches sur les traits propres de l'«économie réelle» du continent africain.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abdou Touré (1990).** *Les petits métiers d'Abidjan*. Éditions Karthala, Paris.
- Abel-Smith B. (1986).** Le financement de la santé pour tous: l'assurance offre-t-elle la solution? in *Forum Mondial de la Santé*. Vol.7, pp3-31.
- Accardo A. (1997).** « Introduction à une sociologie critique : Lire Bourdieu ». Edition le Mascaret, Bordeaux.
- Adams A. M. (1993).** Food insecurity in Mali. Exploring the role of the moral economy. *IDS Bull.* 24(4), 41.
- Adjamagbo A. (1997).** « *Les solidarités familiales dans les sociétés d'économie de plantation : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire* », dans : *Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines*. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 15).
- Akin J.S. Birdsall, N., de Ferranti D. (1987).** Financing health services in developing countries: An agenda for reform. World Bank .
- Anta Diop C. (1979).** « Nations nègres et cultures I et II » Paris, Éditions Présence Africaine.
- Atim C (1999).** « Social movements and health insurance : a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon » *Soc.Sc.Med.*, 48 :881-896.
- Balandier G. (1971).** Sociologie actuelle de l'Afrique noire. Paris: *Presses Universitaires de France*, p.486.
- Banque Mondiale (1990).** La pauvreté. *Rapport sur le développement dans le monde 1990*. Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A.,
- Banque Mondiale (1993).** Investir dans la santé. *Rapport sur le développement dans le monde*. Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A., 339p.
- Banque Mondiale (1995).** *Pour une meilleure santé en Afrique*. Les leçons de l'expérience. (Collection : Le développement à l'œuvre). Banque mondiale, Washington, D.C. 20433, U.S.A.

Barbarin et Khono (1997) « Indicators of Economic Status and Social Capital in South African Townships : What do they reveal About the Material and Social Conditions in Families of Poor Children? » *Childhood* 4 :193-222.

Barley S. R. (1990). Images of imaging: notes on doing longitudinal field work. *Organization science*. Vol. 1, No 3, August.

Bélangier et Sullivan (1998). « Le capital social au Québec : Revue de littérature et essai d'application à la réalité québécoise. GRASP : Université de Montréal.

Bibeau G. (1994). *La loi du don n'est que l'envers du don de la Loi*. in *Entre tradition et universalité*. Ouelette et Bariateau. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.

Bonnewitz, (1997). « Premières leçons la sociologie de Pierre Bourdieu : Presse Universitaire de Paris.

Bourdieu P. (1980). Le capital social, 31, 2-3. in *Acte* , 1980.

Bourdieu P. (1986). *Le sens pratique*. Paris, Éditions Minuit.

Bourdieu P. (1989). Intérêt et désintéressement. in *Cahiers de recherche*. Groupe de travail sur la socialisation, CNRS, No 7, septembre.

Bourdieu P., Wacquant L.J.D. (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris, Éditions du Seuil.

Bourdieu P. (1993). *La misère du monde*. Éditions du Seuil, Paris.

Bourdieu P. (1994). *Raison pratiques* : sur la théorie de l'action. Paris Seuil. 254 p.

Bourdieu et Wacquant (1998). « Les ruses de la raison impérialistes ». *Actes* 121/122

Bourdieu P. (2000). *Les structures sociales de l'économie*. Paris, Édition de Minuit.

Brown et Ashman (1996) « Participation, Social Capital, and Intersectorial Problem Solving : African and Asian Cases ». *World Development* 24 :1467-1479.

Brunel S. (1993). *Le gaspillage de l'aide publique*. Éditions du Seuil, 27 rue Jacob, ParisVI.

Brunet-Jailly J. (1993). Quel financement pour quels services de santé: Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique PP 85 - 103. 60. *Acte du séminaire international*, 24-27 septembre; CIE-Paris.

Caillé A. (1994). *Don, intérêt et désintéressement: Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres.* Éditions de La Découverte/M.A.U.S.S. Paris.

Campbell D. and Trechter D. (1992). " Strategies for coping with food consumption shortages in the Mandera Mountains Regions of Northern Cameroon. *Soc. Sc. Med.*, vol. 16.

Carrin G., Perrot J., Sergent F. (1993). L'influence de la participation financière de la population sur la demande de soins de santé : une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis. *Série « macro-économie, Santé et Développement »*, No6, OMS, Genève.

Chen, M. A. (1991). Coping with seasonality and drought. Sage Publication, New Delhi.

Cohen, J (1977). Statistical power analysis for behavioral sciences. New York Academic Press.

Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology Supplement*, vol. 94, p. S95-S120

Collier et Gunning (1999). « Explaining African Economic Performance » *Journal of Economic Literature*, vol. XXXVII, Pittsburg.

Contandriopoulos, A. P. et al. (1993). Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer. *Les Presses de l'Université de Montréal.*

Contandriopoulos et coll. (1996). « Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada » G.R.I.S. Université de Montréal .

Corbett J. (1988). Famine and Household Coping Strategies. *World dev.*, vol.16, No 9, pp : 1099-1112

Cook J.(1999). « Les histoires naturelles de maladie : une approche pragmatique dans la recherche pluridisciplinaire sur le recours aux soins et les itinéraires thérapeutiques ». *Rev.Epidémiologique et Santé Publique* 47, 2S11-2S17.

Dasgupta P. et Serageldin I. (1999). « Social capital : A Multifaced Perspective ». Banque Mondiale, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433, U.S.A.

Davies S. (1993). "Are coping strategies a cop out? IDS, Bull. 24, 60.

de Girardin E. (1852). *La politique universelle*. Bruxelles. 1852., Paris, Éditions
Depoy E., Gitlin, L. (1993). *Introduction to research: multiple strategies for health an human services*. Mosby, p. 329.

Desmarteau R.H. (1997). « Découvrir de la démocratie Tocquevillienne dans un hôpital de l'est de Montréal en modélisation : la pratique de la reciprocité morale comme étant à la fois un instrument et un avantage stratégiques dans un hôpital public. UQÀM.

Diakité Soumaila Laye (1998). « Système de Recouvrement des Coûts et Utilisation du Médicament au Mali. Thèse de Doctorat . Université de Montréal.

Dirks R. (1980). " Social responses during severe food shortages and famines". Current anthrop., vol. 21, No.1.

Dulh L (1988). « A guide to assessing healthy cities. Who Healthy Cities, Copenhagen : FADL Publishers. Paper No3.

Dumoulin J. et Kaddar M. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne. rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences Sociales et Santé*, vol.XI, no 2.

Durkheim E. (1950). Les règles de la méthode sociologique. *Paris: Presses Universitaires de France*, 11^{ème} édition.

Durkheim E. (1960). De la division du travail social. *Paris: Presses Universitaires de France*, 7^{ème} édition.

Ela J.M. (1994). *Restituer l'Histoire aux sociétés africaines: promouvoir les sciences sociales en Afrique*. Édition L'Harmattan, 5-7, rue de l'École Polytechnique 75005 Paris.

Ela J.M. (2000). Les voies de l'afro-rennaissance; dans AFRIQUE EN RENAISSANCE. Dans manière de voir No 51. Édition Monde Diplomatique.

Eloundou-Enyegue P., (1992). La solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun? Paris, CEPED, 40 p.(les dossiers du CEPED, No 22).

Etzioni A. (1990). The New Paradigm: Underlying Themes. In *The Moral Dimension Toward a New Economy*. Free Press, 1990: chap. I, pp. 1-19.

Exhliman J. P. (1985). *Les Agni devant la mort (Côte d'Ivoire)*. Éditions Karthala, Paris.

Ewald F. (1986). *L'État providence*. Éditions Grasset, Paris.

Fassin D.; Brousselle C. (1991). Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique, Problèmes méthodologiques. *Revue.Épidémiologique.et Santé Publique*, 39:89-99.

Fleiss JL(1981). « Statistical Methods for Rates and Proportions. Jhon Wiley and Sons Editeurs.

Fole, Michael W. and Bob Edwards. (1997). « Escape from politics? Social theory and the social capital debate ». *American Behavioral Scientist* 40 :550 – 556.

Fukuyama F. (1995). *La confiance et la puissance: vertus sociales et prospérités économiques*. Traduit de l'anglais (États-Unis) par P.E. Dauzat. Paris, Éditions Plons.

Foster G.M. (1977). Medical anthropology and international health planning. *Social Science and Medecine*, 11:527-534.

Gaillard P. (1993). Le secret des Bamilékés, in *Jeune Afrique* no 1694, 24-30 juin.

Gbedenou P. et al. (1993). L'initiative de Bamako: espoir ou illusion? Réflexion autour de l'expérience béninoise. Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique PP 85 - 103. 60. *Acte du séminaire international*, 24-27 septembre; CIE-Paris.

Gélinas J.B. (1994). *Et si le Tiers-monde s'autofinçait: de l'endettement à l'épargne*. Édition Écosociété. Montréal.

Gibbal J.M. (1974). Citadins et villageois dans la ville africaine, l'exemple d'Abidjan, Presse Universitaire de Grenoble, Maspéro.

Glewwe P. (1988). La répartition des niveaux de vie en Côte d'Ivoire en 1985. *LSMS. Document de travail*, No 29.

Godbout J.T. (1992). *L'esprit du don*. Éditions La découverte. Paris Vème.

Goleman D.(1998). « L'intelligence émotionnelle : accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle ».Paris : Édition Robert Laffont.

Goulding K E. (1989). « Three Faces of Power. Sage Publication, London.

Gregoire E. (1986) "Les Alhazi de Maradi. Histoire d'un groupe de riches marchands sahéliens". Travaux et documents 187, Orstom.

Griffin C.C. (1988). User charges for health care in principle and practice. *World Bank*, an EDI Seminar paper, no 37.

Haddad S. (1992). Utilisation des services de santé en pays en développement. *Thèse pour le doctorat en Sciences (Sciences de gestion appliquées aux systèmes de santé)*, Université Claude Bernard, Lyon.

Haddad S., Fournier P. (1993). Initiative de Bamako, systèmes de paiement et utilisation du médicament. Position du problème, aspects conceptuels et méthodologiques pour une recherche multicentrique. *Rapport de recherche soumis au Programme des Médicaments Essentiels de l'OMS*.

Haddad S., Fournier P. (1995). Quality cost and utilisation of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre, *Soc.Sc.Med.*, 40(6): 743-753.

Haroche C. (1992). La solidarité: un sentiment républicain? Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie. *Paris: Presses Universitaires de France*.

Ilunga T B. (1992). « L'évaluation d'un mécanisme de financement des soins hospitaliers de premiers recours par la méthode de paiement anticipé : le cas de la commune rurale de Bwamanda au Zaïre. Thèse de doctorat. Université de Montréal.

Jane J. (1961). « The Death and Life of Great American Cities, New York Random House.

Jansen D. (1996). « National Systems of Innovation, Social Capital and Strategies of Innovations of Firms. « Sziale Welt_Zei. Praxis, 34-65.

Janzen J.M. (1978). The quest of therapy in lowest Zaïre, University of California Press, Berkeley:266pp.

Kaddar M. (1993). Argent et Santé: Expériences de financement communautaire en Afrique. *Acte du séminaire international*, 24-27 septembre; CIE-Paris.

Kaddar et collaborateurs. (1997) « prépaiement des soins de santé ». *L'enfant en milieu tropical*, No 228. Centre International de l'Enfance, Paris.

Kaddar M., Tchicaya A. (1997). Indigence et accès aux soins de santé en Afrique Sub-saharienne: situation et perspectives d'action. *Centre International de l'Enfance et de la Famille*, Paris.

Kawachi I, Kennedy and Kimberly Lochner (1997) « Long live community : Social capital as public Health. *American Prospect* 35 :56-59.

Kroeger A. (1983). Anthropological and socio-médical health care research in developping countries, *Soc.Sc.Med.*, 17(3): 147-161

Kroeger A. (1985). Erreurs de réponses et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement. *World Health Statistics*, quart., 38: 15-37.

Kluckhohn FR., Strodtbeck FL. (1961). « Variations in Value Orientation; Evanston, III, Row, Peterson and Company.

Latouche S. (1998). « *L'autre Afrique : entre don et marché* ». Paris, Édition Albin Michel

Le Bras-Chopard A. (1992). La solidarité: un sentiment républicain? Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie. *Paris: Presses Universitaires de France*.

Leif J. (1944). *Gemeinschaft und gesellschaft*, traduit en français: communauté et société. *Paris: Presses Universitaires de France*.

Lelart M. (1990). *La tontine, pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement*, Paris, Éditions John Libbey Eurotext /AUPELF.

Lemann N. (1996). « Kicking in groups ». *Atlantic Monthly* 277 :22-26

Lumumba A. N. T. (1996). Conceptualiser la recherche pour le développement: sécurité alimentaire, santé, agriculture, environnement et population. *Atelier de la formation Rockefeller du 5 au 9 mai 1996*, Québec, Canada.

Makinen M., Mc Innes K. D. (1993). L'efficacité des contributions financières des utilisateurs: résultats des expériences des pays. *Acte du séminaire international*, 24-27 septembre; CIE-Paris.

Marie A. (1997). « *Les structures familiales à l'épreuve de l'individuation citadine* », in *Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines*. Paris, CEPED, 407p. (les études du CEPED No 15, chapitre 14).

Mauss M. (1985). Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, in *Sociologie et Anthropologie*, *Paris: Presses Universitaires de France* p. 145-279

Mayoukou C. (1994). *Le système des tontines en Afrique, un système bancaire informel*, Paris, L'Harmattan.

N'guessan K.F. (1978). Pour une anthropologie médicale africaine; *Annales Université d'Abidjan* (Côte d'Ivoire) - Série F/Ethno-sociologie - T VII.

Nicolas G. (1986). *Don rituel et échange marchand*, Paris, Institut d'Ethnologie, Musée de l'Homme.

O.M.S. : Lwanga S K. Lemeshow S. (1991) « déterminant de la taille d'un échantillon dans les études sanométrique ». Manuel pratique, 84 pp.

Petit Robert, (1986). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Éditions le Robert, 107 av. Parmentier Paris-XI^{ème}

P.N.U.D. (1997). Rapport mondial sur le développement humain 1997. PNUD, New York, USA.

P.N.U.D. (1999). Rapport mondial sur le développement humain 1999. PNUD, New York, USA.

Polanyi K (1975). « *Les systèmes économiques dans l'histoire et dans la théorie* ». Paris : Édition Larousse.

Putnam R.D., (1993). Social capital and institutional success. Making democracy work, civic tradition in modern Italy; *Princeton University Press*.

Putnam R. D., (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *The journal of democracy*, vol. 6, p. 65-78

UNICEF, (1990). Revitalisation des SSP/SMI. L'Initiative de Bamako. *Rapport d'activités présenté au conseil d'administration de l'Unicef en 1990*. UNICEF, Avril (1990).

Raynaud C. (1990). Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples Haoussa au Niger; dans «*Sociétés, développement et santé; Universités francophones*», UREF, Paris: Ellipse/AUPELF: 136-151.

Raynaud C. (1986). "Disparités économiques et inégalités devant la santé", *Colloque Croissance urbaine et Santé*, ORSTOM, Daka, 28p.

Reardon T. et al. (1988). Coping with Household-level Food Insecurity in Drought-affected Areas of Burkina Faso. *World development*, vol.16, No 9, pp. 1065-1074.

Rocher G. (1995). *Introduction à la sociologie générale*. 3ème édition, Éditions Hurtubise HMH ltée. 7360, Boul. Newman Ville LaSalle Québec. H8N 1X2 Canada.

Roemer M.I. (1991). *National health systems of the world*, Oxford (England); New York: Oxford University Press, Vol 2.

Rousseau J.J. (1996) . *Du contrat social et Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité*. Paris: Bookking international. Première édition (1754) et (1762).

Rosanvallon P. (1992). *La crise de l'État-providence*, éditions du Seuil, Paris. Nouvelle édition 1992, p. 183.

Russel S. (1996). Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health policy planing* 11, No 3 : 219-237.

Sauerborn R., Nougara A., Hien, M., Diesfeld H. J. (1996). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso, *Soc.Sc.Med.*, 43 (3):281-290.

Selznick P., (1994). Foundation of Communitarian Liberalism. *Responsive Community*; 4 (4): 16 -28.

Sen A. K., (1986). *Food, economics and entitlements*. Helsinki: World Institute for Development Economics Research.

Sen A.K., (1993). Éthique et économie. Dans *Éthique et économie: et autres essais*. Paris : Presses Universitaires de France, 364 pages.

Séigny B, Bélanger JP, Sullivan R. (1999). « Le capital social et l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. *Canadian Journal of Public Health*, V90, No6, p. 369-371.

Shaw R. P. & Griffin C.C. (1995). Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance. (*Collection Le développement en marche*). Banque Mondiale, Washington, D.C.

Sidibé A. B. & de Bethune X. (1993). Enquête multifocale sur la consommation et l'approvisionnement des ménages en médicaments, Quartiers de Lafiabougou et de Sébénikoro, commune IV, district de Bamako; octobre à décembre 1993, *Rapport préliminaire*.

Smith A. (1976). « Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations ». Paris, Gallimard .

Smith A. (1860). *Théorie des sentiments moraux*. Paris, Guillaumin et Cie. Première édition : 1759.

Spencer H. (1896). *Principes de sociologie*, Paris, Librairie Germer, Boillière.

Tocqueville A.de. (1981). *De la démocratie en Amérique*, Paris, Garnier-Flammarion.

Todd E. (1996). « L'illusion économique : essai sur la stagnation des sociétés développées ». Paris, Édition Gallimard.

Van der Maren J.M.(1997). *Analyse et interprétation des données qualitatives: notes pour le cours ETA 6512*.

Van Parijs P. (1997). *Refonder la solidarité*, Les Éditions du Cerf, Paris.

Vlassoff C., Tanner M. (1992). The relevance of rapid assessment to health research and interventions; *Hlth Policy Plann* 7, No1: 1-9

Vogel (1988). Cost Recovery in the Health Care Sector : Selected Countries of West Africa . Document technique No 82. Banque Mondiale. Washington.

Wallman S., Baker M. (1996). Which resources pay for treatment? A model for estimating the informal economy of health. *Soc. Sc. Med.* Vol.42, No 5, pp. 671-679.

Wolfe Alan (1997). « Is Civil Society Obsolete? Revisiting predictions of the decline of civil society in Whose Keeper? ». *The Brookings Review* 15 :9-12.

World Health Organization (WHO) (1988). Improving urban health. Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs; *WHO/SHS/NHP/88.4*, Geneva.

Wyss K. (1994). *Utilisation des services de santé en milieu urbain à N'djamena (Tchad)*. Étude des déterminants et de leurs interactions. Basel: Basler-Schnelldruck Bernhard Schlattmann.

Yach D. (1992). The use and value of qualitative methods in health research in developing countries; *Soc. Sc. Med.* 35, No4: 603-612

Yin R.K. (1989). *Case Research: design and methods*. London: Sage Publication.

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1

Lettres d'information aux Autorités

Abidjan, le 15 juin 1998

À Monsieur le chef du village

Objet: Lettre d'information

Monsieur le chef du village,

Dans le cadre de la phase empirique de mes études doctorales, il me fait plaisir de vous informer de mon intention d'effectuer une enquête de terrain dans la région d'Adzopé plus précisément dans les villages d'Andé, Akoudzin, N'koupé, Agou et Boudépé dans le courant du mois de juin, juillet et août 1998. Mon sujet de recherche porte sur les stratégies de mise en place de mutuelle de santé en milieu rural ivoirien. Le but ultime de la recherche est de mettre à la disposition des autorités nationales et internationales les informations pertinentes pour la mise en place de mécanismes de prise en charge des coûts de la maladie chez les paysans et les populations démunies. Notre projet de recherche est un sujet qui s'inscrit dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire, et du Plan national de Lutte contre la Pauvreté.

Comme vous représentez la première autorité du village, je me permets de vous adresser cette présente pour solliciter auprès de votre haute bienveillance, l'obtention d'un soutien moral et matériel pour le bon déroulement de l'enquête. En ce sens, je sollicite donc l'obtention d'une autorisation d'enquête ménagée auprès de la population de ladite région.

Je me tiens à votre disposition au cas où vous aimeriez avoir plus d'informations sur le projet. En vous remerciant d'avance pour votre soutien et votre collaboration, je vous prie d'accepter, Monsieur le chef du village, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Docteur Marcellin Aye
Candidat au Ph.D. en santé publique
Université de Montréal (Canada)

Adresse en Côte d'Ivoire
S/C de Mr Aye Laurent

08 BP 2431 Abidjan 08
Côte d'Ivoire
Tél : 47 03 85

Cel : 08 58 02

ANNEXE 2

Lettre de rappel

Abidjan, le 28 décembre 1998

À Monsieur le chef du village

Objet: Lettre d'information

Monsieur le chef du village,

Suite à ma lettre du 15 juin 1998 faisant cas de la tenue d'une enquête de terrain dans la région, il me fait plaisir de vous annoncer que l'étude se déroulera effectivement du 4 janvier 1999 au 18 janvier 1999 dans la région d'Agou. Le passage dans **le village d'Andé** est fixé aux **13, 14 et 15 janvier 1999**.

Comme je l'avais précisé dans le premier courrier, mon sujet de recherche porte sur les stratégies de mise en place de mutuelle de santé en milieu rural ivoirien. Le but ultime de la recherche est de mettre à la disposition des autorités nationales et internationales les informations pertinentes pour la mise en place de mécanismes de prise en charge des coûts de la maladie chez les paysans et les populations démunies. Notre projet de recherche est un sujet qui s'inscrit dans la cadre du Plan National de Développement Sanitaire (P.N.D.S.) et du Plan national de Lutte contre la Pauvreté (P.N.L.P.).

Comme vous représentez la première autorité du village, je me permets de vous adresser cette présente pour solliciter auprès de votre haute bienveillance, l'obtention d'un soutien seconde lettre pour le bon déroulement de l'enquête. En ce sens, je sollicite donc l'obtention d'une autorisation d'enquête ménage auprès de la population de ladite région.

Je me tiens à votre disposition au cas où vous aimeriez avoir plus d'informations sur le projet. En vous remerciant d'avance pour votre soutien et votre collaboration, je vous prie d'accepter, Monsieur le chef du village, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Docteur Marcellin Aye

Candidat au Ph.D. en santé publique
Université de Montréal (Canada)

Adresse en Côte d'Ivoire
S/C de Mr Aye Laurent

08 BP 2431 Abidjan 08

Côte d'Ivoire

Tél : 47 03 85

Cel : 09 - 57 - 53

ANNEXE 3

Questionnaires

Fiche No:

--	--	--	--	--

Étude de la contribution des mécanismes informels de solidarité à l'accès
et à l'utilisation des services de santé modernes par les paysans:
le cas de 5 villages de la région d'Agou: 05/1/99

Questionnaire chef de ménage I

Codification

RÉPONDANT

Nom:

Prénoms:

Âge:

.....

Profession:

.....

Ethnie-:

.....

Pays d'origine:

.....

Nombre d'années
dans le village:

.....

ENQUÊTEUR

Nom et Prénoms:

.....

Sexe:

.....

Date de l'entretien:

.....

Langue d'entretien : 1. Attié 2. Dioula 3. Français

LIEU DE L'ENQUÊTE

Village :

.....

SUPERVISEUR

Nom:

.....

Date de contrôle:

.....

Confidentialité

Toutes les informations qui seront collectées dans cette enquête garderont un caractère strictement confidentiel
au terme de la loi du 7 juin 1951 sur les recensements et enquêtes statistiques

Questionnaire chef de ménage III

10. Est-ce que l'épouse/compagnon ou les épouses contribuent aux dépenses du ménage (frais de maladie, frais de nourriture)

1. Pas du tout 2. De temps en temps
 3. Souvent 4. Tout le temps

11. Recevez-vous de l'aide (argent, nourriture, médicaments) de personnes de votre famille ne vivant pas avec vous ici?

1. Oui 2. Non

12. Citez les noms des aidants, le lien de parenté et le lieu de résidence

1er aidant : -----
2ème aidant -----
3ème aidant -----
4ème aidant -----
5ème aidant -----

13. Recevez-vous de l'aide (argent, nourriture, médicaments) d'amis ne faisant pas partie de la famille

1. Oui 2. Non

14. Citez les noms des aidants, le lien de parenté et le lieu de résidence

1er aidant : -----
2ème aidant -----
3ème aidant -----

15. Êtes-vous membre d'associations de paysans (GVC, association paysanne) dans le village ?

1. Oui 2. Non

16. Recevez-vous de l'aide de ces associations en cas de maladie, problèmes de scolarité ou autres

1. Oui 2. Non

Si oui, préciser le type d'aide ou le montant:-----

17. Êtes-vous membre d'associations (religieuse, de danse) dans le village?

1. Oui 2. Non

18. Recevez-vous de l'aide de ces associations en cas de maladie, problèmes de scolarité, funérailles etc

1. Oui 2. Non

19. Avez-vous une association familiale dans votre famille

1. Oui 2. Non

20. Vous vient-elle en aide en cas de maladie, problèmes de scolarité, funérailles et autres

1. Oui 2. Non

Questionnaire chef de ménage IV

Socio-économie du ménage

21. Maison construite en :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Ciment /brique | <input type="checkbox"/> 4. Paille |
| <input type="checkbox"/> 2. Semi-dure | <input type="checkbox"/> 5. Bois/tôle |
| <input type="checkbox"/> 3. En terre | <input type="checkbox"/> 6. Autres (préciser) ----- |

22. Toiture faite en:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Tôle/tuile | <input type="checkbox"/> 4. Feuilles |
| <input type="checkbox"/> 2. Ciment/dalle | <input type="checkbox"/> 5. Peaux |
| <input type="checkbox"/> 3. Paille | <input type="checkbox"/> 6. Autres (préciser) ----- |

23. Nombre de pièces

1. Une ou deux pièces
 2. Deux à quatre pièces
 3. Quatre à six pièces
 4. Six pièces et plus

24. Quel est votre statut d 'occupation

1. Propriétaire
 2. Copropriétaire
 3. Locataire
 4. Logé par un tiers
 5. Autres (préciser) -----

25. Avez-vous l 'électricité à la maison?

1. Oui 2. Non

26. D 'où vient votre eau de boisson

1. Robinet de maison/concession
 2. Fontaine villageoise
 3. Puits villageois
 4. Rivière/marigot
 5. Autres (préciser) -----

27. Où faites-vous vos besoins

1. Latrines modernes avec chasse d 'eau
 2. Latrines (cabinet) en ciment non partagées avec voisin
 3. Partage de latrines communes avec les voisins
 4. En plein air
 5. Autres (préciser) -----

Questionnaire chef de ménage V

28. Quelles sont les sources de revenu du ménage (citez)

29. Combien de personnes du ménage travaillent

--	--

30. Y a-t-il dans le ménage des gens qui possèdent un champ:

1. Oui 2. Non

31. si oui, citez les noms des possédants leur statut dans le ménage et précisez le type de champ ainsi que le nombre d 'hectars

32. Y a-t-il dans le ménage des gens qui possèdent du cheptel

1. Oui 2. Non

33. si oui, citez les noms et précisez le type d 'animaux ainsi que le nombre. Il est important de poser la question à la personne concernée

Fiche No:

--	--	--	--

Questionnaire répondant malade I

RÉPONDANT

Nom, Prénoms: _____

Lien avec le malade: _____

Lien avec le chef de ménage: _____

Âge et niveau d'étude: _____

Occupation: _____

Sexe du malade: _____

M.1. Langue d'entretien

1. Attié 2. Dioula 3. Français

M.2. Depuis quand êtes-vous malade

Depuis : -----

M.3. De quoi avez-vous souffert?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Fièvre/paludisme | <input type="checkbox"/> 6. Problèmes cardiaques |
| <input type="checkbox"/> 2. Toux/bronchite | <input type="checkbox"/> 7. Problèmes gynécologiques |
| <input type="checkbox"/> 3. Maux de dents | <input type="checkbox"/> 8. Rhumatisme/Lombalgie |
| <input type="checkbox"/> 4. Maux de ventre/diarrhée | <input type="checkbox"/> 9. Accidents /Blessures/Fractures |
| <input type="checkbox"/> 5. Problèmes de tension | <input type="checkbox"/> 10. Autres _____ |

M.4. Quelle est selon vous, l'origine de la maladie

1. Mauvaise alimentation
2. Maladies contagieuses
3. Moustiques/parasites
4. Empoisonnement/sorcellerie
5. Fatigue/travail pénible
6. Autres (précisez) -----

M.5. Considérez-vous qu'ils 'agissait d'une maladie grave

1. Peu grave
2. Moyennement grave
3. Grave
4. Très grave

M.6. Considérez-vous que cette maladie aurait pu vous enlever la vie ?

1. Oui 2. Non

Questionnaire répondant malade III

M15. Pour tout le processus de soins, combien avez-vous dépensé?:

M16. Est-ce un coût élevé?

1. Peu élevé 2. Moyennement élevé
 3. Assez élevé 4. Très élevé
 5. Très très élevé

M17. Avez-vous pu payer tout seul le coût du premier recours

1. Oui 2. Non

M18. Comment avez-vous pu mobiliser les ressources nécessaires pour le coût du premier recours

<u>Mode de mobilisation des ressources</u>	<u>premier recours</u>
1. Paiement direct avec économies	
2. Vente de biens (voiture, bijoux, outils, etc)	
3. Vente de produits (café, cacao, manioc, riz, etc..)	
4. Vente de terrain, de plantation ou de forêt	
5. Crédits, emprunts	
6. Aide financière de: époux/se, fils et filles	
7. Aide financière de: beau-fils, gendre, neveu, frère	
8. Aide financière d 'amis	
9. Autres	

M 19. Avez-vous pu payer tout seul le coût du deuxième recours

1. Oui 2. Non

M 20. Comment avez-vous pu mobiliser les ressources nécessaires pour le coût du deuxième recours

<u>Mode de mobilisation des ressources</u>	<u>deuxième recours</u>
1. Paiement direct avec économie	
2. Vente de bien (voiture, bijoux, outils, bétail etc..)	
3. Vente de produits (café, cacao, Manion, riz etc..)	
4. Vente de terrain, de plantation ou de forêt	
5. Crédits, emprunts	
6. Aides financières de époux/se, fils et filles	
7. Aides financières de beau-fils, gendre, neveu, frère	
8. Aides financière d 'amis	
9. Autres	

1er mode

2ème mode

3ème mode

1er mode

2ème mode

3ème mode

Questionnaire répondant malade IV

M21. Avez-vous pu payer tout seul le coût du troisième recours

1. Oui 2. Non

M22 Comment avez-vous pu mobiliser les ressources nécessaires pour le coût du 3ème recours

<u>Mode de mobilisation des ressources</u>	<u>troisième recours</u>
1. Paiement direct avec économie	
2. Vente de bien (voiture, bijoux, outils, bétail etc..)	
3. Vente de produits (café, cacao, Manion, riz etc..)	
4. Vente de terrain, de plantation ou de forêt	
5. Crédits, emprunts	
6. Aides financières de époux/se, fils et filles	
7. Aides financières de beau-fils, gendre, neveu, frère	
8. Aides financière d 'amis	
9. Autres	

M 23. Si vous avez reçu une aide de parents et amis, combien de personnes vous ont aidé en tout?

1. Une ou deux personnes
 2. trois ou quatre personnes
 3. cinq ou six personnes
 4. Plus de six personnes

M 2.4. Quel est votre lien avec les personnes qui vous ont aidé (cochez autant de fois qu'il y a de liens

1. Fils/filles 4. Amis
 2. Époux/épouse 5. Beau-fils belles-fille
 3. Parents (neveux, cousins, frères) 6. Ni parents ni amis

M 25. Quel est le type d 'aide que vous avez eu

1. Prise en charge des dépenses sans remise d 'argent
 2. Remise d 'argent au malade pour payer les soins
 3. Recommandation du malade par un tiers
 4. Remise d 'argent + recommandation

M 26. À quel moment du processus de soins avez vous eut l 'aide

1. Lors de la consultation
 2. Lors des examens secondaires
 3. Lors de l'achat des médicaments
 4. Lors de tous le processus de soins

M 27. Au cas où vous n 'auriez pas reçu d'aide pour les soins qu'auriez-vous fait?

1. Rester sans soins
 2. Me soigner au centre de soins au village
 3. Me soigner au village avec médicaments traditionnels
 4. Serais décédé
 5. Autres (préciser)-----

1er mode

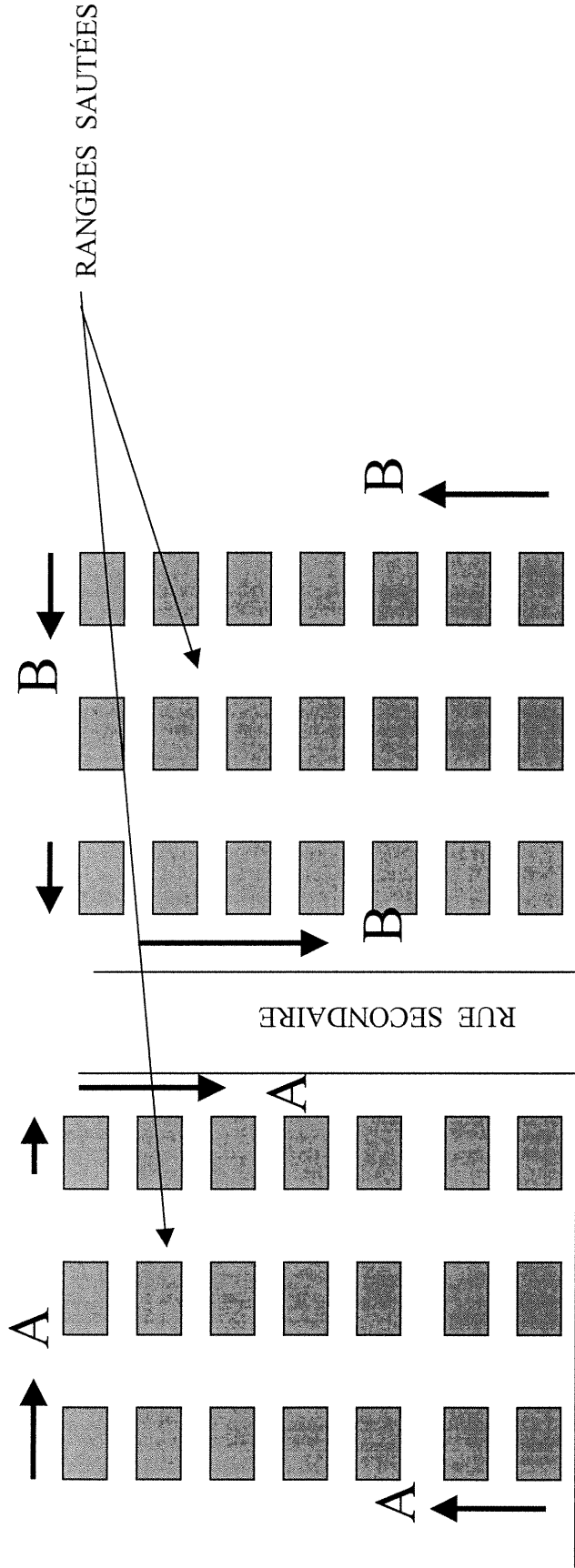
2ème mode

3ème mode

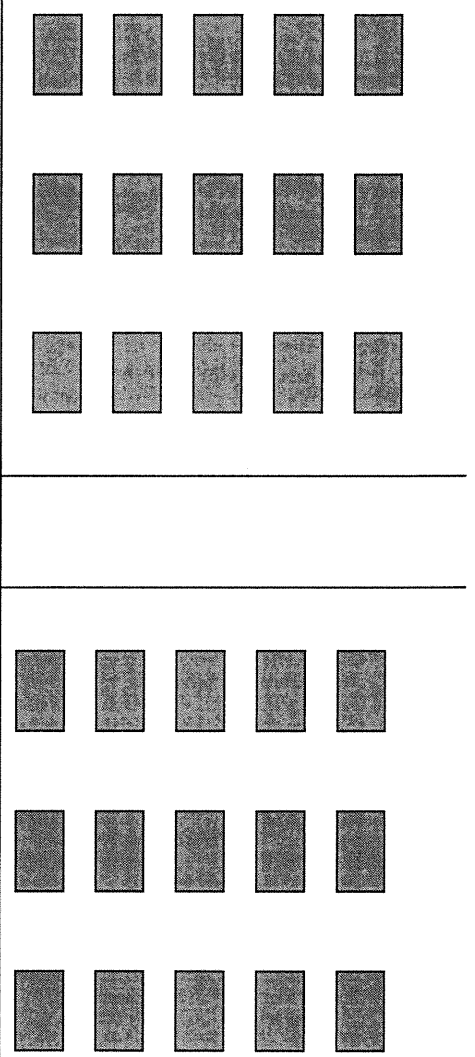
ANNEXE 4

Itinéraire d'enquête dans le village

ITINÉRAIRE DES ENQUÊTEURS



RUE PRINCIPALE



ANNEXE 5

Liste des variables de l'étude

Définition opérationnelle des variables

Les variables indépendantes

Variables sociodémographiques

Languer (langue d'entretien du chef de ménage) : cette variable désigne la langue d'entretien de l'enquêteur avec le chef de ménage. C'est une variable nominale à deux modalités :
0 = autres; 1 = attié.

Agecm (âge des chefs de ménage) : c'est une variable qui désigne l'âge de chaque chef de ménage. Variable numérique.

Agetrier (catégorisation de l'âge des chefs de ménage) : c'est une variable ordinale à 3 modalités. **De 0 à 30 ans; de 31 à 60 ans; 61 ans et plus.**

Sexecm (sexe du chef de ménage) : variable nominale dichotomique qui désigne le sexe du chef de ménage. **0 = féminin; 1 = masculin.**

Village (villages d'enquête) : cette variable désigne les différents villages d'enquête. C'est une variable nominale à 5 modalités : **1 = Boudépé; 2 = Agou; 3 = Akoudzin; 4 = Diapé; 5 = Andé.**

Vilmoder (village moderne) : cette variable établit la différence entre les ménages vivant dans un village moderne et ceux qui vivent dans un village traditionnel. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = village traditionnel; 1 = village moderne.**

Catmatri (catégorie matrimoniale) : cette variable désigne le statut matrimonial des chefs de ménage. C'est une variable nominale à cinq modalités : **0 = célibataire/union libre; 1 = monogame mairie; 2 = monogame traditionnel; 3 = polygame; 4 = veuf/veuve.**

Catenfan (catégorisation du nombre d'enfants) : elle désigne la catégorisation du nombre d'enfants du chef de ménage. C'est une variable ordinale à quatre modalités : **0 = pas d'enfant 1 = de 1 à 6 enfants; 2 = de 6 à 12 enfants; 3 = plus de 12 enfants.**

Catefanr (nombre d'enfants recodé par rapport au ménage sans enfant) : c'est une variable nominale dichotomique qui désigne l'existence sans enfant par rapport aux ménages avec enfants. **0 = pas d'enfants dans le ménage; 1 = au moins un enfant dans le ménage.**

Catmena (catégorisation du nombre de personnes dans le ménage) : variable ordinale à quatre modalités : **0 = 1 ou 2 personnes; 1 = 3 à 8 personnes; 2 = 9 à 16 personnes; 3 = plus de 16 personnes.**

Catmenar (nombre de personnes dans le ménage recodé par rapport au couple vivant seul) : variable nominale à deux modalités qui désigne les ménages à deux par rapport aux ménages à plus de deux. **0 = ménage à plus de deux; 1 = ménage à deux ou moins.**

Catorigi (origine du chef de ménage) : variable nominale à deux modalités qui désigne l'origine du chef de ménage. **0 = hors Côte d'Ivoire; 1 = Côte d'Ivoire.**

Catetnie (ethnie du chef de ménage) : variable nominale dichotomique qui désigne l'ethnie du chef de ménage. **0 = autres ethnies; 1 = attié.**

Catprofr (profession du chef de ménage) : variable nominale dichotomique qui désigne la profession du chef de ménage. **0 = autres professions; 1 = agriculteur.**

Profepse (profession de l'épouse ou compagnon du chef de ménage) : variable nominale dichotomique qui désigne la profession de l'épouse ou du compagnon du chef de ménage. **0 = autres professions; 1 = agriculteur.**

Nbrepse (nombre d'épouses du chef de ménage) : variable ordinale à quatre modalités qui désigne le nombre d'épouses du chef de ménage. **0 = pas d'épouse; 1 = une épouse; 2 = deux épouses ; 3 = trois épouses; 4 = quatre épouses.**

Typunion (mode de vie du chef de ménage) : cette variable désigne le mode de vie du chef de ménage. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = vit seul; 1 vit à deux; 2 = vit à trois.**

Cformelr (formalité du couple) : cette variable désigne si le chef de ménage partage un couple formel ou informel. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = informel; 1 = formel.**

Cmodernr (modernité du couple) : cette variable désigne si le chef de ménage partage un couple moderne ou traditionnel. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = traditionnel 1 = moderne.**

Variables caractérisant l'environnement du ménage

Assofami (association familiale dans le ménage) : cette variable désigne l'existence ou non d'une association familiale dans le ménage. C'est une variable nominale dichotomique. **0 = non; 1 = oui.**

Nbrweur (nombre de travailleurs dans le ménage) : cette variable désigne le nombre de travailleurs dans le ménage. C'est une variable ordinale à 3 modalités : **0 = 1 ou 2 travailleurs; 1 = 3 à 6 travailleurs; 2 = plus de 6 travailleurs.**

Contrimr (contribution des autres membres du ménage, aux dépenses) : cette variable répond à la question de savoir si les membres du ménage, épouses et compagnon compris aide le chef de ménage dans les dépenses et autres c'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Variables socio-économiques

Statutrr (statut d'occupation de la maison par le chef de ménage) : cette variable désigne le mode d'occupation de la maison par le chef de ménage. C'est une variable nominale dichotomique. **0 = non propriétaire; 1 = propriétaire/copropriétaire.**

Maisonrr (matériaux de construction de la maison) : c'est une variable qui désigne la qualité et le coût des matériaux de construction de la maison du ménage. C'est une variable à deux modalités. **0 = matériaux de moindre qualité/pas cher; 1 = ciment/marbre de bonne qualité et plus chers.**

Pièces (nombre de pièces de la maison du ménage) : cette variable désigne le nombre de pièces (chambres) de la maison du ménage. C'est une variable ordinale à quatre modalités. **0 = 1 pièce; 1 = deux à trois pièces; 2 = quatre à cinq pièces; 3 = six pièces et plus.**

Toiturer (toiture de la maison du ménage) : cette variable désigne le type de toiture de la maison du ménage. C'est une variable nominale dichotomique. **0 = paille/papot/feuilles; 1 = tôle/tuile/dalle.**

Electric (Électricité dans la maison du ménage) : cette variable réponse à la question de savoir s'il y a de l'électricité dans la maison du ménage : C'est une variable nominale dichotomique. **0 = non; 1 = oui.**

Eaur (origine de l'eau de boisson du ménage) : cette variable désigne l'origine de l'eau de boisson du ménage. C'est une variable nominale dichotomique. **0 = puits villageois/rivières/marigots; 1 = robinet/fontaine villageoise.**

WCr (lieu de besoins des personnes du ménage) : cette variable désigne le lieu de besoin des personnes du ménage. C'est une variable à quatre modalités: **0 = WC avec chasse d'eau; 1 = WC avec dalle non partagé avec voisin; 2 = WC avec dalle mais partagé avec voisin en plus; 3 = besoins faits en plein air.**

Champ (la possession d'au moins un champ par le ménage) : cette variable répond à la question de savoir si le ménage possède au moins un champ si non plus? C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Nbrchamp (nombre de champs du ménage) : cette variable désigne le nombre de champs du ménage. C'est une variable ordinale à cinq modalités : **0 = pas de champ; 1 = un champ; 2 = deux champs; 3 = trois champs; 4 = quatre champs.**

Struchar (structure des champs du ménage) : cette variable désigne la structure des champs du ménage avec l'accent mis à chaque fois sur le type dominant. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = champ de manioc uniquement; 1 = champ de café/cacao uniquement; 2 = champs composés des 2 types précités.**

Appareil (le ménage possède t-il au moins un appareil électroménager ?) : cette variable répond à la question de savoir si le ménage possède au moins un appareil électroménager? C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Nbrapp (nombre d'appareils du ménage) cette variable désigne le nombre d'appareils électroménagers du ménage. C'est une variable nominale à quatre modalités : **0 = pas d'appareil; 1 = un appareil; 2 = deux appareils; 3 = trois appareils et plus**

Struappr (structure des appareils du ménage) : cette variable désigne la structure des appareils du ménage avec l'accent mis à chaque fois sur le type dominant. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = appareils à dominance radio; 1 = appareils à dominance télé; 3 = appareils à dominance frigo.**

Engin (le ménage possède t-il au moins un engin?) : cette variable répond la question de savoir si le ménage possède au moins un engin sinon plus? C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Nbreng (nombre d'engins du ménage) :cette variable désigne le nombre d'engins du ménage. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = pas d'engin; 1 = un engin; 2 = deux engins et plus.**

Struengr (structure des engins du ménage) : cette variable désigne la structure des engins du ménage avec l'accent mis à chaque fois sur le type dominant. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = engins à dominance vélo; 1 = engins à dominance appareils de manioc; 3 = engins à dominance moto/voiture.**

Cheptel (le ménage possède t-il au moins un cheptel?) : cette variable répond à la question de savoir si le ménage possède au moins un cheptel sinon plus? C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Nbrchepr (nombre de cheptel du ménage) :cette variable désigne le nombre de cheptel du ménage. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = pas de cheptel; 1 = un type de cheptel; 2 = deux types de cheptel.**

Strucepr (structure du type de cheptel du ménage) : cette variable désigne la structure du type de cheptel du ménage avec l'accent mis à chaque fois sur le type dominant. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = ovin; 1 = bovin; 2 = ovin + bovin**

Variables sur la perception de la solidarité

Solidar (existence de solidarité dans le village) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir s'il existe de la solidarité dans le village?. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Decesr (le décès d'une personne est-il une occasion de solidarité?) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, le décès d'une personne est une occasion de solidarité. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui.**

Maladier (la maladie d'une personne est-elle une occasion de solidarité) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, la maladie d'une personne est une occasion de solidarité. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui.**

Mariager (le mariage d'une personne est-il une occasion de solidarité?) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, le mariage d'une personne est une occasion de solidarité. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui**

Naissancr (la naissance d'un bébé est-elle une occasion de solidarité?) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, la naissance d'un bébé est une occasion de solidarité. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui**

Tchamppr (les travaux champêtres sont-ils des occasions de solidarité?) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, les travaux champêtres sont des occasions de solidarité. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui**

Tpublicr (les travaux publics du village sont-ils des occasions de solidarité?) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, les travaux d'intérêt public sont des occasions de solidarité. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui**

Variables sur l'implication sociale du chef de ménage

Assopays (le chef de ménage est membre d'associations paysannes) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, le chef de ménage est membre d'associations paysannes (G.V.C., coopératives paysannes). C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui.**

Assotradi (le chef de ménage est membre d'associations traditionnelles) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, le chef de ménage est membre d'associations traditionnelles (groupes initiatiques, groupes de génération). C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui.**

Assodiver (le chef de ménage est membre d'associations diverses) : cette variable désigne la réponse à la question de savoir si dans le village, le chef de ménage est membre d'associations diverses (chorales, associations de danses, clubs d'amis). C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = non; 1 = oui.**

Variables dépendantes

Variables sur la solidarité

Il y a trois types de variables sur la solidarité : la solidarité des associations, celle des parents et celle des amis.

Variables sur la solidarité des associations

Aidasso (le chef de ménage reçoit de l'aide des associations paysannes) : cette variable désigne l'aide que les associations paysannes apportent au chef de ménage en cas de besoins (maladie, décès, scolarité des enfants, etc.). C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Aidiver (le chef de ménage reçoit de l'aide des associations diverses) : cette variable désigne l'aide que les associations diverses auxquelles le chef de ménage appartient apportent en cas de besoins (maladie, décès, scolarité des enfants, etc.). C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Aidtradi (le chef de ménage reçoit de l'aide des associations traditionnelles) : cette variable désigne l'aide que les associations traditionnelles apportent au chef de ménage en cas de besoins (maladie, décès, scolarité des enfants, etc.). C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Variables sur la solidarité des ami (e) s

Aidami (le chef de ménage reçoit de l'aide de ses ami (e) s) : cette variable désigne les ménages qui reçoivent de l'aide de leurs amis en cas de besoins (maladie, décès, scolarité des enfants, etc.). C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Nbraidami (nombre des aidants, amis du ménage) : cette variable désigne le nombre d'amis qui aident le chef de ménage en cas de besoins. C'est une variable ordinale à 4 modalités : **0 = pas d'ami aidant; 1 = un ami aidant; 2 = deux amis aidants; 3 = trois amis aidants et plus.**

Aidamreg (structure de l'aide des amis selon le lieu de résidence des amis aidants) : cette variable désigne les lieux où résident les amis aidants. Elle structure donc l'aide en fonction du lieu de résidence de l'aidant. C'est une variable à quatre modalités : **0 = Adzopé; 1 = Abidjan; 2 = Autres régions; 3 = Adzopé + Abidjan + Autres régions**

Variables sur la solidarité des parents

Aidefami (le chef de ménage reçoit de l'aide de ses parents hors du ménage) : cette variable désigne les ménages qui reçoivent de l'aide de leurs parents en cas de besoins(maladie, décès, scolarité des enfants, etc.). C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Aidefam1 (le chef de ménage reçoit de l'aide de l'association familiale) : cette variable désigne les ménages qui reçoivent de l'aide de l'association familiale en cas de besoins. C'est une variable dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Nbraidpr (nombre des aidants du ménage qui sont issus de la famille) : cette variable désigne le nombre de parents qui aident le chef de ménage en cas de besoins. C'est une variable ordinale à quatre modalités : **0 = pas de parent aidant; 1 = un parent aidant; 2 = deux parents aidants; 3 = trois parents aidants et plus.**

Aidpareg (structure de l'aide des parents selon le lieu de résidence des parents aidants) : cette variable désigne les lieux où résident les parents aidants. Elle structure donc l'aide en fonction du lieu de résidence de l'aidant parent. C'est une variable à quatre modalités : **0 = Adzopé; 1 = Abidjan; 2 = Autres régions; 3 = Adzopé + Abidjan + Autres régions.**

Strulien (structure de l'aide selon le lien de parenté de l'aidant avec le chef de ménage) : cette variable désigne le lien de parenté entre le parent aidant et le chef de ménage. C'est une variable à quatre modalités : **0 = descendants; 1 = collatéraux; 2 = autres parents; 3 = desc. + colla. + autres parents.**

NbraidTr (nombre total de personnes qui aident le chef de ménage) : cette variable désigne le nombre total de personnes qui aident le chef de ménage (le ménage). C'est une variable ordinale à quatre modalités : **0 = pas d'aidant; 1 = un aidant; 2 = deux aidants; 3 = trois aidants et plus.**

II. Les variables du malade

Variables sociodémographique du malade

Profmalr (profession du malade) : cette variable désigne la profession du malade. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = autre profession; 1 = agriculteur.**

Agemalad (âge du malade) : variable numérique qui désigne l'âge du malade. C'est une variable numérique.

Catagmal (catégorisation de l'âge du malade) : cette variable désigne la catégorisation de l'âge du malade. C'est une variable ordinale à trois modalités : **0 = 1 à 30 ans; 1 = 31 à 60 ans; 2 = 61 ans et plus.**

Etudmalr (niveau d'étude du malade ou du répondant à la place du malade) : cette variable désigne le niveau d'étude du malade ou s'il ne peut pas répondre (nouveau-né), le niveau d'étude du répondant. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = analphabète; 1 = niveau primaire; 2 = niveau secondaire.**

Sexmalad (sexe du malade) : variable nominale dichotomique qui désigne le sexe du malade. **0 = féminin; 1 = masculin.**

Liencm (lien du malade avec le chef de ménage) : cette variable désigne le lien du malade avec le chef de ménage. C'est une variable nominale à quatre modalités : **0 = le chef de ménage lui-même; 1 = époux ou épouse; 2 = descendants; 3 = autres parents.**

Lienrep (lien du malade avec le répondant) : cette variable désigne le lien du malade avec le répondant. C'est une variable nominale à deux modalités : **0 = autre parent; 1 = lui même.**

Langue1 (langue d'entretien du malade) : cette variable désigne la langue d'entretien du malade avec le chef de ménage. C'est une variable nominale à deux modalités :
0 = autres; 1 = attié.

Variables liées aux causes et à la gravité de la maladie

Causmal (cause de la maladie) : cette variable désigne la cause du besoin en soins du malade. C'est une variable nominale à onze modalités.

Original (origine de la maladie) : cette variable désigne l'origine que le malade attribue à sa maladie. C'est une variable nominale à sept modalités.

Graviter (graviter de la maladie) : cette variable désigne comment le malade perçoit la gravité de sa maladie. C'est une variable ordinale à trois modalités : **0 = pas grave; 1 = grave; 2 = très grave.**

Activit1 (le malade a pu continuer ses activités) : cette variable répond à la question de savoir si le malade a pu continuer ses activités quotidiennes. C'est une variable dichotomique :
0 = non; 1 = oui.

Mortel1 (la maladie pouvait elle tuer le malade) : cette variable répond à la question de savoir si la maladie pouvait tuer le malade. C'est une variable dichotomique :
0 = non; 1 = oui.

Variables liées aux recours thérapeutiques

Recour1r (premier recours du malade) : cette variable désigne le service que le malade à utiliser en premier recours. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = autotraitement; 1 = csr/hôp et cliniques d'Adzopé; 2 = CHU et cliniques d'Abidjan.**

Recour2r (deuxième recours du malade) : cette variable désigne le service que le malade a utilisé en deuxième recours. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = autotraitement; 1 = csr/hôp. et cliniques d'Adzopé; 2 = CHU et cliniques d'Abidjan.**

Recour3r (troisième recours du malade) : cette variable désigne le service que le malade à utilisé en troisième recours. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = autotraitement; 1 = csr/hôp. et cliniques d'Adzopé; 2 = CHU et cliniques d'Abidjan.**

Recocci (recours aux services de santé modernes) : cette variable répond à la question du recours aux services de santé modernes. C'est une variable nominale à deux modalités :
0 = non ; 1 = oui.

Rais111r (raison du choix de tel dispensateur de service en premier recours) : c'est une variable qui explique les raisons du choix de tel dispensateur de soins en 1^{er} recours par le malade et sa famille. C'est une variable à 3 modalités : **0 = problèmes d'accessibilité; 2 = dispositions pour accès facile; 3 = gravité de la maladie.**

Rais121r (raison du choix de tel dispensateur de service en deuxième recours) : c'est une variable qui explique les raisons du choix de tel dispensateur de soins en 2^{ème} recours par le malade et sa famille. C'est une variable à 3 modalités : **0 = problèmes d'accessibilité; 2 = dispositions pour accès facile; 3 = gravité de la maladie.**

Rais131r (raison du choix de tel dispensateur de service en troisième recours) : C'est une variable qui explique les raisons du choix de tel dispensateur de soins en 3^{ème} recours par le malade et sa famille. C'est une variable à 3 modalités : **0 = problèmes d'accessibilité; 2 = dispositions pour accès facile; 3 = gravité de la maladie.**

Resulta1(résultat du processus de soins) : cette variable désigne comment le malade s'est senti après le processus de soins. C'est une variable ordinale à 3 modalités : **0 = pas d'amélioration; 1 = amélioration; 2 = guérison.**

Satisfal (satisfaction du malade par rapport au processus de soins) : cette variable indique la satisfaction du malade par rapport aux processus de soins. C'est une variable ordinale à 4 modalités : **0 = pas du tout satisfait; 1 = un peu satisfait; 2 = satisfait; 3 = très satisfait.**

Payseu11 (payer tout seul le 1^{er} recours) : cette variable répond à la question de savoir si le malade a payé tout seul les frais de service du premier recours. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Payseu21(payer tout seul le 2^{ème} recours) : cette variable répond à la question de savoir si le malade a payé tout seul les frais de service du 2^{ème} recours. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Payseu31(payer tout seul le 3^{ème} recours) : cette variable répond à la question de savoir si le malade a payé tout seul les frais de service du 3^{ème} recours. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Mobil11 (stratégie de mobilisation des ressources pour le 1^{er} recours) : cette variable désigne comment le malade a mobilisé les ressources pour le 1^{er} recours. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = payer seul avec économies; 1 = vente de biens et de produits ou terrain; 3 = aide financière des parents ou amis.**

Mobil12 (stratégie de mobilisation des ressources pour le 2^{ème} recours) : cette variable désigne comment le malade a mobilisé les ressources pour le 2^{ème} recours. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = payer seul avec économies; 1 = vente de biens et de produits ou terrain; 3 = aide financière des parents ou amis.**

Mobil31 (stratégie de mobilisation des ressources pour le 3^{ème} recours) : cette variable désigne comment le malade a mobilisé les ressources pour le 3^{ème} recours. C'est une variable nominale à trois modalités : **0 = payer seul avec économies; 1 = vente de biens et de produits ou terrain; 3 = aide financière des parents ou amis.**

Cout1 (perception du coût du processus de soins par le malade) : cette variable désigne la perception du coût du processus de soins par le malade. C'est une variable ordinale à 5 modalités : **0 = peu élevé; 1 = moyennement élevé; 2 = élevé; 3 = très élevé; 4 = très très élevé.**

Montan1 (montant que le malade estime avoir dépensé lors du processus de soins) : cette variable numérique désigne le montant d'argent que le malade estime avoir dépensé lors du processus de soins.

Variables liées à l'aide pour l'accès aux soins

Aiderecu (le malade a-t-il reçu de l'aide lors du processus de soins?) : cette variable répond à la question de savoir si lors du processus de soins, le malade a reçu de l'aide ou non. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Formaid1 (forme d'aide qu'a reçue le malade) : cette variable désigne la forme sous laquelle s'est faite l'aide au malade. C'est une variable nominale à 3 modalités : **0 = prise en charge des soins sans remise d'argent; 1 = remise d'argent pour payer les soins; 2 = remise d'argent + recommandation.**

Aidcons1(aide reçue lors de la consultation) : cette variable désigne les malades pour qui l'aide est intervenue lors de la consultation. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Aidexam1(aide reçue lors des examens secondaires) : cette variable désigne les malades pour qui l'aide est intervenue lors des examens secondaires. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Aidacha1(aide reçue lors de l'achat des médicaments) : cette variable désigne les malades pour qui l'aide est intervenue lors de l'achat des médicaments. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Aidpros1(aide reçue lors de tout le processus de soins) : cette variable désigne les malades pour qui l'aide est intervenue lors de tout le processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Filsaid (le fils ou la fille a aidé le malade lors du processus de soins) : cette variable répond à la question de savoir si c'est le fils ou la fille qui a aidé le malade lors du processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Beauaid (le beau-fils ou la belle-fille a aidé le malade lors du processus de soins) : cette variable répond à la question de savoir si c'est le beau-fils ou la belle-fille qui a aidé le malade lors du processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Epouaid (l'époux ou l'épouse a aidé le malade lors du processus de soins) : cette variable répond à la question de savoir si c'est l'époux ou l'épouse qui a aidé le malade lors du processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Parenaid (un parent ou une parente a aidé le malade lors du processus de soins) : cette variable répond à la question de savoir si c'est un parent ou une parente qui a aidé le malade lors du processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Amiaid (un ami ou une amie a aidé le malade lors du processus de soins) : cette variable répond à la question de savoir si c'est un ami ou une amie qui a aidé le malade lors du processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**

Inconaid (une personne qui n'est ni parent ni ami a aidé le malade lors du processus de soins) cette variable répond à la question de savoir si c'est une personne qui n'est ni parent ni ami qui a aidé le malade lors du processus de soins. C'est une variable nominale dichotomique : **0 = non; 1 = oui.**