

Université de Montréal

L'utilisation des services de santé
en Afrique rurale

Par
Nimâ Machouf
Département de Médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
En Santé Publique, orientation: Épidémiologie

Mars 2001

© Nimâ Machouf, 2001



WA
5
U58
2002
v. 004



IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

L'utilisation des services de santé en Afrique rurale

Présentée par:
Nimâ Machouf

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Président rapporteur	Raynald Pineault
Directeur de recherche	Pierre Fournier
Co-directrice	Maria-Victoria Zunzunegui
Membre du jury	Nicole Leduc
Examinatrice externe	Joyce Pickering
Représentante du doyen	

Thèse acceptée le:

SOMMAIRE

L'utilisation des services de santé dans les pays en développement a déjà fait l'objet de nombreuses études. Au cours du travail présenté dans cette thèse nous proposons d'analyser les liens entre les différents éléments des réformes sanitaires et l'utilisation des services de santé. Nous voulons ainsi voir si les centres de santé (CS) qui sont au cœur des réformes sanitaires, ont su occuper la place qui leur était réservée. Nous nous intéressons entre autres au caractère approprié de l'utilisation du CS ainsi qu'au potentiel d'efficacité de celui-ci. Nous comptons également analyser les barrières à l'utilisation des services de santé.

Sachant que les femmes et les plus démunis font encore trop souvent objet de discrimination, une attention particulière est portée dans cette étude, sur la question du genre et de l'iniquité de revenu. Ainsi, les dépenses en soins de santé sont examinées à la lumière de ces éléments.

Pour ces fins, nous avons effectué une étude de type transversale. Mille six cent vingt-six concessions ont été enquêtées en Guinée. Nous avons ainsi répertorié 775 personnes malades qui rencontraient nos critères de sélections et les avons questionnées sur leur dernier épisode de maladie ainsi que sur les soins qu'ils ont obtenu et les dépenses qu'ils ont effectué.

Les résultats de notre étude font, une fois de plus, état de l'utilisation concomitante des ressources de soins en Guinée forestière. Cette utilisation multiple ne se fait cependant pas de manière aléatoire mais

bien selon une certaine logique. Ils suivent une logique hiérarchique et de minimisation des coûts.

Parmi les services de soins de santé moderne, le CS semble bien implanté en zone rurale. Il est cependant sous utilisé et les personnes malades ne s'y rendent qu'après d'autres tentatives de soins. Parmi les personnes malades enquêtées, seule la moitié s'y rendent même si elles se considèrent gravement malades.

Notre étude indique également qu'il existe effectivement une disparité quand à l'accès aux soins de qualité, que les comportements d'utilisation des hommes et des femmes sont différents et que le coût de consultation est une barrière à l'utilisation des CS et qu'en fait dans l'accès aux soins, les iniquités de genre sont susceptibles d'être renforcées par les iniquités de revenu.

Notre étude s'insère dans un programme de recherche opérationnelle intitulé "Participation communautaire, mobilisation sociale et soins de santé primaires en République de Guinée", développé conjointement par l'Université de Montréal, le Ministère de la Santé de la République de Guinée et le Bureau de l'Unicef à Conakry (Guinée). Elle vise à examiner l'effet des politiques sanitaires sur la santé, à travers le comportement d'utilisation des services de santé des individus ayant vécu récemment un épisode de maladie.

Donc le projet a été pensé par Pierre Fournier et Slim Haddad avant que j'intègre les rangs de l'équipe de recherche de l'unité de santé internationale de l'université de Montréal. Ma contribution a commencé au moment de l'opérationnalisation de la recherche sur l'utilisation des services de santé donc la conception de l'instrument de

collecte de données, l'enquête de terrain ainsi que le traitement des données obtenues au terme de l'enquête.

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DU JURY.....	II
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES	XIV
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XVIV
REMERCIEMENTS.....	XVIII
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	1
1.1 Problématique	2
1.2 But et objectifs de l'étude.....	4
1.3 Objectifs spécifiques de l'étude.....	4
1.4 Organisation de la thèse.....	4
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS : L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	6
2.1. La politique des soins de santé primaires	7
2.1.1 Historique d'Alma Ata et des principes des soins de santé primaires	7

2.1.2	L'Initiative de Bamako	8
2.1.3	Les politiques de SSP et l'organisation des services dans les CS en Guinée.....	12
2.2	Les comportements thérapeutiques en pays en développement.....	18
2.2.1	Les principales perspectives dans les études d'utilisation.....	18
2.2.2	Les déterminants des comportements thérapeutiques.....	22
2.2.2.1	Les attributs de l'offre.....	24
2.2.2.2	Attributs personnels et familiaux	34
2.2.2.3	Attributs de la maladie	39
2.2.3	Les différentes approches méthodologiques	41
CHAPITRE 3 MODÈLE CONCEPTUEL.....		46
3.1	Modèle conceptuel	47
3.2	Questions de recherche	54
3.2.1	Hypothèses de recherche.....	55
CHAPITRE 4 _STRATÉGIE DE RECHERCHE		58
4.1	Devis de recherche	59
4.2	Population à l'étude	60
4.2.1	Site de l'étude.....	60
4.3	Méthode d'échantillonnage	65
4.4	Collecte des données.....	68
4.4.1	Choix des enquêteurs	68
4.4.2	Entrevues dans les ménages	70

4.4.3 Instruments de mesure	72
4.5 Définition Opérationnelle des variables	76
4.5.1 Liste des variables indépendantes	76
4.5.1.1 Variables socio-démographiques	76
4.5.1.2 Variables reliées au problème de santé.....	77
4.5.1.3. Variable de contexte	78
4.5.1.4 Variables d'opinion.....	78
4.5.2 Liste des variables dépendantes	79
4.6 Cadre d'analyse	82
CHAPITRE 5 RÉSULTATS	86
5.1 Résultats de l'enquête.....	87
PREMIER ARTICLE - LA PLACE DU CENTRE DE SANTÉ PARMI LES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES EN GUINÉE FORESTIÈRE ...	109
Résumé.....	111
Introduction.....	112
Méthode.....	115
Échantillonnage	115
Recueil de données et analyse	116
Résultats.....	117
Discussion	124
Conclusion	130
Remerciement	132
Références	133

DEUXIÈME ARTICLE – GENRE ET REVENU: BASES DE L'INÉGALITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS EN GUINÉE FORESTIÈRE	145
Résumé:.....	147
Introduction.....	149
Méthode.....	150
Résultats.....	153
Discussion	159
Remerciements.....	167
Références	165
CHAPITRE 6. DISCUSSION ET CONCLUSION	179
6.1 L'utilisation appropriée des centres de santé	181
6.2 L'iniquité face aux soins	183
6.3 Question de la perception des coûts	187
6.4 La participation communautaire: un des piliers de l'Initiative de Bamako.	188
6.5 Discussion du devis et autres problèmes d'ordre méthodologique:	190
6.6 Et pour conclure	193
CHAPITRE 7. RÉFÉRENCES	196

ANNEXE-1	QUESTIONNAIRES DESTINÉS À LA COLLECTE DE L'INFORMATION:.....	CCXV
ANNEXE-2	RÉSULTATS DES ANALYSES EN COMPOSANTES PRINCIPALES NON- LINÉAIRES (PRINCALS) POUR L'INDICE DE PAUVRETÉ	CCXVI
ANNEXE-3	RÉSULTATS DES ANALYSES EN COMPOSANTES PRINCIPALES NON- LINÉAIRES POUR DONNÉES DICHOTOMIQUES (HOMALS) POUR L'INDICE D'INTENSITÉ	CCXXXII

LISTE DES TABLEAUX

	<u>Page</u>
Tableau I. La tarification des services aux CS en Guinée Forestière (en FG)	16
Tableau II. Description du nombre de concessions et ménages visités	88
Tableau III. Description de l'échantillon (N=524)	92
Tableau IV. Caractéristiques socio-démographiques des ménages (N=524)	93
Tableau V. Variables utilisées pour la construction de l'indice de pauvreté	95
Tableau VI. Description des variables de besoin de santé	98
Tableau VII. Variables utilisées pour le score d'intensité de la maladie	99
Tableau VIII. Distribution des variables constituant l'indice de gravité.	100
Tableau IX. Tableau de fréquence de l'indice d'intensité.....	102
Tableau X. Distribution du nouvel indice d'intensité de la maladie	103

Tableau XI.	Description des variables de perception des coûts	107
Tableau 1.	Ressources utilisées lors de l'épisode de soins (N=524)	138
Tableau 2.	Probabilité de transition d'une ressource à l'autre (Utilisation subséquente).....	139
Tableau 3.	Déterminants de la trajectoire thérapeutique Résultats des régressions logistiques. Ratio de cote (IC 95%)	140
Tableau 4.	Déterminants de l'utilisation du CS. Résultats des analyses de régression logistique (n=524).....	141
Tableau 5.	Raisons exprimées par les malades pour leur premier choix de recours (n=524).....	142
Tableau 6a.	Raisons évoquées pour avoir consulté au Centre de santé (n=285).....	143
Tableau 6b.	Raisons évoquées pour la non utilisation du Centre de santé (n=239).....	144
Tableau 1.	Description de l'échantillon (N=524).....	172
Tableau 2.	Capacité de paiement des ménages	173
Tableau 3.	Coefficients de régression logistique et ratio de cote des facteurs associés à l'attente comme stratégie thérapeutique.....	174
Tableau 4.	Estimation des ratios de cote des facteurs associés au choix du prestataire de soins :	

	Résultats des analyses de régression logistique	175
Tableau 5.	Estimation des coefficients de régression multiple des facteurs associés aux dépenses en matière de soins.....	177

LISTE DES FIGURES

	<u>Page</u>
Figure 1. La position des différents groupes de facteurs déterminant le comportement thérapeutique des personnes malades (Ryan, 1995).....	22
Figure 2. Épisode de maladie.....	48
Figure 3. Cadre conceptuel.....	50
Figure 4. Effet des politiques sanitaires sur le comportement d'utilisation des personnes malades.....	51
Figure 5. Carte géographique de la Guinée.....	64
Figure 6 . Les différentes étapes de l'échantillonnage.....	67
Figure 7. Procédure d'enquête.....	71
Figure 8 . Composition du questionnaire.....	73
Figure 9. Structure du questionnaire	75
Figure 10. L'échantillon de l'étude.....	90
Figure 11. Présentation graphique des analyses en composantes principales non linéaires pour l'indice de pauvreté	96
Figure 12. Représentation graphique de l'axe d'intensité de la maladie.....	101

Figure 13.	Itinéraires thérapeutiques des personnes malades (N=524).....	104
Figure 14.	Description des dépenses encourues.....	105
Graphique 2.	Médiane des dépenses selon le sexe, l'âge, la pauvreté et l'intensité de la maladie.....	178
Figure 15.	Distribution de la perception des coûts des prestations au CS	188

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

PED	pays en développement
IB	Initiative de Bamako
CS	centre de santé
SSP	soins de santé primaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
BM	Banque Mondiale

À Guiti-djoun, dont le courage m'a toujours inspirée;
À mes parents qui m'ont offert tout ce support dont j'avais besoin et
sans l'aide de qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour;
À Amir, qui m'a accompagnée pendant toutes ces années;
À mes filles, Daria et Yaldâ ainsi que Leyli qui vient de se joindre à nous.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord mes remerciements vont à mon directeur de recherche, Pierre Fournier ainsi qu'à ma codirectrice, Maria Victoria Zunzunegui, qui m'ont aidée à mener à bien cette recherche. Je remercie également Slim Haddad qui m'a introduite à ce projet et qui m'a accompagnée jusqu'à la moitié, je le suis reconnaissante pour tout le savoir qu'il a bien voulu partager avec moi.

Je remercie Lison Dufresne, Monique Longpré, Lorraine Trudeau et France Pinsonneault qui m'ont très souvent dépannée.

Je remercie de tout cœur mes collègues de bureau: Marie-Pascale Pomey avec qui j'ai passé des moments privilégiés et qui m'a encouragée jusqu'à la fin; Daniel Campeau et Kate Frohlich pour les cérémonies de thé et les discussions qui les accompagnaient; Eugénio de Sossa et Astrid Broussel pour l'agréable ambiance au bureau.

Je remercie les "JCEDIens et innes" Claude Galand, Pascale Mantoura, Annie Bronsard, Natalia Gutierrez, Hamado Zungrana avec qui nous nous sommes permis de réaliser de beaux rêves.

Je remercie mes autres collègues: Pascale Lehoux, Claude Vincent, Charo Rodriguez et ses éclats de rires, Maria Garcia qui m'a introduite au 7^{ième}, Catherine Des Rivières, Michelle Proulx, Pierre Pluye, Marcelin Aye et Damien Contandriopoulos. Un merci particulier à Linette Cohen pour son grand cœur, à Éric Breton dont j'ai souvent pris le bureau en assaut, à Mike Benigeri qui a toujours si gentiment résolu mes problèmes.

Merci à Michelle Callaway, Marie Hatem, Michelle Péron. Merci à Philippe Augoyard avec qui j'ai passé mes 2 mois de terrain en Guinée.

Je remercie également Nicole Leduc et Clément Dassa avec qui j'ai eu le privilège de travailler.

Finalement, je voudrai exprimer toute ma gratitude à ma famille, ma belle-famille et tout mon entourage à qui je dois énormément. Merci infiniment.

"Surprise may well be expressed about the possibility of financing "support-led" process in poor countries, since resources are surely needed to expand public services, including health care and education. The need for resources cannot be denied in any realistic accounting, but it is also a question of balancing the costs involved against the benefits that can be anticipated in human terms. Financial prudence is not the real enemy here. Indeed, what really should be threatened by financial conservatism is the use of public resources for purposes where the social benefits are very far from clear, such as the massive expenses that now go into the military in one poor country after another (often many times larger than the public expenditure on basic education or health care)..."

Amartya Sen, 1999

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

1.1 PROBLÉMATIQUE

La crise économique mondiale et la pression des organismes internationaux sur les pays en développement (PED) afin de réduire leurs dépenses publiques et « d'optimiser » l'utilisation de leurs ressources, ont conduit nombre d'entre eux à adopter des plans d'ajustement structurels. D'après la Banque Mondiale, bien que la nécessité d'accroître les dépenses publiques consacrées à la santé dans les PED soit évidente, les gouvernements ne sont plus en mesure de s'offrir ce « privilège » (Banque Mondiale, 1987). La Banque Mondiale préconise donc une réforme du financement du système de santé qui se traduit entre autres par la réduction des dépenses publiques en matière de santé. Pour pallier le problème du sous-financement, il fallait alors augmenter la contribution financière des ménages à la santé et c'est sur cette trame de fond que l'Initiative de Bamako (IB) s'est concrétisée.

Pour certains l'IB est une politique de renforcement des soins de santé primaire au niveau des districts par le biais de la décentralisation et de la participation communautaire (OMS, 1988), tandis que pour d'autres l'IB se veut surtout une politique de recouvrement des coûts. Nonobstant son dessein initial, ce que les politiques inspirées de l'IB ont modifié dans le quotidien des populations est la tarification des services publics de santé, qui dans la plupart des pays étaient dispensés gratuitement (Creese, 1991 ; Zaïdi, 1994).

Le paiement par les usagers soulève alors des questions concernant l'équité en matière de santé et l'impact des coûts sur l'utilisation des services par les différentes couches de la société. Selon Fournier et Haddad (1995), le principal point de controverse est relatif à la présence ou à l'absence d'un effet dissuasif du recouvrement direct des coûts

(même partiel) sur l'utilisation des services de santé modernes.

Pour contrer l'effet négatif des coûts sur l'utilisation, l'amélioration de la qualité des services a été mise à l'ordre du jour des politiques sanitaires. Ainsi, les sommes réclamées aux populations allaient être utilisées au niveau des formations sanitaires pour l'achat de médicaments et l'amélioration des conditions de travail du personnel (OMS, 1988). Ces mesures devaient donc permettre aux formations sanitaires d'offrir des services de meilleure qualité, et la qualité des services devait à son tour, attirer la clientèle.

C'est sur cette trame de fond que nous avons mené une étude sur l'utilisation des services de santé en PED qui permet d'analyser les liens entre les différents éléments des réformes sanitaires et l'utilisation des services de santé. Nous allons porter un regard tout particulier à la place du centre de santé, qui est au cœur de la réforme, dans la démarche thérapeutique des personnes malades. L'accès aux soins et l'équité en matière de santé seront également des questions fondamentales de la thèse. Sachant que les femmes et les plus démunis font encore trop souvent objet de discrimination, une attention particulière est portée dans cette étude, sur la question du genre et de l'iniquité de revenu. Ainsi, les dépenses en soins de santé sont examinées à la lumière de ces éléments.

Notre étude se veut originale dans la mesure où nous tenterons de conceptualiser les comportements thérapeutiques des individus non seulement dans l'espace mais également dans le *temps*, donc en respectant le caractère diachronique de leur démarche.

1.2 BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Dans cette thèse nous proposons d'aborder la question de l'effet des politiques sanitaires à travers la perspective des usagers des services curatifs. Nous voulons ainsi voir si les centres de santé (CS) qui sont à la base des politiques de soins de santé primaires (SSP) sont largement utilisés ou pas et, à quel point l'utilisation qui en est faite est appropriée. Nous comptons également évaluer les barrières à l'utilisation de ces CS.

1.3 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ÉTUDE

Nous nous sommes fixé les objectifs suivants:

1. Étudier les comportements thérapeutiques des personnes qui ont ressenti récemment un malaise aigu;
2. Évaluer la place qu'occupe le CS dans la trajectoire thérapeutique des personnes malades;
3. Évaluer l'ampleur du risque «d'exclusion» des soins dans la population, particulièrement en ce qui concerne les groupes vulnérables.

1.4 ORGANISATION DE LA THÈSE

Après la présente introduction, le deuxième chapitre consiste en une recension des écrits qui vise à documenter deux aspects distincts de la thèse. La première partie concerne les aspects politiques, plus particulièrement les changements des politiques sanitaires des PED depuis la déclaration d'Alma Ata. La deuxième partie documente les principaux déterminants des comportements thérapeutiques des

personnes malades. L'accent est mis sur l'impact de la tarification des services de santé qui est l'élément le plus controversé de ces politiques.

Au cours des troisième et quatrième chapitres, nous allons présenter les aspects méthodologiques de notre recherche et le cadre conceptuel qui a guidé ce travail.

Le cinquième chapitre est réservé aux résultats de notre recherche. Les résultats sont présentés sous forme d'articles. Au début de ce cinquième chapitre figure une série de tableaux présentant l'échantillon d'étude, il s'agit de résultats additionnels qui ne sont pas discutés dans les articles. Le premier article s'intitule: "La place du centre de santé parmi les alternatives thérapeutiques en Guinée forestière". Dans cet article nous examinons la démarche thérapeutique des personnes malades dans une perspective temporelle. Nous décrivons les transitions de recours et leurs déterminants, avec une attention particulière sur le rôle du centre de santé. Le deuxième article s'intitule: "Genre et revenu: bases de l'inégalité dans l'accès aux soins en Guinée forestière". Dans cet article nous aborderons la question des coûts des services curatifs et des dépenses en soins effectuées par les personnes malades. Nous aborderons alors, la question de l'exclusion des soins.

Le sixième chapitre est une discussion générale et la conclusion de l'ensemble des éléments de la thèse.

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS :
L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN
DÉVELOPPEMENT

2.1. LA POLITIQUE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

2.1.1 Historique d'Alma Ata et des principes des soins de santé primaires

Au terme de la réunion conjointe de l'OMS et de l'UNICEF à Alma-Ata en 1978, les représentants des gouvernements des pays participants se sont rendus à l'évidence que les systèmes de soins de santé modernes de type occidental ne répondaient pas aux besoins de santé de la majorité des pays (Werner, 1993). Les systèmes en place étaient plutôt élitistes et excluaient une grande partie de la population mondiale des services de santé. La santé fut donc déclarée un droit humain fondamental et il fallait s'engager à assurer ce droit à tous et à toutes.

"Les soins de santé primaire, tels qu'ils ont été définis à Alma-Ata en 1978, supposent un triple aboutissement: accès universel aux soins de santé primaire selon les besoins, pour les individus, les familles et les groupes de population, participation des collectivités à la planification, à la prestation et à l'évaluation de ces soins, et prise d'un rôle actif d'autres secteurs dans les activités sanitaires." (OMS, 1991)

Les représentants des pays se sont fixé comme objectif d'améliorer la santé des populations d'ici l'an 2000. Ceci n'était possible que par une approche radicale et révolutionnaire de la santé et du système de soins.

" L'objectif social général de la santé pour tous doit être subdivisé en politiques sociales plus concrètes visant à améliorer la qualité de la vie et à assurer à tous une protection sanitaire maximale. Pour réduire l'écart entre les "nantis" et les "démunis" à l'intérieur de chaque pays comme entre les pays, il faudra que la plupart des pays, formulent et mettent en œuvre des mesures concrètes en vue d'une répartition plus équitable des ressources. Dans de nombreux pays, cela

supposera, en tant que priorité absolue, l'affectation préférentielle des ressources sanitaires aux éléments les plus déshérités de la société, pas en avant vers la couverture totale de la population." (OMS, 1979)

Les SSP ont donc été mis en place vers la fin des années 70, afin d'assurer une prestation équitable de soins de santé à l'ensemble de la population. La stratégie mise en place à Alma Ata était basée sur des principes d'équité et d'accès universels aux soins de santé.

"Il a été largement énoncé que la santé est un droit fondamental et non pas un privilège et l'accès aux services de soins ne devrait pas être conditionné par l'offre et la demande et surtout, ne devrait pas suivre la logique de marché" (Sen et Koivusalo, 1998).

Pour accéder à la santé pour tous en l'an 2000, des modèles basés sur les SSP ont été mis de l'avant. Les SSP sont des soins de santé essentiels, accessibles et offerts à tous¹. Pour atteindre les objectifs des SSP, de nombreuses structures sanitaires, dont les CS, ont vu le jour dans les différents pays.

Les buts énoncés par l'OMS à travers la politique des SSP nécessitaient entre autres que les États réussissent à écarter les obstacles physiques, culturels et financiers à l'utilisation des services de santé.

2.1.2 L'Initiative de Bamako

La crise économique mondiale et la pression des organismes internationaux sur les PED afin de réduire leurs dépenses publiques et « d'optimiser » l'utilisation de leurs ressources, ont conduit nombre

¹ Définition des SSP: Soins de santé essentiels s'inspirant de méthodes et technologies pratiques, reposant sur une bonne base scientifique et acceptables du point de vue social, d'un accès universel aux individus

d'entre eux à adopter des plans d'ajustement structurels (Sen et Koivusalo, 1998). D'après la Banque Mondiale, bien que la nécessité d'accroître les dépenses publiques consacrées à la santé dans les PED soit évidente, les gouvernements ne sont plus en mesure de s'offrir ce « privilège » (Banque Mondiale, 1987). La Banque Mondiale préconise donc une réforme du financement du système de santé qui se traduit entre autres par la réduction des dépenses publiques en matière de santé. Pour pallier le problème du sous-financement, il fallait alors augmenter la contribution financière des ménages à la santé et c'est sur cette trame de fond que l'IB s'est concrétisée.

En fait, les structures sanitaires publiques mises en place pour la réalisation des SSP ne répondaient pas aux besoins des populations. Leur rendement était jugé faible, le personnel souvent non rémunéré pendant plusieurs mois manquait de motivation, les médicaments se faisaient rares et souvent les populations n'y avaient pas accès. Les bailleurs de fonds internationaux (principalement la Banque Mondiale) ont donc fait une évaluation des systèmes de santé dans plusieurs PED et analysé leurs dysfonctionnements. Dès lors, de nombreux débats sont lancés sur la mauvaise situation économique des PED, la gratuité des soins, le dysfonctionnement des CS et la capacité à payer des populations. Dans cette même ligne de pensée, Castro-Leal et coll. (2000) critiquent l'affectation des subventions publiques accordées au secteur de la santé. Selon eux, les subventions doivent être révisées pour 5 raisons: 1) les riches profitent d'avantage des services de soins gratuits que les pauvres, 2) les zones les plus pauvres reçoivent des soins/services de moins bonne qualité, 3) la distribution géographique des CS n'est pas

et familles de la communauté par le biais de leur participation entière et à un coût que peuvent se permettre de maintenir la communauté et le pays (ONU, 1999).

adéquate et l'accessibilité des pauvres aux services de soins est réduite, 4) seul 25% du budget de la santé est accordé aux CS qui paradoxalement, sont supposés offrir la plus grande part des services et finalement, 5) les pauvres utilisent moins fréquemment les services de santé moderne que les riches.

L'IB fut l'aboutissement de ces débats. En septembre 1987, se sont réunis à Bamako les ministres de la santé de plusieurs pays africains afin de formuler des propositions pour un nouveau plan d'action sanitaire. Il est important de noter que l'Unicef et l'OMS ont été les instigateurs de ce projet.

Pour certains, l'IB est une politique de renforcement des soins de santé primaires au niveau des districts par le biais de la décentralisation et de la participation communautaire (OMS, 1988), tandis que pour d'autres, l'IB se veut surtout une politique de recouvrement des coûts. Nonobstant son dessein initial, ce que les politiques inspirées de l'IB ont modifié dans le quotidien des populations est le paiement partiel des services publics de santé, qui dans la plupart des pays étaient dispensés gratuitement² (Creese, 1991 ; Zaïdi, 1994).

L'IB apporta l'idée d'un système de santé réformé avec comme éléments de base la disponibilité des médicaments essentiels, la participation communautaire, la tarification des services de santé ainsi qu'un système de collecte et de gestion d'informations sanitaires.

2 Toutefois, la gratuité des services dans les institutions gouvernementales ne signifie pas que les gens ne dépensent rien pour se faire soigner car il fallait par exemple, souvent acheter les médicaments à l'extérieur. Par la suite, les pays qui se sont inspirés de l'IB ont vu leur politique sanitaire modifiée et le recouvrement des coûts appliqué à leur système. Ainsi, certains ont opté pour le tarif forfaitaire, certains pour les paiements anticipés, etc. Les médicaments étaient dès lors, supposés être fournis dans les centres de santé cependant, les périodes de rupture de stocks n'ont pas été rares (Abel-Smith & Rawal, 1992 ; Mbugua & coll., 1995 ; Lavy & coll., 1996)

La manière dont les politiques sanitaires ont été modifiées et les modalités de mise en œuvre de la réforme, diffèrent d'un pays à l'autre. Les principes de base de l'IB demeurent néanmoins les mêmes.

Dans certains pays comme en Mauritanie, les services de consultation curative sont demeurés gratuits, en revanche les gens doivent payer pour obtenir leurs médicaments (Audibert et Mathonnat, 2000). Dans d'autres pays comme en Zambie par exemple, les malades font un paiement forfaitaire par épisode de soins et reçoivent en échange une consultation ainsi que les médicaments prescrits (Van Der Geest et coll., 2000). Les sommes ainsi collectées restent au niveau local et sont utilisées pour le fonctionnement des activités de ces mêmes formations sanitaires. Le fait de gérer ces fonds localement avait comme but d'encourager les professionnels de la santé et les membres de la communauté à s'investir dans le fonctionnement et la viabilité de leur CS.

Cependant, une des questions qui a constamment préoccupé les chercheurs et preneurs de décisions est celle de l'équité. La réforme du système de santé ne devait surtout pas se faire au détriment de l'équité qui constitue un des piliers des SSP. Bien que les promoteurs de l'IB aient toujours affirmé qu'ils préconisaient cette réforme pour assurer une meilleure équité (De Ferranti, 1985; Dor et Van der Gaag, 1993) , les opposants leur ont reproché d'introduire une barrière à l'accès des populations les plus pauvres aux services de santé modernes (Dahlgreen, 1994). La question de l'équité sera présentée plus loin et surtout plus longuement car elle constitue un élément central de cette thèse.

2.1.3 Les politiques de SSP et l'organisation des services dans les CS en Guinée

La Guinée a assez rapidement après la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, signé la Charte de développement sanitaire régionale (OMS, 1993). Un système de soins s'est alors développé avec trois paliers de services. Le premier se situe au niveau des sous-préfectures, les centres de santé y sont les structures de soins privilégiées et offrent des services préventifs et curatifs. Le niveau intermédiaire correspond aux directions préfectorales de la santé. On y trouve les hôpitaux préfectoraux et régionaux qui sont les structures de référence pour les CS. Le dernier niveau est central et se situe à la capitale. On y trouve deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui agissent comme structures de référence pour l'ensemble des hôpitaux du pays (OMS, 1993).

Les soins de santé en Guinée sont assurés par des établissements du secteur public (CS et hôpital), des médecins ou autres professionnels de la santé qui pratiquent à leur propre compte, des tradipraticiens et des "bénévoles". Les "bénévoles", ou "dotoro debrouyé" comme on les appelle localement, sont des non-professionnels qui se sont auto-promus docteurs et dispensent des actes médicaux et chirurgicaux en privé et illégalement. Il y a quelques années, le gouvernement guinéen a dénoncé ces pratiques et une vaste campagne de sensibilisation contre les "bénévoles" a été conduite dans le pays. Cependant ils continuent d'exister et d'offrir des soins en échange de sommes d'argent qui, dans certains cas, sont assez importantes compte tenu du pouvoir d'achat limité de larges groupes de la population.

Le secteur public assure la majeure partie des soins de santé par l'intermédiaire d'un vaste réseau de CS et d'hôpitaux. L'introduction de l'approche des soins de santé primaires en Guinée, a fait en sorte que de nombreux CS ont été construits dans les localités où aucune structure sanitaire moderne n'existait auparavant. Avec leurs deux volets principaux d'activités (curatif et préventif), les CS sont la porte d'entrée du système de soins modernes.

Knippenberg et coll. (1997) rapportent qu'en 1986, le gouvernement guinéen n'était plus en mesure de défrayer les coûts de fonctionnement des structures sanitaires et encore moins d'assurer l'approvisionnement en médicaments des CS. De plus, comme dans de nombreux pays, le système de santé en Guinée se caractérisait par une répartition inadéquate et inéquitable des ressources sanitaires.

Le ministère de la santé a donc initié en 1988, la mise en place d'une stratégie de développement sanitaire avec l'application d'un système de recouvrement des coûts conforme aux recommandations émanant de l'Initiative de Bamako. Cette nouvelle orientation a été rendue possible grâce à l'appui de l'UNICEF et de l'OMS.

En 1996, huit ans plus tard, 317 des 346 CS prévus étaient fonctionnels (OMS, 1993). Selon les données officielles, la couverture administrative était de 75%, cependant dans les enquêtes de monitoring de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) qui se font sur une base bi-annuelle, le degré d'accessibilité des CS était évalué à près de 50% .

Soucat et coll. (1997b) font une évaluation très positive des changements survenus après l'adoption des politiques inspirées par l'IB. Pour ces auteurs, la qualité des services de santé s'est considérablement

améliorée, surtout grâce à la disponibilité plus régulière de médicaments dans les centres. Ils notent également l'augmentation du taux d'utilisation des CS. Néanmoins, cette augmentation accrue pourrait être plutôt due à une meilleure accessibilité des services et il est hâtif de conclure que la tarification des services n'ait pas d'effet négatif sur l'utilisation des services sanitaires. Auparavant, les CS étaient beaucoup moins nombreux, surtout dans les zones rurales.

En Guinée, les CS offrent de nombreux services tant préventifs que curatifs. Parmi les services préventifs, on retrouve la vaccination, les activités de promotion de la santé, le suivi prénatal et le suivi de la croissance des enfants. Les services curatifs représentent les consultations et soins pour blessures et maladies diverses. Les problèmes de santé courants et mineurs sont traités sur place, certains tests de laboratoire de base y sont également disponibles. Pour toute complication médicale, les personnes malades sont référées à l'hôpital. Certains CS font des accouchements mais cette pratique n'est pas généralisée. Le personnel des CS est généralement composé d'infirmiers ou d'infirmières et d'agents de santé villageois.

Tous les services curatifs sont payants tandis que certains services préventifs (tel la vaccination) sont offerts gratuitement. Les modalités de paiements ne sont pas flexibles dans les formations sanitaires modernes (CS et hôpital). Les utilisateurs doivent payer un forfait dont le montant dépend du type de soins dont ils ont besoin. Bien qu'un accord explicite existe pour exempter les indigents, ce système ne semble pas fonctionner partout dans le pays car les critères d'identification des indigents et les mécanismes d'exemption sont difficiles à établir.

Le tableau I présente les tarifs en vigueur en 1996 dans la région forestière de la Guinée.

Les tarifs présentés sont évidemment les tarifs officiels. Le phénomène de surtarification est malheureusement chose fréquente dans les pays pauvres et la Guinée ne fait pas exception. Parmi les études effectuées sur la surtarification, nous pouvons citer celle de McPake et coll. (1999) qui ont étudié ce phénomène dans les CS ougandais. Les montants demandés sont souvent bien au-delà des tarifs fixés par le gouvernement, de 5 à 10 fois le tarif officiel rapportent-ils, et ils dépendent entre autres de la qualité des services offerts dans les formations sanitaires. McPake fait état de cette pratique de surtarification dans un autre document également. Il s'agit d'un rapport où elle évalue, avec ses collègues, l'expérience de l'IB dans 5 pays africains (McPake et coll., 1992). Dans ce document, les auteurs rapportent que la surtarification est d'autant plus fréquente que la maladie est grave et que les patients ne sont pas originaires de la localité où est situé le CS.

Tableau 1. La tarification des services aux CS en Guinée Forestière (en FG)

Type de service	Enfant (0-4 ans)	Adulte
Carnet	50	50
Vaccination	gratuit	gratuit
Consultation prénatale (CPN)		600
Accouchement		1000
Consultation curative (CPC)		
	<u>sans labo avec labo</u>	<u>sans labo avec labo</u>
Pansement, traitement local	200	200
Traitement PO sans antibiothérapie, sans prasiqualental	300	600
Traitement PO avec antibiothérapie	500	1000
Traitement par prasiqualental + injection	850	1400
		2000
		2400

Taux de change: 1 \$Can = 1000 FG

PO: per os

2.2 LES COMPORTEMENTS THÉRAPEUTIQUES EN PAYS EN DÉVELOPPEMENT

L'utilisation des services de santé est un phénomène complexe. Pour Berman et coll., les comportements en matière de santé et de maladie relèvent d'une multitude de facteurs:

"The household production of health is a dynamic behavioral process through which households combine their (internal) knowledge, resources, and behavioral norms and patterns with available (external) technologies, services, information, and skills to restore, maintain and promote the health of their members." (Berman et coll., 1994, p.206)

Ce choix répond donc à une logique qui est bien sûr imprégnée par la culture des individus et des sociétés mais aussi orientée et limitée par les conditions matérielles et physiques présentes.

Compte tenu des écarts assez importants entre les PED et les pays industrialisés tant sur le plan de l'organisation de la société que sur le plan de la culture et du mode de vie, nous avons décidé d'axer notre littérature sur les comportements thérapeutiques dans les PED plus particulièrement.

2.2.1 Les principales perspectives dans les études d'utilisation

Plusieurs approches ont été utilisées pour étudier l'utilisation des services de santé. Schumann & Musley (1994) citent entre autres les approches anthropologiques, socio-démographiques et économiques. À l'aide de chacune, de nombreux déterminants des comportements d'utilisation en matière de santé ont été identifiés. Des modèles ont alors été élaborés afin de rendre compte de la nature dynamique du

processus de décision qui mène à recourir ou à ignorer une ressource devant un problème de santé.

L'objet de ces études a été tantôt l'utilisation des ressources thérapeutiques, tantôt le processus selon lequel l'individu choisi d'agir face à la maladie³.

Dans la section qui suit, nous allons procéder à une brève présentation de ces perspectives.

Les modèles démographiques:

Plusieurs démographes se sont penchés sur la question de l'utilisation des services de santé. Dans ces études, les démographes mettent un accent particulier sur le rôle et l'importance de la place de l'individu malade au sein du ménage. À titre d'exemple, Oni (1996) explique dans son article sur les comportements thérapeutiques des ménages polygames Yoruba du Nigeria, que la qualité de la relation entre l'homme et son épouse est un des éléments déterminants de l'implication du père dans la prise en charge de la maladie chez son enfant. Si le père entretient de bonnes relations avec la mère de l'enfant malade, ce dernier bénéficiera du support du père, sinon c'est la mère qui va devoir défrayer les coûts pour les soins de l'enfant.

Le nombre de personnes dans le ménage est également un élément maintes fois mentionné par les démographes. Keith (1990) mentionne à cet effet que plus le nombre d'enfants est élevé dans un ménage, moins les membres du ménage sont en mesure de se soigner dans des structures sanitaires payantes. Ou encore, Ryan (1995) mentionne

qu'à l'intérieur d'une même fratrie, les premiers nés ont plus de chances de bénéficier de services adéquats que les derniers de la fratrie. Donc l'accès des individus aux ressources du ménage, dépend de leur position dans la famille et de la structure familiale.

Les modèles économiques:

Les économistes, pour leur part, ont étudié le phénomène de l'utilisation des services de santé sous l'angle de la demande de services. La demande de services de santé est donc analysée selon les mêmes principes que la demande pour n'importe quel service (Fabricant, 1992). Elle serait fonction des coûts, de la disposition à payer des consommateurs (willingness to pay), de leur capacité à payer (ability to pay) ainsi que de leur besoin de santé et leur désir de se procurer ce service au lieu de consommer un bien ou un service de toute autre nature.

Les études sur la disposition des consommateurs de soins à payer pour recevoir des services de santé se sont multipliées depuis les 15 dernières années. Celles financées par la Banque Mondiale (BM) sont particulièrement nombreuses. Nous y retrouvons entre autres celles de Gertler et coll. (1988), de Dor et Van der Gaag (1993), de Mwabu et coll. (1993) ainsi que celle d'Akin et coll. (1995).

D'autres chercheurs ont par ailleurs critiqué cette approche, s'appuyant sur le fait que les soins de santé ne peuvent se comparer à d'autres biens de consommation ou de services (Berman et coll., 1994). Ils sont d'avis que cette comparaison est inadéquate compte tenu du fait que,

³ Pour une revue exhaustive des approches et des modèles d'utilisation des services de santé dans les PED cf. Haddad, 1992.

contrairement aux autres types de biens où les individus souhaitent augmenter leur consommation, dans le cas des services de soins ils souhaitent la diminuer autant que possible.

Les modèles anthropologiques:

Les anthropologues de la santé ont, pour leur part, mis l'accent d'une part sur les croyances des gens en matière de santé et de maladie et d'autre part sur la représentation de la maladie et le rôle du malade dans la famille et à plus grande échelle, dans la société. Ils ont pendant des années suivi et observé les populations afin de comprendre leur réaction face à la maladie.

Parmi eux, nous retrouvons les travaux de Janzen (1978), de Young (1981), d'Igun (1979) et de Mathiew and Hill (1990).

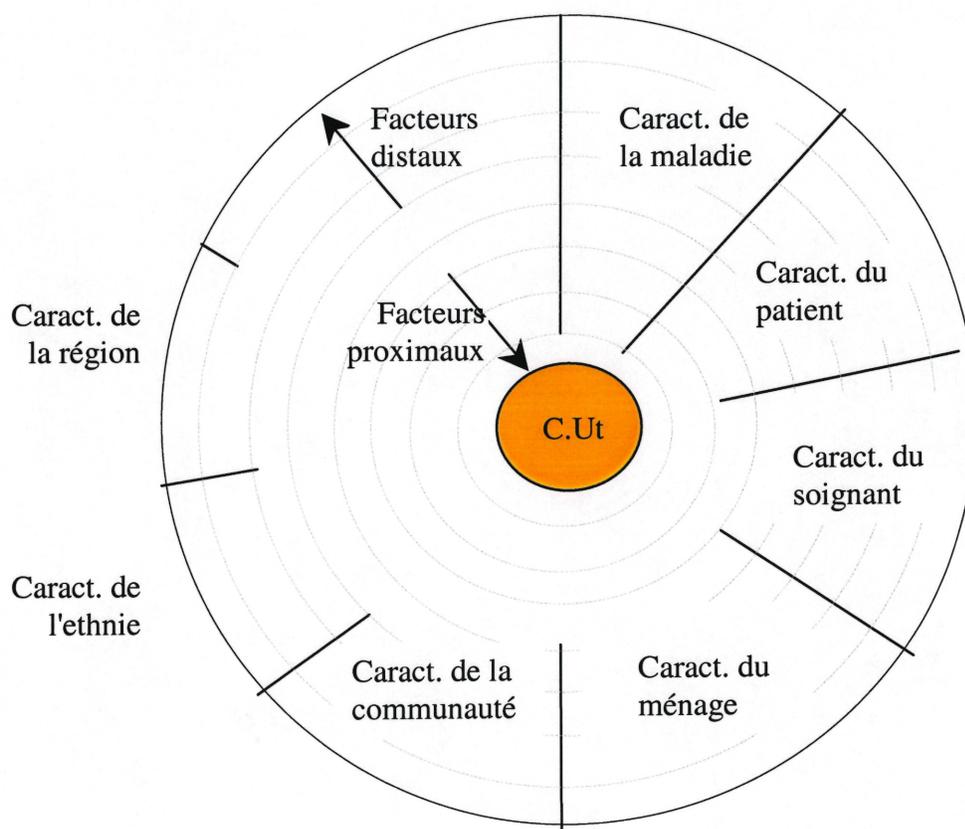
Certains anthropologues refusent toute modélisation du comportement thérapeutique, parce qu'ils trouvent les modèles trop restrictifs. Ceux-là ne représentent pas le courant dominant en anthropologie de la santé. Néanmoins, les anthropologues rejettent le modèle explicatif biomédical. Les comportements liés à la maladie, explique Massé (1995), ne seraient plus conditionnés par les seules caractéristiques (gravité, fréquence,...) des symptômes ou par l'accessibilité aux traitements. Ils seraient plutôt influencés par les conceptions culturelles de la maladie, par l'environnement social dans lequel évoluent l'individu et les membres de son entourage de même que par le besoin et les prédispositions personnelles du malade.

Si elles ne sont pas limitées par le temps, les études anthropologiques sont en revanche, restreintes dans le nombre de sujets qu'elles peuvent observer.

2.2.2 Les déterminants des comportements thérapeutiques

De nombreux facteurs sont impliqués dans l'utilisation des services de santé et interagissent les uns avec les autres. Ryan (1995) a schématisé les différents groupes de facteurs de manière intéressante (figure 1).

Figure 1.
La position des différents groupes de facteurs déterminant le comportement thérapeutique des personnes malades (Ryan, 1995)



C.Ut = Comportement d'utilisation

Selon ce modèle plus le facteur est distant, plus son effet sur le comportement d'utilisation est indirect et se manifeste à travers les facteurs plus proximaux. Cependant, ceci n'indique pas nécessairement que plus le facteur est proximal plus son pouvoir explicatif sur l'utilisation est grand et ne nie pas l'influence directe de chacun des facteurs sur le comportement d'utilisation non plus. Ryan donne l'exemple des modalités de traitements où le sexe du dispensateur de soins influence grandement la nature du traitement. Il cite alors les tradipraticiens (donc les hommes) qui n'essaient jamais les remèdes maison tandis que les tradipraticiennes (donc les femmes) le font toujours, d'où le pouvoir explicatif supérieur des caractéristiques du soignant à celles du patients (Ryan, 1995). D'ailleurs, tout dépendamment du niveau de recours ou du phénomène que nous étudions, cet ordre hiérarchique peut varier.

Parmi l'ensemble des déterminants de l'utilisation nous pouvons distinguer trois principaux groupes: les attributs du système de soins⁴, les attributs personnels et familiaux, ainsi que ceux liés au problème de santé.

Dans la section qui suit nous allons développer certains des déterminants de l'utilisation des services curatifs⁵.

4 La logique qui conduit un individu à l'utilisation, la sous-utilisation ou le choix des services de santé préventifs est très différente de celle qui régit les services curatifs. Dans un cas il s'agit surtout d'adhérer à un principe de promouvoir et préserver un bon état de santé, tandis que dans l'autre la personne fait face à une situation de malaise où une conduite thérapeutique s'impose du fait de la perturbation de son état de santé initial. Tout au long de notre travail nous allons nous concentrer uniquement sur l'utilisation des services de santé curatifs.

5 Pour une lecture approfondie des déterminants de l'utilisation des services de santé dans les PED cf. Haddad, 1992 et Fournier & Haddad, 1995.

2.2.2.1 Les attributs des services de santé

L'offre des services de soins est un des éléments qui conditionne la démarche thérapeutique. Nous allons, au cours de cette section, passer en revue les principaux attributs de l'offre, impliqués dans le choix des individus dans leur quête de soins.

L'accessibilité géographique:

L'accessibilité, expliquent Fournier & Haddad (1995), a longtemps été considérée comme principal obstacle à l'utilisation des services de santé, notamment en milieu rural. De plus, la facilité d'accès aux thérapeutes a souvent été appréciée en terme de distance (accessibilité géographique). Les études de Diarra au Mali (1993) par exemple, montrent qu'à Bankoni (un quartier de Bamako) dans la très grande majorité des cas, les malades commencent leur démarche par les formations sanitaires les plus proches. Il ajoute cependant, que la proximité géographique d'une structure sanitaire ou le lieu d'exercice du thérapeute, ne suffit pas à justifier le recours des patients (ibid).

Bien que l'accessibilité ait toujours été un élément central de la discussion sur l'utilisation des centres de santé en zones rurales, l'amélioration de l'accessibilité n'entraîne pas nécessairement un accroissement substantiel de l'utilisation des services de santé modernes (Van der Stuyft & coll., 1996). Il ne faut donc pas perdre de vue les autres déterminants de l'utilisation qui s'avèrent même dans certains cas plus importants que l'accessibilité géographique, notamment l'accessibilité financière et culturelle des services (Haddad, 1992 ; Tinta, 1993).

Akin et Hutchinson (1999) ont porté un nouveau regard sur le phénomène d'utilisation en étudiant le « bypassing ». Par bypassing, ils entendent le fait de contourner la ressource thérapeutique la plus proche pour consulter une autre ressource, du même type ou de type différent. Sur leur échantillon de 2429 malades sri lankais, seulement 33,5% ont utilisé la ressource la plus proche de leur domicile, les autres ont contourné au moins une ressource pour arriver à la ressource de leur choix. En comparant la proportion de malades n'ayant pas utilisé la ressource la plus proche, chez les deux quartiles les plus riches et les plus pauvres de la population, ils concluent que les pauvres vont plus souvent contourner une ressource privée et payante pour obtenir des soins gratuits, quitte à ce qu'ils se déplacent plus loin. Ces mêmes pauvres, vont également contourner le centre de santé (gratuit) le plus proche de leur domicile pour se soigner ailleurs. Dans ces cas là, leur choix de thérapeute ne diffère pas de celui des plus riches. C'est ici que les auteurs concluent rapidement à un argument en faveur du consentement à payer comparable pour les riches et les pauvres. En fait, ils concluent que la proximité d'un centre de santé ne garantit nullement son utilisation, surtout si la qualité des services qu'il offre est défectueuse.

Au Pakistan également, Noorali et coll. (1999) ont observé que dans la zone rurale du Thatta, plus que la proximité du CS, c'était la distance du dispensaire privé qui expliquait l'utilisation des centres de santé publics.

L'accessibilité financière:

Dans la démarche de quête de soins, le coût est un des déterminants majeurs de l'utilisation ou du choix de la ressource (De Ferranti, 1985 ;

Creese, 1991 ; Fabricant & Kamara, 1991 ; David, 1993 ; Dahlgreen, 1994 ; Ching, 1995). En fait la tarification des services de santé est certainement l'élément le plus controversé de l'ensemble des déterminants de l'utilisation des services de santé. L'opinion en la matière est partagée.

Nous avons vu dans la section sur l'IB que les gouvernements ont été contraints d'abolir, totalement ou partiellement, la gratuité des services de santé offerts dans leurs pays respectifs. L'ensemble de la réforme des systèmes de santé, mais surtout la tarification des services de santé, a modifié les comportements thérapeutiques des populations.

Depuis la mise en place des politiques de recouvrement des coûts, de nombreux chercheurs se sont posé la question de savoir si ces mesures n'avaient pas un effet négatif sur la santé des populations. Les études d'Akin et coll. aux Philippines (1986), de Litvack et Bodart au Cameroun (1993) ainsi que celle de Chawla et Ellis au Niger (2000) soutiennent que l'augmentation des coûts des services n'entraîne pas de problèmes surtout parce qu'en échange, les CS offrent des soins de meilleure qualité aux populations. Cependant, l'expérience de Haddad et Fournier (1995) au Zaïre a montré qu'au contraire, la tarification des services occasionnait une baisse notable de la fréquentation des CS. Par ailleurs, lors de leur évaluation de l'IB au Mali et en Guinée, Soucat et coll. (1997b) évaluent à 30% la proportion de la population qui, pour des raisons financières, ne peut bénéficier de soins de santé modernes.

D'autres auteurs sont également d'avis que le coût des services de santé et à plus forte raison leur augmentation ont une influence négative sur l'utilisation de ces services et par conséquent, sur la santé des

populations (Mwabu et Mwangi, 1986; Gertler et coll., 1988; De Bethune et coll., 1989; Waddington et Enyimayew, 1989; Yoder, 1989; Fosu, 1994; Sauerborn et coll., 1994; Ensor et San, 1996).

La pression financière se manifeste d'une part, chez les enfants et les populations les plus défavorisées, par la diminution de l'utilisation des services de santé en cas de maladie (Waddington & Enyimayew, 1989 ; Yoder, 1989) et d'autre part de manière indirecte en augmentant les dépenses quotidiennes des ménages. Le manque de moyens financiers pousse les individus à cesser de consulter pour des problèmes dont la gravité est jugée moyenne ou faible et les malades risquent ainsi d'attendre longtemps avant de décider d'utiliser les services de santé modernes⁶ (Oths, 1994 ; Weaver, 1995). Le problème dont le traitement est ainsi reporté, le plus souvent s'aggrave et quand vient le temps de consulter, ils font face à des dépenses accrues (Sauerborn & coll., 1994; Ensor & San, 1996; Sauerborn & coll., 1996).

Ces conséquences négatives de la tarification des services sèment même de l'inquiétude auprès de certains gouvernements, tel celui de la Tanzanie, qui a légalisé la pratique médicale privée en 1991⁷ et pense être bientôt obligé de faire payer les populations à tous les niveaux d'offres de services, même en zones rurales où les services demeurent gratuits (Ahmed & coll., 1996).

Haddad & Fournier (1995) signalent qu'il y a quelques années, certains chercheurs soutenaient l'idée selon laquelle la demande des services de santé modernes était indépendante des prix pratiqués par les formations

6 Weaver (1995) montre dans son étude sur l'utilisation des services hospitaliers au Niger que pour les consultations externes le fait d'avoir à payer pour des soins de santé était directement associé à des délais supérieurs avant d'utiliser des cliniques externes (en comparant avec ceux qui bénéficiaient d'une exemption des frais d'utilisation).

sanitaires. Selon De Ferranti (1985) par exemple, les données empiriques montraient que la demande n'était pas élastique aux variations de prix. L'augmentation des coûts des services, déclarait-il, n'entraînait pas une baisse de l'utilisation en général, mais pouvait affecter *le choix de la ressource*. Cette absence d'élasticité était également rapportée dans les études de Heller en Malaisie (1982), d'Akin & coll. (1986) aux Philippines, de Dor & Van der Gaag (1993) en Côte d'Ivoire ainsi que dans le rapport de Mc Pake et coll. (1992) qui évalue l'expérience de l'IB dans cinq pays africains.

Ces études cependant, ne tenaient pas toujours compte de la gravité de la maladie qui est un déterminant important de l'utilisation. Tel est le cas de l'étude de Diop et al (1995), qui analysent séparément les différentes couches de la société mais n'effectuent aucune distinction quant à la nature et la gravité du problème.

Dans une logique de quête de soins, dans le cas d'une maladie qui met la vie de l'individu en danger, le prix ne conditionnera peut-être pas la demande, mais en est-il ainsi pour tous les cas de maladies? Dans son étude au Pérou, Oths (1994) discute de l'impact des coûts selon la gravité de la maladie dans une situation de crise économique:

« The wealthy (by highland standards) at all times apparently consume more healing treatments for mild and moderate illnesses than do the poor. But when an illness is serious, both the wealthy and the poor tend to utilize the healer they perceive most appropriate, whether it is a traditional or a biomedical type... With the economic depression, contrary to what might be predicted, people did not revert wholesale from biomedical to less costly traditional

7 Ce type d'exercice était prohibé par la loi depuis 1977 (Ahmed & coll., 1996).

options, but rather continued to use each healer option in less quantities.» (Oths, 1994, p.252)

Parmi les raisons avancées pour justifier le recouvrement des coûts, nous retrouvons le débat sur la piètre qualité des services de santé publics et la non-disponibilité du médicament dans les structures gouvernementales. Souvent en rupture de stock, les CS qui offraient la consultation gratuitement devaient diriger les patients vers le marché pour se procurer les médicaments prescrits. Comme disent Fabricant et coll. (1999), les soins devenaient alors payants.

Litvack et Bodart (1993), ainsi qu'Akin et coll. (1995) figurent également parmi ceux qui soutiennent fortement les politiques inspirées de l'IB. Ils sont d'avis qu'un des acquis de ces politiques est l'amélioration des services dans les CS, rendue possible grâce aux recettes collectées par ces centres. D'après ces auteurs, les études qui mettent en évidence la sensibilité de la demande à la variation des prix surtout chez les populations les plus défavorisées ne tiennent pas compte de cet aspect important de l'IB qu'est l'amélioration de la qualité des services de santé. Une fois que la qualité⁸ est contrôlée, soutiennent Akin et coll. (1995), les populations les plus défavorisées qui jusque là semblaient être sensibles à l'augmentation des tarifs des services de soins, fréquentent les centres de santé autant que les moins pauvres.

En Mauritanie, Audibert et Mathonnat (2000) ont examiné l'effet de la tarification des services sanitaires sur l'amélioration de la qualité des services offerts ainsi que sur l'accessibilité de ces derniers. Au terme de leur étude qui couvrait 24 CS, ils concluent que la mise en place du

paiement de la consultation n'a pas entraîné de chute dans le volume de consultation des 24 centres de santé. (Cependant, ils reconnaissent qu'avec 24 observations, leurs résultats doivent être "treated with caution").

L'hypothèse de base qui alimente la prise de position en faveur de la tarification, s'appuie essentiellement sur l'expérience des services de santé privés (Creese, 1991). Ces centres peuvent se permettre d'imposer des tarifs aux utilisateurs sans subir de baisse de clientèle en raison de la qualité des services qu'ils dispensent (Tsongo et coll., 1993).

D'après les tenants de ce courant de pensée, pour des services de qualité les populations sont capables et prêtes à payer⁹ (De Ferranti, 1985; Banque Mondiale, 1987; Vogel, 1988). En Tanzanie, au terme d'une enquête de ménage effectuée par Abel-Smith et Rawal (1992)¹⁰ à la demande du gouvernement tanzanien, les auteurs relatent que les populations seront éventuellement prêtes à payer dans les dispensaires et hôpitaux publics à condition que les médicaments soient disponibles.

Par ailleurs, Diop et coll. (1995) font remarquer qu'au Nigeria, les ruptures de stock sont si fréquentes dans les CS que les malades encourent finalement des dépenses non négligeables pour se procurer les médicaments nécessaires dans le privé, en l'occurrence la pharmacie et le marché. En Zambie, le même phénomène a été observé par Freund et Kalumba (1995) et d'autres auteurs en font également mention (Creese, 1991 ; Abel-Smith et Rawal, 1992 ; Bryce et coll., 1992 ; Ahmed et coll., 1996). Ainsi, ces systèmes qui se voulaient gratuits en pratique ne

⁸ La mesure de qualité à laquelle ils font référence est la disponibilité des médicaments.

⁹ Nous allons développer la notion de "capacité de paiement" (ability to pay) plus loin.

¹⁰ Il s'agit d'une enquête sur 1820 ménages, où il était demandé aux individus combien seraient-ils prêt à payer dans les CS à condition que les médicaments soient toujours disponibles.

l'étaient pas. Ils concluent que les services de santé gratuits ne sont ni équitables parce que concentrés dans les zones urbaines et fréquentés par ceux qui ont les moyens de payer, ni efficaces en raison du manque de ressources de qualité et de savoir faire (Banque Mondiale, 1987).

Outre la participation financière directe (frais de consultation, frais de transport, les dessous de tables¹¹, etc.), il existe d'autres dépenses associées à l'utilisation des services thérapeutiques qui influencent le comportement des individus face à la maladie. Il s'agit de coûts indirects, qui dans certains cas peuvent être importants. Parmi eux nous trouvons les coûts d'opportunité ainsi que le temps d'attente et de transport (Abel-Smith & Rawal, 1992 ; Mehretu et Mutambirwa, 1992 ; Russell, 1996 ; Sauerborn & coll., 1996), puis le manque à gagner (Drummond et coll., 1987 ; Dor et Van der Gaag, 1988 ; Sauerborn et coll., 1996). Selon Dor et Van der Gaag (1993) par exemple, quand les services sont gratuits, c'est le temps dépensé en attente et transport qui devient une barrière à l'utilisation des soins. Quant au coût d'opportunité, son effet négatif sur l'utilisation a été rapporté par Sauerborn et coll. (1989a). Leur enquête auprès de femmes utilisant les cliniques maternelles et infantiles, montre que le coût d'opportunité de chaque consultation était considérable entre autres du fait du long temps d'attente et du rôle important que joue la femme burkinabée dans la production agricole.

En plus du coût du service, la *perception des coûts* conditionne également la conduite thérapeutique des individus. L'idée que les communautés se font du coût d'une ressource n'est pas toujours

¹¹ Dans son étude au Burkina Faso concernant les "dessous de table", Knowles (1995) rapporte qu'ils ont un impact négatif sur l'utilisation des services de santé au même titre que l'augmentation des tarifs.

conforme au coût réel de cette dernière. En Afrique du Sud par exemple, Price (1988) explique que les pauvres peuvent bénéficier d'une exemption des frais lors d'utilisation des services publics payants. Cependant, bien que cette possibilité leur soit offerte, ils vont s'abstenir de se référer à ces ressources dans la mesure où ils ont une perception des coûts qui va au-delà de leurs moyens.

Bien que certaines de ces études sur l'impact des coûts sur l'utilisation des services de santé soient assez récentes, Kaddar et Tchicaya (1997) proposent une nouvelle piste de réflexion. Le débat actuel, disent-ils, ne tourne plus sur le bien fondé des systèmes de recouvrement des coûts, mais sur la manière de protéger les groupes vulnérables de leurs effets dissuasifs. Ils utilisent alors la notion de « risque d'exclusion » qui fait référence à l'ensemble des personnes qui éprouvent des difficultés (temporaires ou permanentes) de paiement des soins. Il s'avère dès lors important d'étudier le phénomène de l'exclusion dans les populations, et d'analyser les effets des paiements des soins sur cette catégorie particulière d'individus.

Depuis, l'OMS a publié quelques rapports/documents sur la pauvreté et l'état de santé des pauvres (OMS, 1997b; 1998). Des efforts particuliers sont alors déployés pour identifier les plus pauvres dans les sociétés. Qui sont-ils? Quelles sont leurs caractéristiques? Comment faut-il les reconnaître?

Plusieurs mesures ont été mises de l'avant: la pauvreté a été tantôt mesurée par le revenu du ménage, par l'apport calorique, par l'auto-déclaration des ménages, par les conditions de l'habitat, etc. Dans des contextes où la grande majorité de la population est démunie, il s'avère

difficile de déterminer quelles sont les plus démunies.

La concurrence:

La concurrence au niveau de l'offre est également importante dans le choix de la ressource (Gertler et coll., 1988; Bolduc et coll., 1996). Plus les ressources sont diversifiées et plus leur nombre est élevé, moins les gens vont attendre avant d'entreprendre une action thérapeutique (Ryan, 1995) et plus ils vont effectuer un jugement précis pour choisir la ressource à utiliser (Lasker, 1981). La qualité ainsi que le coût et les autres attributs des ressources disponibles interagissent et font en sorte que l'individu choisit la ressource qui lui offre finalement, le plus grand avantage avec le moindre inconvénient (Haddad, 1992).

Par ailleurs, certains chercheurs avancent que l'utilisation d'une ressource sanitaire ne dépend pas de la disponibilité et de l'accessibilité des autres ressources (Kimani, 1981). Selon Kimani, les utilisateurs de la médecine traditionnelle sont une clientèle particulière et surtout en milieu urbain, ils vont consulter les tradipraticiens nonobstant la disponibilité des services de médecine moderne, car chacune s'occupe d'un aspect particulier de la maladie qui n'est pas du ressort de l'autre.

Spécialisation des thérapeutes:

Les individus vont se diriger vers une ressource selon les capacités curatives du praticien et la cause qu'ils attribuent à leur plainte (Valdez, 1993). La distinction se situe d'une part au niveau des systèmes de soins (traditionnel et moderne) et d'autre part à l'intérieur de chacun de ces systèmes. Un examen approfondi de la médecine traditionnelle révèle qu'il existe chez les tradipraticiens, comme chez les praticiens de

la médecine moderne, des domaines de spécialité bien précis (Laplantine, 1990 ; Arkovitz et Manley, 1990). Fassin (1996) explique bien que certains thérapeutes sont plus particulièrement orientés vis-à-vis d'une maladie (la lèpre), d'un organe (l'œil), d'un groupe d'âge (les enfants) ou d'une technique de soins (la scarification). Certaines pratiques sont donc remarquablement spécialisées. De plus, la logique d'intervention dans le cas d'un traumatisme par exemple, n'est pas la même que dans le cas d'une maladie psychiatrique. Au Rwanda par exemple, les affections psychologiques ou mentales sont souvent traitées par la médecine traditionnelle, cependant plusieurs problèmes d'origine physique font également partie de leur champs thérapeutique (Rwangabo, 1993).

Mwabu (1986) montre que la fidélité à un thérapeute dépend également de la nature du problème de santé. Donc, en plus de choisir un thérapeute en fonction du problème, on lui est "fidèle".

2.2.2.2 Attributs personnels et familiaux

Dans le contexte africain où le mode de vie en communauté prévaut, c'est souvent en famille que sont résolus les problèmes de santé (Diarra, 1993; Janzen, 1978). Il existe un réseau de responsabilités qui se manifeste entre autres lors de la prise en charge d'un malade. Néanmoins, les personnes clés de ce processus ne sont cependant pas toujours les mêmes (Fassin, 1992 ; Van der Stuift, 1996). Dans le cas d'un enfant, la décision appartient d'abord à sa mère (qui doit tout de même prendre conseil auprès d'autres personnes), et le père n'interviendra qu'en cas de recours externe encourageant des dépenses importantes. Au contraire, dans le cas d'une personne âgée, la décision

de recours est généralement prise soit par le chef de famille soit par le conseil de famille (Tinta, 1993).

Les principaux déterminants personnels et familiaux mentionnés dans la littérature sont d'ordres socio-démographique et économique. Nous y retrouvons ainsi l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'appartenance ethnique et religieuse, le lieu de résidence, la composition du ménage ainsi que le statut socio-économique (Haddad, 1992; Fosu, 1994; Heinonen, 1994; Schumann et Mosley, 1994; Fournier et Haddad, 1995).

Nous allons ici développer brièvement la plupart de ces facteurs et détailler surtout le statut socio-économique¹².

L'âge:

L'âge de la personne malade a souvent été rapporté dans la littérature comme déterminant du choix des ressources thérapeutiques mais également comme déterminant du montant dépensé pour les soins (Dor et Van der Gaag, 1993; Ching, 1995; Sauerborn et coll., 1996a). Dans la revue de littérature qu'il a effectuée, Creese (1991) révèle qu'au Ghana, la diminution de l'utilisation des CS après l'instauration de la politique de tarification, s'est faite de manière plus marquée chez les enfants que chez les adultes. Il considère également que les 0-5 ans constituent le groupe d'âge le plus vulnérable de la population.

En fait, l'effet de l'âge sur les comportements thérapeutiques n'est pas linéaire avancement De Clerque et coll. (1992). Sauerborn et coll. (1996a) sont d'avis que les couches d'âge les plus défavorisées en matière de soins

sont les enfants de bas âge et les personnes âgées. Les adultes d'âge moyen étant les membres productifs du ménage, leur maladie est mieux prise en charge et on leur consent plus de ressources.

Le sexe:

Plusieurs études ont démontré à travers le monde que les comportements thérapeutiques des hommes diffèrent de ceux des femmes (Tursz et Crost, 1999; Johansson et coll., 2000; Wyss, 1994). Ici en fait, il n'est pas question de "sexe" mais bien de "genre" qui est la répercussion sociale du "sexe". De par leur position inférieure, encore trop souvent présente dans les différentes sociétés, les femmes ont moins accès aux services de soins de qualité (Vlassoff, 1994; Vissandjee, 1994; Russel, 1996; Ahmed et coll., 2000). Johansson et coll. (2000) énumèrent certains des éléments qui agissent comme barrière à l'utilisation des services modernes de qualité chez les femmes. Ils citent entre autres les barrières géographiques, les facteurs liés au temps et à leur charge quotidienne de travail, ainsi que la barrière financière. La dépendance économique des femmes à leur mari ne leur facilite pas l'accès aux services de santé moderne (Orubuloye et coll., 1991; David, 1993; Diakité et coll., 1993).

Bien que de nombreuses études fassent état de la discrimination sexuelle en matière de santé, Sauerborn et coll. (1996a) montrent dans une étude que la discrimination défavorise plus les enfants que les femmes.

¹² Pour une revue détaillée de la littérature sur les déterminants de l'utilisation, voir Fournier et Haddad, 1995.

Le niveau de scolarité:

Le niveau de scolarité est un autre élément important pour le choix des recours. Selon plusieurs études, un niveau de scolarité élevé augmenterait la probabilité de recours aux soins de santé modernes (Kroeger, 1983; Diakité, 1998; Vissandjee, 1994).

Orubuloye et coll. (1991) ont constaté au Nigeria qu'en fait, plus que le niveau de scolarité c'est le fait d'être ou de ne pas être scolarisé qui détermine le choix du recours thérapeutique. Quand la mère est scolarisée, disent-ils, les enfants sont non seulement mieux soignés mais également soignés plus rapidement.

L'appartenance ethnique et religieuse:

Dans sa revue de littérature sur l'effet de l'appartenance ethnique et les comportements thérapeutiques, Ryan (1995) conclut que le facteur ethnique agit à plus d'un niveau. Cette influence se manifeste au stade de la reconnaissance de la maladie, lors de la réponse à la douleur, dans les comportements en matière de santé en général ainsi que lors du choix des ressources thérapeutiques à utiliser en cas de maladie.

Le statut socio-économique:

Ni le revenu ni les dépenses mensuelles ne sont des mesures fidèles du potentiel financier du ménage. Certains auteurs font mention de la *capacité des gens à payer* (ability to pay). Cette capacité dépend en partie des ressources financières du ménage mais également de la capacité des gens à mobiliser des ressources (De Ferranti, 1985; Dumoulin et Khaddar, 1993; Wallman et Baker, 1996). Russell (1996) explique que cette notion révèle l'importance du réseau de soutien des

individus et des différentes stratégies que l'individu ou le ménage peuvent adopter en vue de se procurer le nécessaire pour se soigner¹³. Cette notion est d'autant plus importante que dans le contexte des PED, notamment en Afrique, la prise en charge des malades est souvent assumée par le groupe de référence (Aballea, 1991; Fournier & Haddad, 1995).

Plaidant en faveur de la tarification des services de santé, De Ferranti (1985) estime que l'accès des individus aux ressources financières est moins problématique qu'on ne le pense. Pour lui, cela constitue peut-être une contrainte, mais qui n'est certainement pas insurmontable. D'ailleurs, ajoute-t-il, les communautés sont habituées à payer pour recevoir des soins et chez les tradipraticiens, elles payent des fois beaucoup plus que dans les centres de santé.

Cet avis n'est pas partagé par tous les chercheurs. Quand les gens doivent vendre leurs biens pour payer leurs soins de santé, dit Russel (1996), c'est qu'ils sont arrivés à la limite de leur capacité de paiement et ceci peut avoir des conséquences néfastes sur leur état de santé en général. Dans le Vietnam rural, 40% des couches défavorisées ont dû réduire leur consommation alimentaire, emprunter ou vendre un bien pour se soigner dans un centre de santé public (Ensor & San, 1996).

Ainsi, plusieurs études montrent que le manque de liquidités - particulièrement durant certaines périodes de l'année - provoque une baisse de fréquentation des centres de santé (Fabricant et Kamara, 1991; Ching, 1995; Haddad et Fournier, 1995; Sauerborn et coll.,

¹³ Il est également important de tenir compte du fait que dans ces contextes, les membres d'un ménage n'ont pas nécessairement accès aux mêmes ressources (Orubuloye et coll., 1991; David, 1993; Sauerborn et coll., 1996).

1996a). Ryan (1995) montre également que les malades dont l'indice de richesse est plus élevé vont attendre moins longtemps avant d'entreprendre une action pour se soigner et vont plus souvent recourir aux ressources thérapeutiques externes (surtout professionnelles).

Ce survol des caractéristiques personnelles et familiales met en évidence leur importance dans la démarche de quête de soins. Il s'agit essentiellement de caractéristiques démographiques dont l'âge, le sexe, la position de la personne malade dans la famille et le niveau de scolarité, mais surtout de la capacité à mobiliser des ressources financières.

2.2.2.3 Attributs de la maladie

Pour analyser le cheminement du malade à travers l'ensemble des étapes de sa quête de soins, il faut comprendre comment autant lui que son entourage interprètent et évaluent les symptômes ainsi que l'état de la maladie. Les symptômes ressentis, l'inquiétude des personnes malades et de leur entourage, la perception qu'ils ont de l'importance et la gravité de la maladie ainsi que les incapacités influencent le comportement d'utilisation des services de soins (Berman et coll., 1994 ; Massé, 1995). Dans la mesure où la maladie est perçue comme un processus dynamique on devrait s'attendre à ce que ses caractéristiques évoluent dans le temps :

« A decision making framework is dynamic. Illnesses unfold over time and space. As illness episodes progress, both the characteristics of the illness and the conditions in which an illness occurs may change. In this framework, caretakers react to a dynamic problem, and their experience with any single illness episode add to both in their own and to the community's, evolving experience. The experience affects an individual's reactions to illnesses encountered later. » (Ryan, 1995, p.296)

La gravité de la maladie

La gravité de la maladie est l'élément clé dans le choix des recours des individus (Russell, 1996) et certaines études démontrent une nette différence entre le comportement d'utilisation des personnes malades selon la gravité qu'ils attribuent à leur problème de santé (Heller, 1982; Mwabu, 1986; Sauerborn & coll., 1989; Haddad, 1992; Henderson & coll., 1994 ; Weaver, 1995). Dans des cas de maladie graves ou quand la maladie empêche les individus d'accomplir leurs activités quotidiennes, ils sont portés à agir plus rapidement et à chercher de l'aide plutôt à l'extérieur (Ryan, 1995). Cependant la relation entre l'utilisation et la gravité de la maladie ne semble pas être linéaire. L'étude de Coreil en 1983 en Haïti montre qu'après avoir franchi un certain seuil (quand le cas est trop grave) la consommation de soins diminue car il n'y a plus d'espoir de guérison (Coreil, 1983).

La durée de la maladie

La durée des symptômes conditionne tant l'utilisation que le choix de la ressource. Un mal chronique est souvent associé à de multiples tentatives thérapeutiques, et l'individu se dirige souvent à la longue vers la médecine traditionnelle (Mwabu, 1986).

Nous avons ainsi passé en revue les principaux déterminants des comportements thérapeutiques. L'abondante littérature sur le sujet nous a procuré une vision globale et nous a permis d'identifier les éléments les plus importants parmi les facteurs liés à l'offre de soins d'une part, aux caractéristiques individuelles et familiales d'autre part, ainsi qu'aux facteurs liés au besoin de soins.

2.2.3 Les différentes approches méthodologiques

Plusieurs méthodes ont, à ce jour, été proposées pour étudier les comportements thérapeutiques des personnes malades. Certaines préconisent plutôt une approche quantitative (les études épidémiologiques) tandis que d'autres suggèrent l'approche qualitative (les études anthropologiques) ou la combinaison des deux. Plusieurs exemples de l'utilisation conjointe de la méthode qualitative et quantitative pour l'étude des comportements d'utilisation en matière de soins sont présentés dans le numéro spécial de la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (1999). Dans ce même numéro, Cook (1999) avance que ces deux méthodes peuvent s'aider mutuellement entre autres dans l'interprétation des résultats et la compréhension plus approfondie des phénomènes.

Peu de chercheurs ont privilégié un devis longitudinal bien que ce soit le meilleur choix de devis pour ce type d'étude. Parmi elles, nous pouvons citer l'étude de Haddad au Zaïre (1992) ou celle de Ryan au Cameroun (1995). La lourdeur des structures nécessaires ainsi que les limites imposées par les moyens financiers disponibles, ont souvent fait en sorte que les études sur les comportements thérapeutiques ont été réalisées par des enquêtes transversales, à passage unique (Dor et Van der Gaag, 1993; Mwabu et coll., 1993; Sauerborn, 1996b; Tembon, 1996; Wyss et coll., 1996) ou dans quelques cas, à passages répétés (Mwabu, 1986; Sauerborn et coll., 1996a; Tursz et coll., 1999).

Timaeus et coll. (1988) préconisent les enquêtes de sortie chez les différents prestataires de soins, comme meilleure méthode. Par prestataires de soins, ils entendent l'ensemble des soignants donc autant les praticiens du secteur de soins modernes que ceux de la médecine

traditionnelle, ainsi que les pharmacies. D'autres, comme Shernichovsky et Meesok (1986) ou Henderson et coll. (1994), ont opté pour des enquêtes de ménage.

Certains auteurs ont étudié des maladies particulières. Tel est le cas de Kumaresan et Maganu (1994) qui analysent les modalités de traitements chez les lépreux au Botswana ou de Steen et Mazonde (1999) qui y ont enquêté des patients tuberculeux, de Granich et coll. (1999) qui ont travaillé sur la diarrhée des enfants du Chiapas ou encore, de Glik et coll. (1989) qui se sont penchés sur les traitements antipaludéens en Guinée. Selon Fassin et Brousselle (1991), le fait d'interroger des personnes malades à propos d'événements morbides précis, accorde l'avantage d'un support concret. En effet, l'histoire de la maladie permet de recueillir toutes les pratiques de soins, y compris l'automédication et l'abstention. En revanche, les questions abstraites, telles que celles concernant les conduites thérapeutiques en général, relèvent plus d'attitudes en général et elles sont peu précises, notamment en ce qui concerne le non-recours.

Les différents éléments de la collecte des données constituent d'autres aspects méthodologiques importants. Le choix des enquêteurs, rapportent Fassin et Brousselle (1991), doit être fait de manière minutieuse, plus ils sont sociologiquement proches de la population enquêtée, plus les chances d'obtenir de l'information réelle sont élevées. Ceci est un moyen de réduire les biais de désirabilité sociale.

La période de rappel¹⁴ est l'un des éléments méthodologiques à évaluer lors des études sur les comportements thérapeutiques. Kroeger (1983b)

¹⁴ Certains parlent de durée d'observation ou de "time window".

a longuement débattu du sujet. Les symptômes sévères, dit-il, s'ancrent dans la mémoire tandis que les problèmes moins graves ont tendance à être oubliés plus rapidement. Donc plus la période de rappel est longue, plus on risque de n'enregistrer que les faits les plus saillants et les épisodes les plus graves. Il conclut qu'une période de 2 semaines constitue un bon compromis.

Dans les travaux publiés sur les enquêtes de ménage sur l'utilisation, la période de rappel est néanmoins très variable. Nous retrouvons des études basées sur une période de rappel de deux semaines (Tomaeus et coll., 1988; Tembon, 1994; Ryan, 1995; Bolduc et coll., 1996), mais d'autres qui vont demander aux personnes de décrire les maladies survenues dans les derniers 30 jours (Dor et Van der Gaag, 1988; Abel-Smith et Rawal, 1992) ou même dans la dernière année (Herbert, 1984).

Bien que les aspects méthodologiques des enquêtes sur l'utilisation des services de santé aient capté l'attention des chercheurs, les méthodes d'analyses des données ont moins fait l'objet de débats approfondis. Les méthodes utilisées dans les modèles d'analyses doivent être congruentes avec la modélisation du comportement d'utilisation, or ce n'est pas toujours le cas. De plus en plus les chercheurs parlent de modélisation complexe et de comportement dynamique, pourtant sur le plan analytique ils recourent de nouveau aux méthodes d'analyses réductionnistes et linéaires comme les analyses de régression linéaire ou logistique, par exemple.

Les limites que nous imposent les méthodes, font en sorte que dans certains cas, le traitement des variables n'est pas congruent avec la

logique du modèle. Dans le cas de l'étude des comportements thérapeutiques, il est connu que le choix d'une ressource donnée n'est pas indépendant des caractéristiques des ressources alternatives disponibles (Bolduc et coll., 1996). Ainsi, pour tenir compte de la corrélation entre les erreurs des différentes alternatives, Bolduc et coll. (1996) ainsi qu'Akin et coll. (1995) proposent l'utilisation de méthodes de régression non linéaire, telle la probit. Cependant, la majorité des études ne se basent pas sur ces méthodes pour différentes raisons, soit parce qu'elles ne sont pas connues des chercheurs, soit parce que les données ne rencontrent pas les critères d'utilisation de ces dernières.

Nous avons ainsi passé en revue les déterminants des comportements individuels face à la maladie. Il ne s'agit évidemment pas de la totalité des composantes de cette démarche dynamique qu'est la quête de soins, mais bien des plus décisifs: les attributs de l'offre de services, les caractéristiques individuelles et familiales, ainsi que les facteurs liés à la maladie.

Ces éléments sont inter-reliés et influencent également les comportements thérapeutiques, chacun indépendamment des autres. Le processus de prise de décision en matière de quête de soins est donc un phénomène complexe. Il est déterminé par de nombreux facteurs qui opèrent dans un environnement socio-politique, économique et culturel particulier. Le degré d'influence de chacun des facteurs dans le processus est distinct, ils ne jouent pas nécessairement un rôle équivalent ni direct, et il est très difficile d'arriver à établir une relation

nette de cause à effet entre les déterminants de l'utilisation et le comportement thérapeutique final.

Au cours du prochain chapitre, nous allons voir comment sont tissés les liens entre ces différentes composantes et proposer, non pas un modèle théorique pour étudier les comportements thérapeutiques, mais une classification des déterminants de l'utilisation grandement inspirée par la classification de Kroeger (1985). Nous allons également voir comment les changements survenus au niveau des politiques de santé ont influencé la place du centre de santé dans la trajectoire de soins.

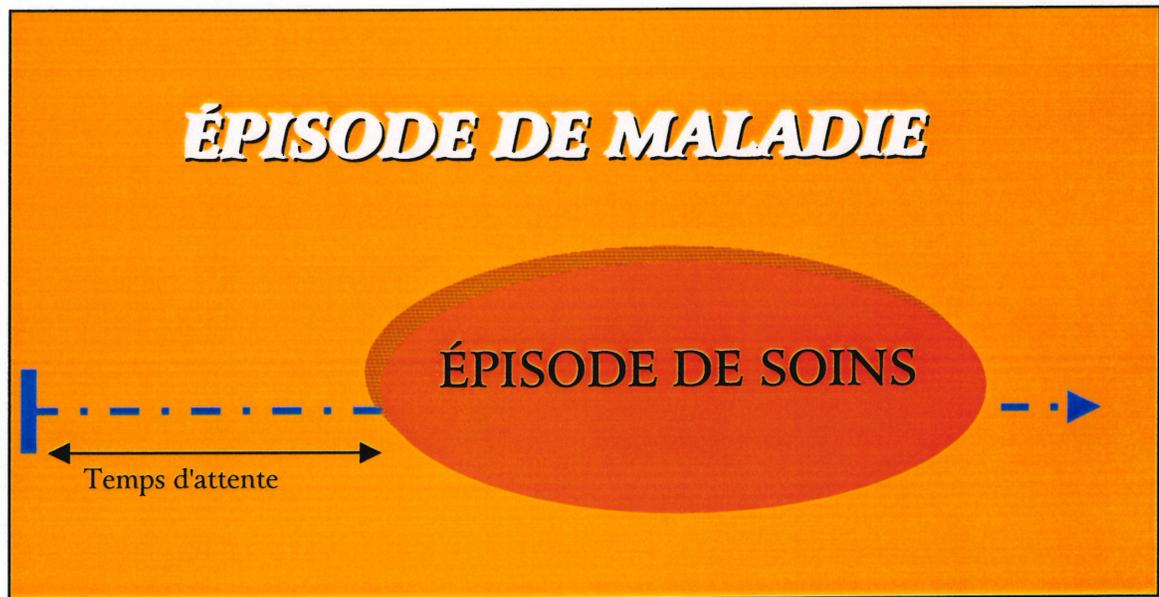
CHAPITRE 3
MODÈLE CONCEPTUEL

3.1 MODÈLE CONCEPTUEL

Nous considérons l'utilisation des services comme l'aboutissement d'un cheminement et non pas comme un phénomène ponctuel. Ce cheminement, décrit Haddad (1992), est constitué d'étapes consécutives passant de la reconnaissance du besoin de santé à l'émergence du besoin de service, puis à l'évaluation des alternatives de services pour finalement résulter en un comportement thérapeutique. Tout au long de cette traversée des différentes étapes de la quête de soins, l'individu et son entourage sont influencés par leur milieu culturel, social et économique. Les croyances populaires influencent la perception de la santé et de la maladie chez les individus, les différentes dimensions de la vie sociale interviennent pour gérer le problème de santé survenu, tandis que l'environnement économique les limite ou renforce leurs possibilités de recourir à tel ou tel autre service.

Avant d'aller plus loin et d'entrer dans la conceptualisation des comportements thérapeutiques, nous avons cru utile de distinguer les notions d' "épisode de maladie" et d' "épisode de soins", deux termes qui reviendront souvent dans ce chapitre. L'épisode de maladie constitue la période durant laquelle l'individu se considère malade. Elle débute lors du ressenti de malaise de la part de la personne et prend fin au moment où cette personne se considère guérie. L'épisode de maladie peut comporter ou pas, un épisode de soins. L'épisode de soins qui débute après une période d'attente plus ou moins longue, correspond à la période où la personne malade décide de se soigner activement. Durant l'épisode de soins, un ou plusieurs recours thérapeutiques peuvent se succéder (cf. figure 2).

Figure 2. Épisode de maladie



Afin de schématiser l'inter relation des différents facteurs déterminants du comportement thérapeutique des personnes malades, nous avons développé un cadre conceptuel qui a été grandement inspiré de la classification proposée par Kroeger (1985). Le choix de la classification de Kroeger provient principalement du fait qu'il a œuvré et orienté ses travaux de recherches sur les problématiques des pays en développement. Compte tenu des différences qui existent entre les PED et les pays industrialisés, tant sur le plan ethno-culturel que social, nous considérons plus approprié d'analyser les comportements thérapeutiques à l'aide d'un modèle qui tient compte de ces particularités, au lieu de modèles d'utilisation bien connus comme celui d'Andersen (1973, 1995)

qui sont basés sur un cheminement individuel et donc moins adapté à la réalité des PED. Ces modèles, avance Béland (1994), sont surtout utilisés pour étudier l'utilisation des services médicaux en Amérique du Nord et en Europe.

Selon Kroeger, le choix du type de ressources curatives auxquelles l'individu s'adresse est essentiellement déterminé par une combinaison de trois types de facteurs. Il s'agit des attributs du système de santé, des caractéristiques individuelles et familiales de la personne malade et des attributs de la maladie elle-même.

Dans le cadre conceptuel que nous présentons à la figure 3, en plus de ces éléments nous incluons l'influence des politiques sanitaires sur l'offre de services. Par politique sanitaire, nous entendons plus particulièrement le rôle des politiques de SSP (avec les CS au cœur du système) ainsi que les politiques de recouvrement des coûts. Les changements au niveau des politiques sanitaires modifient l'offre de services curatifs. Ces réformes peuvent affecter l'accessibilité et la disponibilité des ressources ainsi que le coût et la qualité des services. Ces modifications risquent d'influencer à leur tour les comportements thérapeutiques des personnes malades en affectant d'une part, l'ordre d'apparition des recours et d'autre part, la durée de l'attente avant de faire un recours (cf. figure 4).

Figure 3. Cadre conceptuel

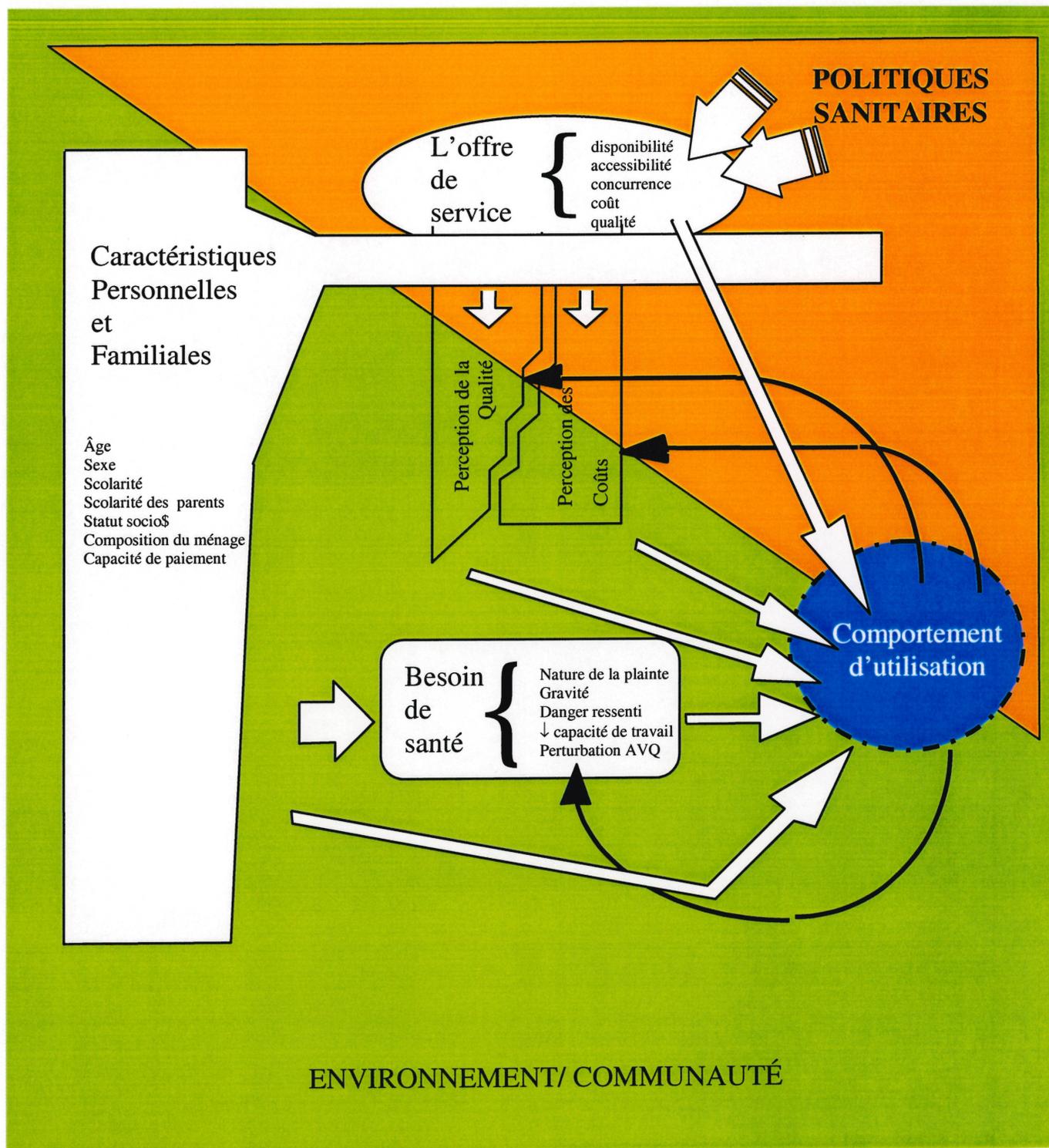
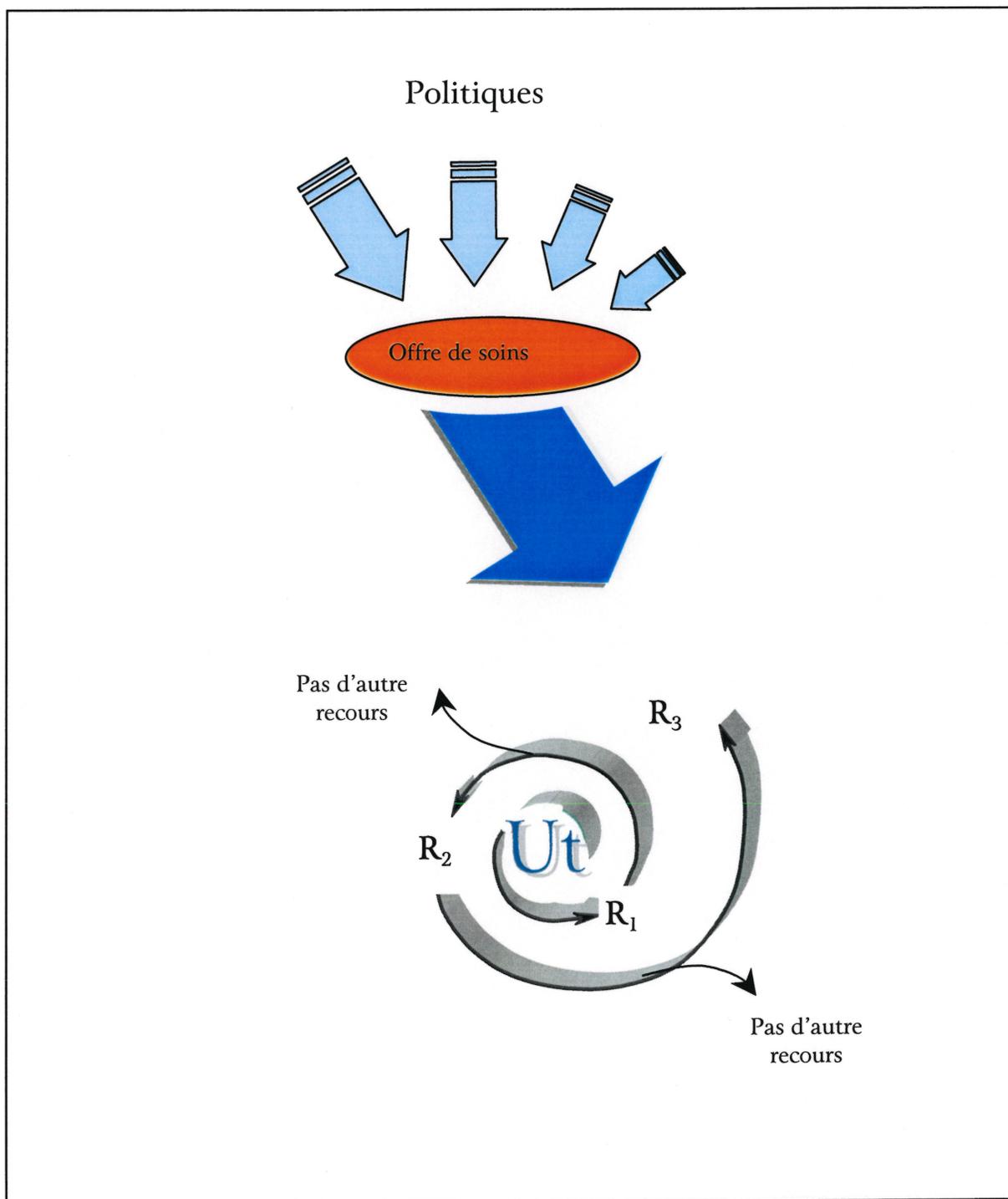


Figure 4. Effet des politiques sanitaires sur le comportement d'utilisation des personnes malades



Comme mentionné précédemment, nous avons étudié les comportements thérapeutiques dans leur dimension spatiale et temporelle. Surtout dans le contexte des PED, les individus s'adressent souvent à plus d'un dispensateur de services pour un épisode de soins donné. Ils peuvent faire appel à des ressources appartenant à des systèmes de références différents ou encore utiliser la même ressource thérapeutique à plus d'une reprise.

Dans le cadre conceptuel, nous avons également réservé une place à la perception du coût des services qui à notre avis a un rôle essentiel dans le processus de recherche d'aide, mais qui a moins souvent été considérée dans les études sur l'utilisation des services de santé. En contact avec le système de soins (de près ou de loin), l'individu ou son groupe de référence se fait une idée des coûts et de la qualité des services qui y sont offerts. Cette perception est évidemment influencée par les caractéristiques de l'individu, et nous pouvons la considérer comme le point de rencontre entre l'individu et le système de soins.

Le modèle que nous proposons réserve une part à la rétro information: la flèche (de retour) au bas de la figure 3 indique que le recours aux soins est susceptible de modifier le besoin de santé. La résultante de la stratégie adoptée par l'individu est alors révisée à la fin. Le résultat de cette évaluation devient alors une nouvelle information utilisée pour le choix d'un éventuel second recours. En fait, si le résultat escompté ne correspond pas aux attentes de la personne (ou de sa famille) les étapes sont reprises et un nouveau besoin de santé (ou de service) émerge.

Bien que nous ne l'ayons pas détaillé dans le cadre conceptuel, par «comportement d'utilisation» nous entendons autant la décision de

l'individu à entreprendre ou non une action thérapeutique, que son choix parmi l'éventail de ressources qui lui sont offertes. Dans un premier temps l'individu évalue les avantages et inconvénients reliés à chacune des alternatives (en terme de compétence, de coût, etc.) ainsi que sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour les payer, et les met en relation avec le problème de santé en cause (besoin de santé) pour voir finalement s'il est acceptable de prendre des mesures thérapeutiques dans son cas particulier. Une fois que l'individu a passé cette étape, s'il a décidé de se diriger vers une ressource, il effectue son choix parmi les différentes possibilités, et les déterminants qui sont intervenus dans l'étape précédente vont s'activer de nouveau pour conditionner cette fois-ci le choix de la ressource à utiliser.

Donc la transition d'un recours à l'autre ne se fait pas de manière aléatoire mais plutôt d'après un choix raisonné. En théorie la transition se fait dans les deux sens : autant les individus peuvent commencer par des traitements traditionnels et se diriger vers les soins modernes que l'inverse. Cependant, tel que documenté par Ryan (1995), la transition du recours aux soins curatifs modernes vers le recours aux traitements traditionnels ne se fait pas fréquemment, sauf dans le cas des maladies chroniques.

Cette expérience ou mémoire en regard de l'utilisation ne se limite pas à l'épisode en cours (Van Luijk, 1979 ; Diarra, 1993). Comme l'avance Massé (1995) :

“L’utilisation de services est d’abord un événement qui se déroule dans le temps. Il doit être vu à la fois comme résultat et comme le point de départ d’autres événements préparant l’acceptation ou le refus d’utilisations ultérieures. Les comportements d’utilisation ne constituent donc pas des gestes isolés et ne peuvent être expliqués qu’à travers leur imbrication dans les comportements d’utilisations antérieures.” (Massé, 1995, p.349)

Au cours de la présente étude, nous allons nous inspirer du cadre conceptuel présenté, pour mettre en relation les différents déterminants de l'utilisation avec d'une part les ressources sanitaires utilisées et d'autre part, la séquence des recours.

3.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre étude s’insère dans un programme de recherche opérationnelle intitulé “Participation communautaire, mobilisation sociale et soins de santé primaires en République de Guinée”, développé conjointement par l’Université de Montréal, le Ministère de la Santé de la République de Guinée et le Bureau de l’Unicef à Conakry (Guinée). Elle vise à examiner l’effet des politiques sanitaires sur la santé, à travers le comportement d’utilisation des services de santé des individus ayant vécu récemment un épisode de maladie et surtout d’apprécier la place qu’occupe le CS dans la trajectoire thérapeutique des malades. Nous nous intéressons entre autres, au caractère approprié de l’utilisation du CS ainsi qu’au potentiel d’efficacité de celui-ci.

Les questions auxquelles nous cherchons à répondre sont les suivantes :

1. Comment les gens utilisent-ils les différents services de soins lorsqu'ils sont malades? Quelles sont les principales séquences thérapeutiques choisies ?
2. Quels sont les facteurs liés aux différentes séquences de recours thérapeutiques ?
3. Quelle est la place du centre de santé dans la trajectoire thérapeutique des personnes malades?
4. Quel est la relation entre le genre, la pauvreté et les dépenses en soins de santé?
5. Quelle est l'ampleur du risque "d'exclusion des soins" dans la population ?

Nous tenterons de répondre aux trois premières questions dans le premier article de la thèse, tandis que les deux dernières questions seront abordées dans le deuxième article.

3.2.1 Hypothèses de recherche

Nos hypothèses de recherches pour le premier article sont les suivants:

H1. L'épisode de soins pour une maladie aiguë et grave est, en général, constitué de plus d'une ressource thérapeutique (utilisation concomitante des ressources);

H2. Les transitions d'une ressource à l'autre ne se font pas de manière aléatoire, il existe un gradient entre les ressources utilisées: les ressources moins sophistiquées sont plus utilisées en début d'épisode de soins,

tandis que les ressources plus sophistiquées sont plutôt réservées en fin d'épisode;

H3. L'itinéraire thérapeutique des individus malades diffère selon leur sexe et leur situation économique, les femmes et les pauvres consultent moins souvent pour se soigner donc ont plus souvent recours à l'auto prise en charge de la maladie;

H4. Le CS est plus souvent utilisé pour soigner les maladies chez les enfants;

H5. Le CS est peu utilisé comme première source de soins.

Dans le cas du deuxième article où l'accent est mis sur les dépenses en soins et les inégalités de genre et de revenu face au système de soins, nous allons vérifier les hypothèses suivantes:

H6. Les dépenses des individus en matière de soins de santé dépendent de leur sexe et de leur situation économique, les femmes et les pauvres dépensent moins pour se soigner;

H7. Pour réduire leurs dépenses en soins, les femmes et les pauvres attendent plus longtemps avant de chercher à se soigner activement;

H8. Plus le coût d'une ressource thérapeutique est élevé, moins cette ressource sera utilisée pour le traitement en cas de la maladie;

H9. Plus le coût d'une ressource thérapeutique est élevé par rapport aux autres ressources disponibles, plus elle sera utilisée tardivement dans la séquence des recours;

H10. Chez les populations présentant une vulnérabilité plus grande à cause de leur statut socio-économique, le coût des services du CS agit comme barrière à l'utilisation de cette ressource.

CHAPITRE 4
STRATÉGIE DE RECHERCHE

4.1 DEVIS DE RECHERCHE

La stratégie adoptée pour notre recherche est, d'après la classification de Contandriopoulos et coll. (1990) qualifiée de synthétique comparative, avec un devis transversal basé sur l'individu comme unité d'analyse.

La collecte des données est effectuée par l'intermédiaire d'une enquête à passage unique auprès des ménages. L'information sur le dernier épisode de maladie des membres du ménage est recueillie rétrospectivement. Nous avons limité la période de rappel à 2 semaines. Nous avons opté pour une période de rappel relativement courte pour ainsi minimiser les biais de mémoire¹⁵ même si cela s'est fait au détriment de la taille de notre effectif. Cette approche nous fait bénéficier à la fois d'une référence solide (référence à un épisode vécu récemment et non à une situation fictive) et d'une possibilité de recueillir toutes les pratiques de soins y compris l'auto traitement et l'abstention ou encore la période de délai avant le recours aux soins.

Dans leur article de synthèse, Fassin et Brousselle (1991) préconisent dans les enquêtes, de faire référence à un événement morbide particulier (réel). Donc, dans notre enquête nous avons adopté ce principe et, au lieu de nous baser sur des questions hypothétiques, à savoir, "que feriez-vous en cas de malaria chez un enfant" par exemple, nous avons observé la démarche curative chez des gens malades ou des gens qui étaient malades dans les deux semaines précédant la journée d'enquête.

15 Plus la durée de la période de rappel est longue, plus la mémoire ne conserve que les faits les plus saillants et les épisodes les plus graves ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des épisodes de maladie (Kroeger, 1983 ; Timaeus et coll., 1988; Fournier et Haddad, 1995).

4.2 POPULATION À L'ÉTUDE

La Guinée est un pays de l'Afrique de l'ouest qui comprend 7337000 habitants et qui couvre une superficie de 245860 km² (État du Monde, 2000). Avec une mortalité infantile de 124 ‰ et une espérance de vie à la naissance de 46,5 années¹⁶, la Guinée se classe parmi les pays les plus pauvres de l'Afrique.

4.2.1 Site de l'étude

La recherche a lieu en Guinée forestière dans la préfecture de Beyla. Elle a été conduite en zone essentiellement rurale (sous-préfecture) où nous ne retrouvons pas plus d'un CS par site d'étude pour ainsi éviter la concurrence entre les CS sur un même territoire. Le choix des sites d'étude a été fait conjointement avec nos partenaires de terrain. Nous visons essentiellement à:

- ❖ rejoindre une population de taille assez grande,
- ❖ nous assurer d'une certaine diversité au niveau des ressources de soins disponibles sur chaque site, et
- ❖ travailler avec des coûts raisonnables.

Donc, nous avons retenu les critères suivants pour la sélection des sites:

1. *le bassin de desserte des centres de santé*: chaque CS a un bassin de desserte déterminé par la Direction Préfectorale de la Santé (DPS). Il s'agit de la population demeurant à moins de 10 km du CS. Pour mener une enquête dans les ménages il nous fallait une taille de population suffisante dans chaque site pour trouver un minimum de 100 malades

¹⁶ Statistique 1997, État du Monde, 2000.

par site. Il fallait donc éviter les CS avec une population environnante limitée et dispersée;

2. *la variation au niveau des caractéristiques des centres* : nous cherchions une diversité tant au niveau de l'appréciation globale de la population et au niveau des activités du centre, qu'en ce qui concerne le personnel et l'activité du comité de gestion local;

3. *la durée du fonctionnement des centres* : les centres nouvellement ouverts (avec moins d'un an d'activité) ont été d'emblée exclus;

4. *la viabilité des centres* : les centres de santé sélectionnés devaient répondre aux critères minimaux de viabilité¹⁷;

5. *une diversité dans les taux d'utilisation des centres*;

6. *l'accessibilité au site durant la période de l'enquête* : l'état des routes, ainsi que les distances entre les centres ont été prises en considération. Pour rendre l'étude faisable, il fallait que les sites soient à une distance raisonnable les uns des autres avec une infrastructure routière qui permette le déplacement de l'équipe de recherche et l'accès aux sites;

7. *l'absence de populations réfugiées* : en raison de leur particularité tant au niveau de l'organisation sociale qu'au niveau des programmes socio-sanitaires qui ont été développés à leur attention par le HCR et d'autres organismes internationaux, les réfugiés bénéficient des soins gratuitement et donc nous avons décidé de les exclure de notre étude.

Sur les 14 sous-préfectures de Beyla, nous en avons sélectionné 4 qui

¹⁷ L'indice de viabilité est une mesure de fonctionnement et de performance économique des CS. Il s'agit d'un indice qui évalue l'équilibre entre les recettes et les dépenses des CS, ainsi que la proportion des recettes utilisée pour chaque type de dépense (achat de médicaments et de carburant, gestion, organisation des activités de stratégies avancées, motivation du personnel, ...). Cet indice est évalué à chaque année lors des monitorages des CS orchestrés par les DPS.

répondaient à nos critères de sélection. Il s'agit des sous-préfectures de Beyla, Sinko, Boola et Gbackédou.

Beyla : Sièg de la sous préfecture, Beyla est une zone semi-urbaine avec un centre de santé ainsi qu'un hôpital comme structure de soins de santé moderne. Selon les résultats du monitoring, le taux d'utilisation du CS à Beyla, est le plus élevé de toute la sous-préfecture (52%). Les 15500 habitants de Beyla peuvent s'approvisionner en médicaments auprès des vendeurs du marché ou dans l'unique pharmacie de la sous-préfecture. Les praticiens traditionnels et les infirmiers privés font également la concurrence au CS et offrent des services curatifs.

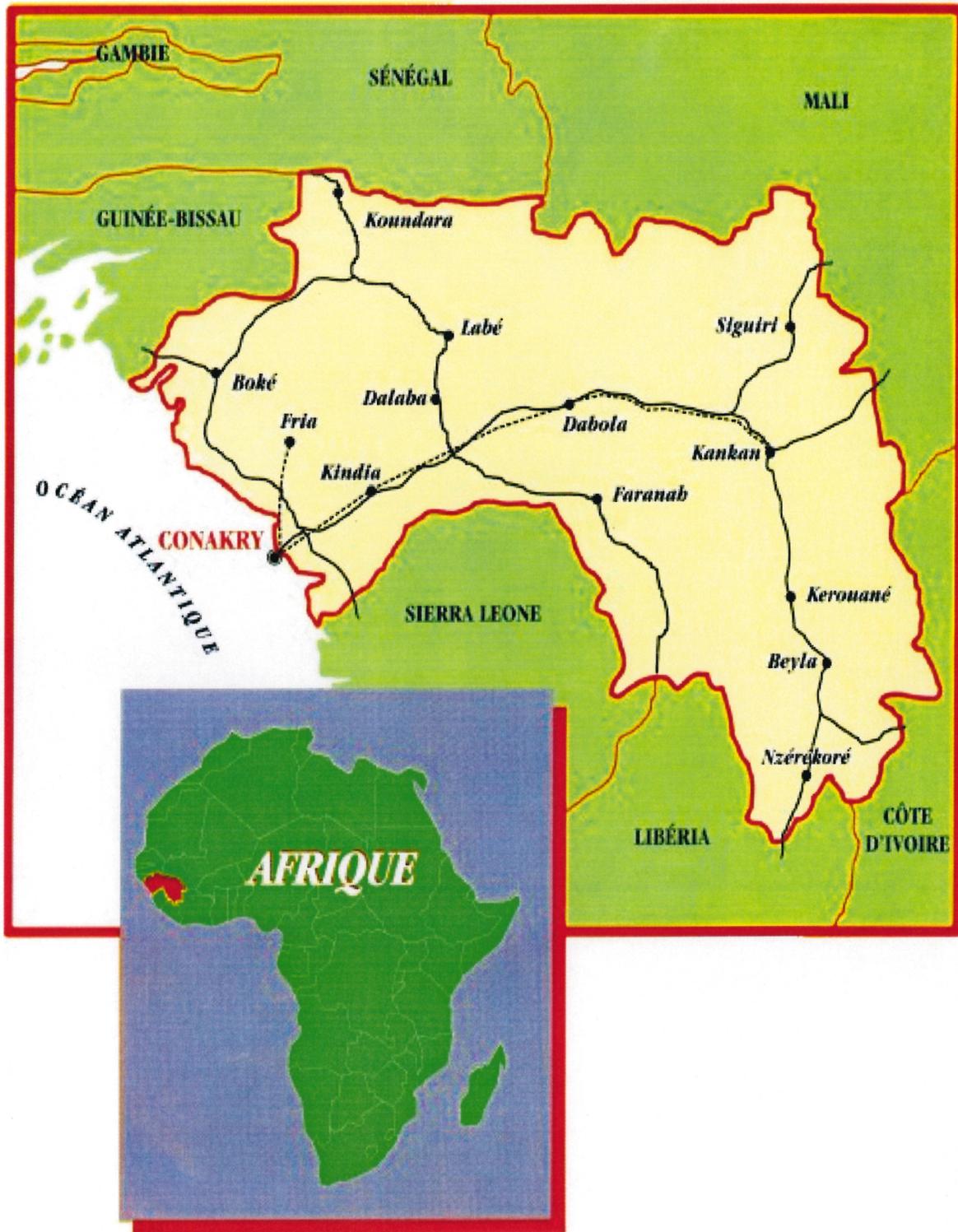
Sinko : Sinko est aussi une zone semi-urbaine avec près de 19000 habitants. Située à la frontière de la Côte d'Ivoire, elle a un secteur économique (commerce) très développé et dynamique. À Sinko l'offre de service est également plus diversifiée : le marché où le médicament y est vendu librement, le CS qui offre des services de consultation préventive et curative (selon l'enquête de monitoring de 1995 le taux d'utilisation du CS de Sinko est de 25%), un hôpital qui est cependant ouvert depuis moins d'un an, des tradipraticiens en grand nombre, des infirmiers privés et des « bénévoles ». Les bénévoles sont des praticiens non professionnels et illégaux qui font des consultations et vont jusqu'à effectuer des chirurgies abdominales, en échange d'une somme forfaitaire. Le coût des bénévoles peut par fois être très élevé. Une récente campagne énergique menée contre ces clandestins en aurait cependant réduit leur effectif.

Boola : Village de 5700 habitants, situé au sud de Beyla, Boola est doté d'un centre de santé depuis 1990 comme unique source d'offre de soins de santé modernes (taux d'utilisation =28% selon l'enquête de

monitorage de 1995). La population peut également se procurer des médicaments sur le marché ou consulter des praticiens traditionnels. Le secteur privé y est très peu développé et les bénévoles ont été chassés de Boola lors d'une vaste campagne organisée par la direction préfectorale de la santé.

Gbakédou : Village situé sur la route menant de Beyla à Sinko, à 25 km de Sinko, Gbakédou est le dernier village dans lequel nous avons effectué notre enquête. La population de Gbakédou est composée de 6400 habitants. Les services sanitaires se résument à un centre de santé avec un taux d'utilisation de 26%, des tradipraticiens en grand nombre avec de nombreux praticiens illégaux (bénévoles) ainsi qu'un marché où les médicaments sont vendus librement.

Figure 5. Carte géographique de la Guinée



4.3 MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

En Guinée, le mode de vie en famille élargie prédomine, ainsi sur un terrain donné appelé communément *concession* (qui n'est d'ailleurs pas délimité par des barrières physiques) plusieurs unités de familles nucléaires ou *ménages* cohabitent. Un ménage est constitué de l'ensemble des personnes qui vivent ensemble et partagent la même nourriture. Les membres d'un ménage donné partagent le même espace et dépendent les uns des autres du point de vue financier (revenu commun). En plus, les ménages d'une même concession partagent certaines habitudes et mode de vie et dans le cas de maladie d'un membre de la concession par exemple, les actions entreprises ont de fortes chances d'être décidées en groupe.

L'échantillonnage est fait à trois niveaux et avec le maximum de rigueur afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population compte tenu du fait qu'aucune base échantillonnale n'était disponible.

En réalité, il n'existait pas de base de recensement répondant aux impératifs de notre enquête dans les 4 sites sélectionnés. Les listes disponibles avaient, dans certains cas les *ménages* et dans d'autres cas les *concessions* comme unité de base, tandis que nous, nous nécessitions une liste faite à partir des concessions comme unités de recensement. À partir des registres disponibles nous avons reconstitué une liste des concessions pour chacun des quartiers de nos sites. Les listes ont été reconstituées par un enquêteur affecté au recensement, avec l'aide des personnes ressources de chaque quartier (chef de secteur, président de quartier et représentant du Comité de Développement Rural).

Dans un premier temps, nous avons sélectionné un certain nombre de concessions sur l'ensemble des concessions de chaque site, à l'aide d'un

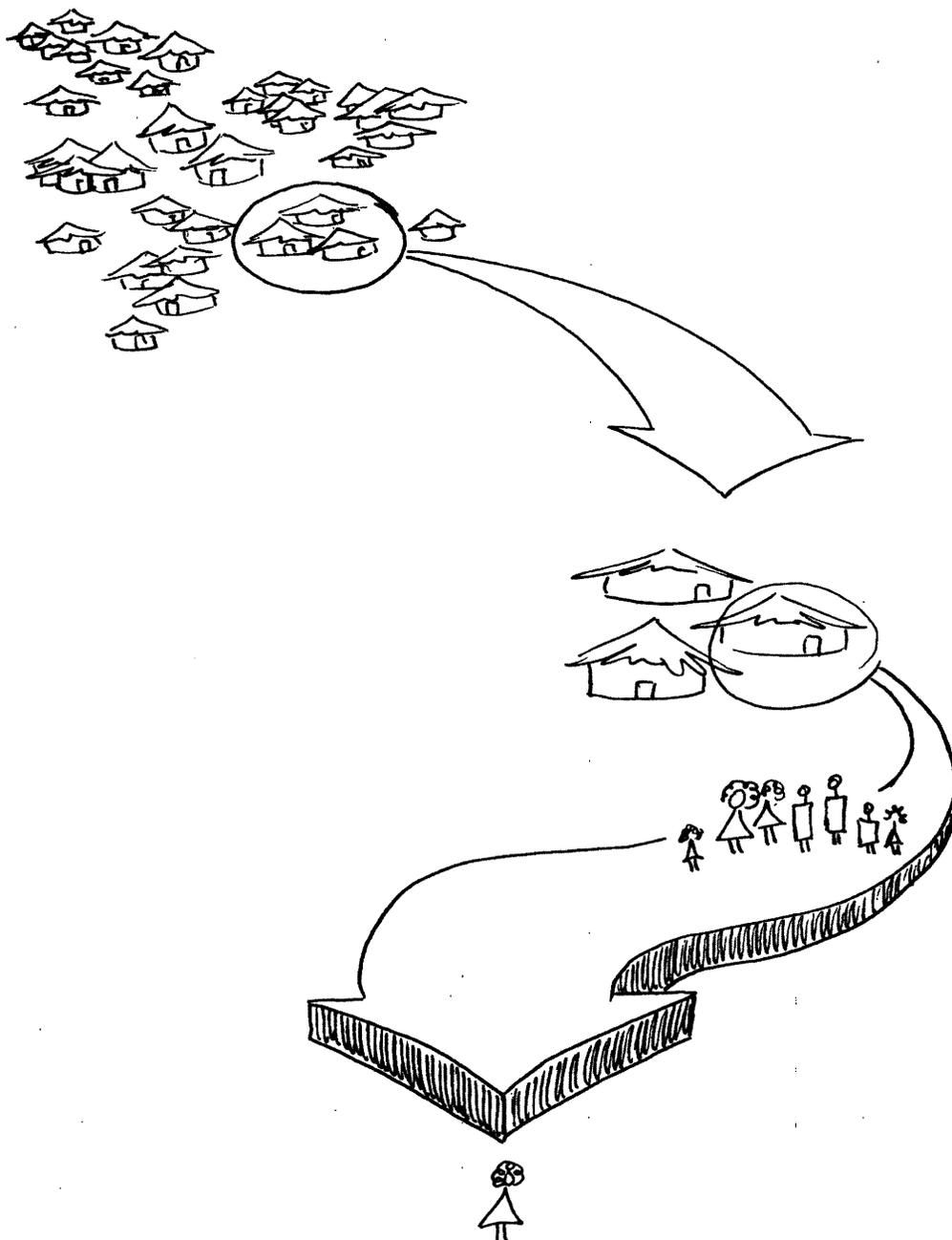
échantillonnage systématique à partir des listes de concessions mise à jour pour les fins de notre enquête. L'échantillonnage systématique a été fait avec un pas logique constant proportionnel au nombre de concessions dans chaque quartier.

Dans un deuxième temps, lors d'un passage dans chacune des concessions retenues, nous avons répertorié les ménages qui y existaient. Dans une concession, qui est l'unité d'agglomération sociale en Guinée, il peut exister plus d'un ménage à la fois. Les différents ménages d'une concession peuvent avoir des liens parentaux entre eux ou peuvent ne pas en avoir du tout (être locataires dans la concession, par exemple). Nous avons donc effectué un échantillonnage aléatoire entre les ménages de la concession afin d'en choisir un seul (dans les cas où la concession était composée de plus d'un ménage). Ainsi, nous avons décidé de nous limiter à la sélection d'un seul ménage dans chaque concession pour éviter des erreurs de type écologique.

En troisième lieu, nous avons répertorié les malades dans le ménage sélectionné, et dans le cas où plus d'un malade était admissible à notre étude, nous avons effectué un tirage au sort afin de n'en retenir qu'un seul (cf. figure 6).

Pour être admissible à notre étude, l'individu devait avoir ressenti un malaise dans les 15 jours précédant l'enquête. Cependant, parmi ceux rencontrant ce premier critère, nous avons exclu les cas de maladies chroniques, les cas de malades présents dans le ménage uniquement en raison de leur maladie (ex: un parent qui vit ailleurs mais qui est venu dans le ménage en question parce qu'il nécessite une intervention chirurgicale et qu'ici il y a un hôpital,...) et enfin, les cas hospitalisés (donc absents).

Figure 6 . Les différentes étapes de l'échantillonnage



4.4 COLLECTE DES DONNÉES

4.4.1 Choix des enquêteurs

Dans une enquête, la relation entre l'enquêteur et l'enquêté détermine pour une grande part la qualité de l'information recueillie. Afin de maximiser la qualité de nos données, nous avons accordé beaucoup d'importance au choix des enquêteurs et avons pris en compte plusieurs considérations d'ordre social et culturel.

Parmi nos critères de sélection des enquêteurs, figuraient les caractéristiques suivantes :

- ❖ avoir de l'expérience d'enquête,
- ❖ ne pas être professionnel de la santé¹⁸,
- ❖ être de la même origine ethnique que les enquêtés ou du moins bien maîtriser la langue locale, soit le malinké,
- ❖ être familier avec les sites de l'enquête.

Nous avons ainsi sélectionné 10 enquêteurs, à qui nous avons offert une formation de dix jours. Toutes les personnes sélectionnées avaient une expérience dans le domaine des enquêtes dans le secteur agricole. Ils œuvraient dans la zone depuis déjà quelques années et connaissaient donc bien le terrain et la population environnante.

¹⁸ Nous nous sommes volontairement abstenus de faire appel à des professionnels de la santé pour la collecte de donnée pour ainsi mettre la population plus à l'aise et éviter dans la mesure du possible (même s'il n'est jamais possible de l'éviter complètement) le biais de désidérabilité sociale. Dans leur étude au Kenya, Schulpen et Swinkels (1980) ont vu que le taux d'utilisation des praticiens traditionnels avaient été sous rapporté. Les auteurs ont attribué ce fait à l'utilisation de personnel médical pour faire les entrevues. Pour augmenter la fiabilité des données collectées, Kroeger (1983) suggère donc de prendre des enquêteurs qui soient dans la mesure du possible proche des enquêtés sur le plan social et ethnique.

Compte tenu des impératifs de l'enquête et des déplacements prolongés lors de la cueillette des données, il était difficile de recruter des femmes qualifiées qui étaient disposées à quitter leur ménage pendant près de 3 semaines. Donc les enquêteurs étaient tous de sexe masculin.

Au cours de la période de formation nous les avons familiarisés avec le questionnaire destiné à collecter l'information recherchée, ainsi qu'avec la méthode d'échantillonnage privilégiée pour l'étude. Nous avons également validé, traduit (du français au malinké suivi d'une contre-traduction) et testé le questionnaire au courant de la période de formation. La dernière journée de formation a été consacrée à une simulation d'enquête sur le terrain afin d'évaluer l'aptitude des enquêteurs à débiter leur travail. Contrairement à l'enquête où les enquêteurs devaient faire leurs entrevues individuellement, pour la séance de simulation ils partaient en groupe de deux pour faire la collecte de donnée dans un village situé à 5 km de Beyla qui ne faisait pas partie de nos sites d'étude. Ainsi, à chaque fois l'un faisait l'enquêteur et l'autre supervisait son coéquipier puis ils échangeaient leurs rôles. À la fin de la journée, nous avons discuté des problèmes rencontrés et finalisé les derniers préparatifs avant l'entrée sur le terrain.

Tout au long de l'enquête les questionnaires complétés étaient révisés quotidiennement pour repérer d'éventuelles erreurs ou des réponses manquantes; le cas échéant, l'enquêteur devait retourner le lendemain dans le ménage concerné afin de compléter l'information manquante.

4.4.2 Entrevues dans les ménages

La collecte de données a duré deux mois: un mois de planification et de préparation (incluant la période de formation des enquêteurs) et un mois consacré aux entrevues dans les ménages. Nous avons effectué notre terrain durant les mois de mai et juin, juste avant la saison des pluies.

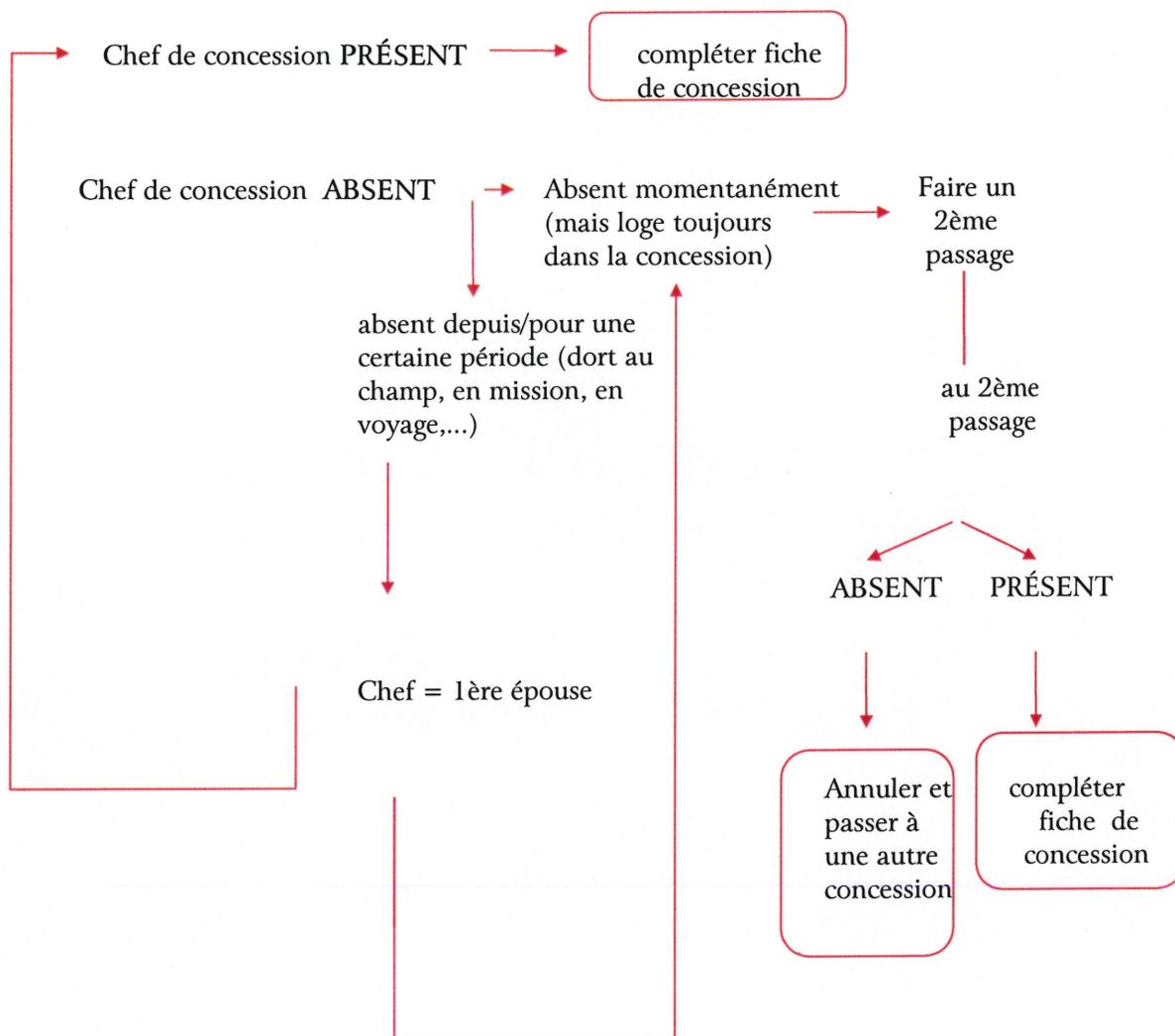
Les entrevues se faisaient en deux temps. Dans un premier temps, le soir, l'enquêteur se présentait dans la concession pour remplir la fiche de concession (cf. Annexe 1). À l'aide la fiche de concession l'enquêteur enregistrait l'information reliée aux deuxième et troisième étapes de l'échantillonnage et assignait la personne malade admissible à l'enquête (figure 7). Une fois que la personne malade était identifiée, l'enquêteur prenait rendez-vous avec le chef du ménage concerné et la personne malade, pour le lendemain afin de faire l'entrevue et de remplir le questionnaire.

L'entrevue comprenait deux parties, l'une avec le chef du ménage et l'autre avec la personne malade ou dans le cas où la personne malade avait moins de 15 ans, avec la personne qui en a pris soin (la mère dans la majorité des cas).

Les entretiens se faisaient à l'intérieur de la concession. Dans la mesure du possible l'enquêté était mis à l'écart des parents ou autres membres du ménage (ou de la concession) afin de créer un climat favorable pour la libre expression des individus.

Figure 7. Procédure d'enquête

Dans chaque concession:



4.4.3 Instruments de mesure

Afin de collecter l'information nécessaire pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons mis au point deux instruments soit une fiche (grille) de concession et un questionnaire¹⁹. La fiche de concession est, comme son nom l'indique, destinée à l'enregistrement de l'information relative au recensement:

- des *concessions* de chacun des secteurs ou quartier,
- des *ménages* constituant une même concession et,
- des *malades* présents dans chacun des ménages.

Les questions correspondant à la composition de la concession étaient posées au chef de concession, et les données relatives au nombre de personnes et de malades dans chacun des ménages étaient posées au chef des ménages respectifs.

Quant à notre outil principal de collecte de données, il s'agit d'un questionnaire composé essentiellement de 188 questions²⁰, divisé en 9 sections (cf. Figure 8).

Au total, deux personnes étaient interrogées dans chaque ménage : le chef du ménage, à qui il était demandé de bien vouloir répondre aux questions relatives aux caractéristiques socio-économiques et démographiques du ménage, ainsi que sa perception des coûts et de la qualité des services de santé.

19 Voir le questionnaire et la fiche de concession en ANNEXE 1.

20 Dans certains cas les questions sont ouvertes pour ainsi permettre aux enquêtés de formuler leurs doléances sur le sujet, mais dans la majorité des cas il s'agit de questions fermées ou à choix multiples.

Figure 8 . Composition du questionnaire

Caractéristiques du ménage	(Section 2) → 21 Questions
Capacité de paiement	(Section 3) → 7 Question(bis)
Perception des coûts	(Section 4) → 21 Questions (bis)
Perception de la qualité	(Section 5) → 23 Questions (bis)
Participation communautaire	(Section 6) → 16 Questions (bis)
Caractéristiques de la personne malade	(Section 7) → 3 Questions
Besoin de santé	(Section 8) → 7 Questions
Utilisation	(Section 9) → 23 Questions
<hr/>	
Total	188 Questions ²¹

21 Ces 188 questions ne sont pas toujours posées parce que plusieurs d'entre elles sont logiquement reliées, donc si par exemple l'une est négative une ou plusieurs questions subséquentes peuvent ne plus être pertinentes ce qui réduit le nombre effectif de questions.

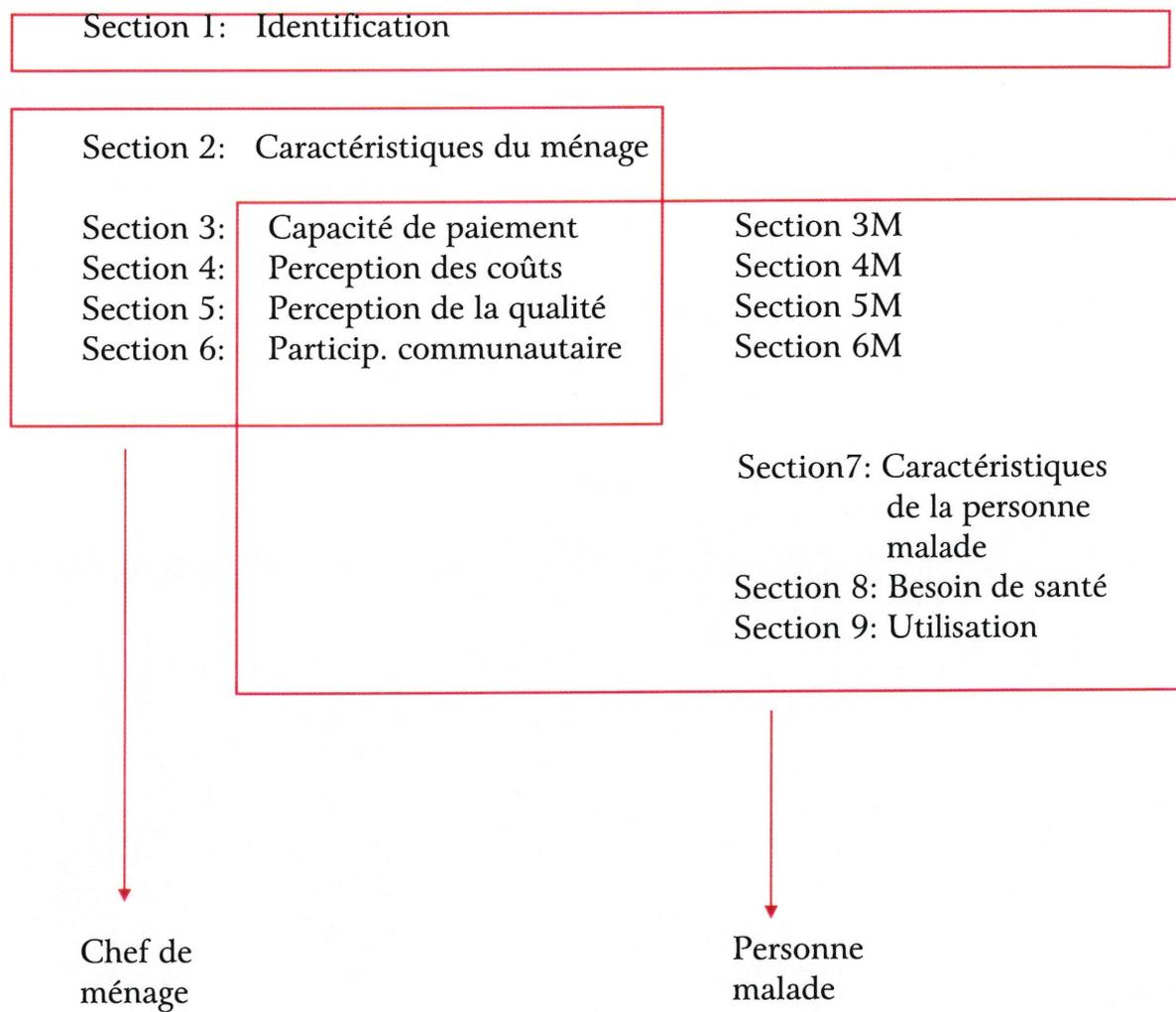
La seconde personne interrogée était la personne malade, ou dans le cas d'enfant malade la personne qui s'en était occupée. À l'aide de cette deuxième personne, nous avons collecté l'information pertinente concernant l'épisode de maladie ainsi que les recours thérapeutiques (cf. figure 9).

Plusieurs scénarios pouvaient alors se présenter :

- ❖ Entrevue avec le chef du ménage qui était également la personne malade ;
- ❖ Entrevue avec le chef du ménage, puis avec la personne malade ;
- ❖ Entrevue avec le chef du ménage qui était également la personne qui s'était occupée de l'enfant malade.

Selon les différents scénarios possibles les entrevues duraient en moyenne entre 45 minutes et 1 heure et demie.

Figure 9. Structure du questionnaire



4.5 DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES VARIABLES

4.5.1 Liste des variables indépendantes

4.5.1.1 Variables socio-démographiques

1. *L'âge* : est une variable mesurée de manière continue. Nous l'avons par la suite rendue dichotomique pour les fins d'analyse. Nous avons ainsi créé deux catégories mutuellement exclusives, celle des adultes (tout individu âgé de plus de 15 ans) et celle des enfants (tout individu âgé de 15 ans et moins).
2. *Le sexe* : variable nominale dichotomique.
3. *L'indicateur de pauvreté (appareil radio)* : Étant donné que nous voulions identifier les ménages les plus pauvres et être en mesure de les comparer aux autres, nous avons décidé d'utiliser un indicateur de pauvreté.

Nous disposions de nombreuses variables classiques pour la mesure du statut socioéconomique telle la profession, l'éducation du chef du ménage et de son épouse ainsi que les biens - autant domestiques, que le cheptel²². Au terme d'analyses multivariées (analyses en composantes principales non linéaires) il est apparu que l'appareil radio était le bien qui discriminait le mieux entre les très pauvres et ceux qui disposaient d'un peu plus de moyens financiers (les analyses

²² Pour les biens domestiques nous avons l'information sur radio, téléviseur, électricité, voiture, moto, vélo ; pour les biens immobiliers nous avons la situation du ménage (locataire vs propriétaire), le matériel du toit de la maison ainsi que la possession d'une parcelle de terre cultivable ; finalement pour le cheptel nous avons le nombre d'ovins, de bovins et de volailles que possède le ménage.

multivariées sont présentées dans le prochain chapitre). Le degré de pauvreté du ménage est donc, estimé par la présence ou absence d'une radio fonctionnelle dans le ménage. Ainsi, les ménages ne possédant pas de radio sont considérés comme très pauvres et leur comportement en matière de soins sera comparé avec les autres ménages de l'échantillon.

4. *Profession*: Il s'agit de la profession du chef du ménage. Elle est répartie en quatre catégories soit: agriculteur, commerçant, artisan et fonctionnaire.

4.5.1.2 Variables reliées au problème de santé

5. *L'intensité de la maladie*: L'intensité de la maladie est une variable synthétique construite à partir de trois indicateurs de gravité. Il s'agit de la gravité de la maladie perçue par l'individu malade, du fait que l'individu a pu ou pas continuer ses activités quotidiennes, ainsi que de sa perception du danger encouru du fait de la maladie. Cette variable a été construite via une analyse en composantes principales non linéaires à un facteur. Sous sa forme initiale, la variable «intensité» est de nature continue. Cependant pour les fins de l'analyse nous l'avons regroupée en deux catégories: maladie d'intensité moyenne à forte et maladie d'intensité très forte. Les détails des analyses en composantes principales sont présentés dans le chapitre suivant.
6. *La nature de la plainte*: Il s'agit des principaux symptômes ressentis par les individus. Les individus disent avoir ou ne pas avoir mal au ventre, mal au dos, mal à la tête, avoir ou pas

de la fièvre, de la toux, de la diarrhée ainsi que des vomissements ce qui fait un total de 7 variables dichotomiques.

4.5.1.3. Variable de contexte

7. *Le village*: Notre enquête a été effectuée dans 4 villages différents. Chacun des villages est doté d'un centre de santé. Cependant, la qualité des services dispensés par chacun des centres diffère. Outre la qualité de leur centre de santé, chaque village possède un certain nombre de praticiens professionnels et non professionnels dans le domaine de la santé. Ainsi, selon le nombre et la nature des ces ressources, la concurrence entre les ressources sanitaires est plus ou moins forte dans chaque village. Pour les fins de l'analyse nous avons regroupé les zones deux par deux: zone urbaine (Beyla et Sinko) et zone rurale (Boola et Gbackédou). Nous avons ainsi pris la décision d'effectuer un regroupement des lieux pas tant sur une base géographique mais plutôt selon la disponibilité des services de soins modernes. Dans la zone urbaine nous retrouvons un hôpital et un CS, tandis que dans la zone rurale, l'unique source de soins de santé modernes demeure le CS.

4.5.1.4 Variables d'opinion

Pour cette catégorie de variables nous avons collecté d'une part l'opinion du chef du ménage et d'autre part l'opinion de la personne malade.

8. *La perception du coût des ressources*: Au courant de l'enquête, nous avons questionné la personne malade ainsi que le chef de chaque ménage sur la perception qu'ils avaient du coût du traitement pour chacune des ressources sanitaires disponibles dans la région. Ces ressources sont le centre de santé (CS), l'hôpital (H), les praticiens traditionnels (PT), le marché et les praticiens privés. Pour réduire le nombre des variables à utiliser dans les analyses et aussi pour établir un gradient entre les coûts perçus, nous avons créé une variable nommée «m_cher». pour mettre en évidence la ressource perçue la moins cher puis celle perçue comme étant la plus dispendieuse des quatre (p_cher).

4.5.2 Liste des variables dépendantes

Dans un premier temps nous examinons les comportements des individus malades dans l'espace. L'objectif est de voir si l'individu a utilisé ou pas chacune des ressources disponibles au cours de son épisode de soins (variables utilisées dans le premier et deuxième article).

1. Nous avons ainsi six variables dépendantes dichotomiques (0,1) qui caractérisent les différentes ressources thérapeutiques localement disponibles: Auto traitement (*auto-tx*), Marché (*marché*), CS (*CS*), Praticien traditionnel (*Pt*), Hôpital (*H*), Privé²³ (*privé*).

²³ Il s'agit du personnel sanitaire qui font des consultations à leur domicile ou les praticiens illégaux qui font des actes de médecine moderne sans avoir reçu aucune formation médicale (connus sous le nom de « bénévoles »). Le secteur privé est très peu développé dans cette région de la Guinée.

2. *L'attente (Attente)*: Comme nous avons mentionné précédemment, l'ensemble de la démarche thérapeutique nous intéresse dont l'attente au début de l'épisode, avant d'utiliser une ressource thérapeutique quelconque.

Une des stratégies adoptée au cours d'un épisode de maladie est d'attendre en espérant que le mal guérira de lui-même. Afin de voir s'il y a un élément en particulier qui fait que les gens retardent leur quête de soins, nous avons comparé les personnes qui attendent plus de 48 heures à celles qui attendent moins de 48 heures avant d'entreprendre des démarches pour se faire soigner. Cette variable est donc dichotomique : tout individu ayant attendu plus de 48 heures est codé 1 (a attendu) et les autres sont codés 0 (n'a pas attendu).

Par la suite, nous observons les comportements d'utilisation dans leur dimension temporelle donc, les itinéraires thérapeutiques²⁴ et les transitions de recours (variables utilisées dans le premier article).

Parmi les utilisateurs d'une seule ressource nous avons:

3. *Ceux qui font de l'auto prise en charge exclusivement (A)*: Par auto prise en charge, nous entendons l'auto-traitement (moderne ou traditionnel) ainsi que l'achat de médicament au marché sans avis professionnel. Cette variable nous indique si oui ou non, la personne a uniquement eu recours à des

²⁴ Un itinéraire est une séquence de recours, composé de l'ensemble des activités thérapeutiques de l'individu, incluant l'attente

traitements sans avis professionnel lors de sa maladie, donc ceux qui ne consultent pas. Cette variable est de nature dichotomique (codée 0 et 1).

4. *Ceux qui font de la consultation exclusivement (C)*: Ils consultent une seule ressource professionnelle (CS, Pt, H ou privé) et ne font rien d'autre après. La variable est de nature dichotomique (codée 0 et 1).

Parmi les utilisateurs de plusieurs ressources à la fois nous avons:

5. *Ceux qui commencent par l'auto prise en charge (A .)*: Les recours sont dans un premier temps regroupés en auto prise en charge (A) et en consultation (C)²⁵. Puis en tenant compte de l'ordre de ces recours nous avons classé les individus dans 2 catégories mutuellement exclusives selon qu'ils effectuent une auto prise en charge suivie d'une autre auto prise en charge (A A) ou bien qu'ils effectuent une consultation après l'auto prise en charge (A C).

Dans un troisième temps nous analysons plus particulièrement la place du CS dans la séquence thérapeutique. La variable dépendante utilisée est alors, la suivante (premier article):

6. *Le moment d'utilisation du CS (moment_CS)*: Cette variable synthétique nous indique que le CS a été utilisé comme première ressource (CS . .), après un premier essai d'auto prise en charge (A CS .) ou encore suite à une consultation

²⁵ Ces variables sont créées à partir de la séquence des recours (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et éventuellement 4^{ème} recours) entrepris.

préalable (C CS .). Il s'agit donc d'une variable nominale polytomique avec 3 catégories mutuellement exclusives.

La dernière variable dépendante utilisée concerne les dépenses. Les dépenses et ses déterminants sont analysés dans le deuxième article:

7. Nous avons la somme totale des dépenses directes effectuée en espèces ou en nature (par exemple par des noix de cola ou un animal, ...) pour payer les soins. Les coûts temporels (pour le déplacement ou le temps de travail perdu) ou en transport ne sont pas comptabilisés. En revanche, les dépenses en nature sont incluses (en incluant leur valeur équivalente en monnaie locale). Pour les fins de l'analyse nous avons effectué une transformation logarithmique de la variable des dépenses (*ln_dép*). Cette transformation nous permet alors d'utiliser des méthodes d'analyses qui exigent une distribution normale de la variable dépendante.

4.6 CADRE D'ANALYSE

Au départ nous désirions évaluer l'impact des politiques macro-économique sur le comportement d'utilisation des services de soins des personnes malades, cependant, un devis de type transversal ne nous permet pas de faire une telle évaluation. Nous avons donc décidé d'étudier les comportements thérapeutiques et leurs déterminants avec un regard particulier sur le centre de santé qui est au cœur des politiques de soins de santé primaires.

Premier article: *La place du centre de santé parmi les alternatives thérapeutiques en Guinée forestière*

Les deux premières hypothèses de cet article se rapportent à la description des recours utilisés lors de l'épisode de soins. Nous avons donc dressé des tableaux de fréquences pour les différentes variables. Nous avons également utilisé la démonstration matricielle pour présenter les probabilités de transitions de recours.

La troisième hypothèse porte sur les déterminants des itinéraires thérapeutiques des individus malades. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons eu recours aux analyses de régressions logistiques qui se traduisent par l'équation suivante:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 \text{ Ville} + \beta_2 \hat{\text{Âge}} + \beta_3 \text{ Sexe} + \beta_4 \text{ Scolarité du chef} + \beta_5 \text{ Radio} + \beta_6 \text{ Intensité de la maladie} + \beta_7 \text{ M_ventre} + \beta_8 \text{ M_tête} + \beta_9 \text{ M_dos} + \beta_{10} \text{ Fièvre} + \beta_{11} \text{ Toux} + \beta_{12} \text{ Diarrhée} + \beta_{13} \text{ Vomis} + \beta_{14} \text{ durée} + \epsilon_i$$

Trois modèles ont été testés. La seule différence entre les modèles concerne la variable dépendante. Nous avons testé une première fois ce modèle pour les personnes qui ont consulté vs celles qui n'ont consulté aucun professionnel. Pour le deuxième modèle, nous avons comparé, chez ceux qui commençaient par une auto prise en charge (A), les AC vs les AA. Finalement, pour le troisième modèle, nous avons comparé chez ceux qui commençaient par une consultation (C), les CC vs les CA.

La quatrième hypothèse de l'article porte sur les déterminants de l'utilisation du CS. Nous avons encore une fois eu recours à l'analyse de régression logistique, la variable dépendante étant l'utilisation ou non du

CS (0,1) et les variables indépendantes étant celles présentées dans l'équation ci-dessous:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 \text{ Ville} + \beta_2 \text{ \u00c2ge} + \beta_3 \text{ Sexe} + \beta_4 \text{ Radio} + \beta_6 \text{ Intensit\u00e9 de la maladie} + \beta_7 \text{ dur\u00e9e} + \varepsilon_i$$

Pour l'analyse des raisons d'utilisation ou de non utilisation du CS, nous nous sommes bas\u00e9es uniquement sur des tableaux de fr\u00e9quences.

Deuxi\u00eame article: *Genre et revenu: base de l'in\u00e9galit\u00e9s dans l'acc\u00e8s aux soins de sant\u00e9 en Guin\u00e9e foresti\u00e8re.*

La premi\u00e8re hypoth\u00e8se, concerne les d\u00e9terminants des d\u00e9penses de soins. Nous avons donc effectu\u00e9 des analyses de r\u00e9gression lin\u00e9aire sur le logarithme naturel des d\u00e9penses. L'\u00e9quation suivante r\u00e9sume le mod\u00e8le utilis\u00e9:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 \text{ \u00c2ge} + \beta_3 \text{ Sexe} + \beta_4 \text{ Radio} + \beta_6 \text{ Intensit\u00e9 de la maladie} + \varepsilon_i$$

Pour les hypoth\u00e8ses portant sur les d\u00e9terminants de l'attente (0,1) et de l'utilisation de chacune des ressources (Auto traitement, march\u00e9, Pt, CS, hop et priv\u00e9), nous avons eu de nouveau recours aux analyses de r\u00e9gression logistiques.

Les variables ind\u00e9pendantes ont \u00e9t\u00e9 incluses dans le mod\u00e8le d'analyse en suivant la logique du cadre conceptuel utilis\u00e9 pour l'\u00e9tude, donc par bloc et selon leur ordre d'apparition dans le mod\u00e8le conceptuel. Le premier bloc est constitu\u00e9 des besoins de sant\u00e9 (intensit\u00e9 de la maladie), le deuxi\u00eame de la variable de contexte et offre de services (zone rurale/urbaine) et le troisi\u00eame des caract\u00e9ristiques individuelles et familiales des personnes malades (\u00e2ge, sexe, indicateur de pauvret\u00e9). \u00c0 l'int\u00e9rieur

de chaque bloc les variables sont incluses selon la méthode stepwise avec un $p_{in}=0,05$ et retirées du modèle avec un $p_{out}=0,10$.

CHAPITRE 5
RÉSULTATS

5.1 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée selon les modalités prévues. Au terme de la période d'enquête, nous avons réussi à visiter 1626 concessions (échantillon des concessions), ce qui représente un total de 18020 personnes. Les concessions étaient composées de 1,4 ménages en moyenne et 7,7 personnes habitaient le même ménage (nombre moyen de personnes par ménage). La ville de Beyla est dotée d'une densité de population plus forte que les autres sites et Gbackédou, est le village avec les ménages les moins peuplés (tableau II).

Sur l'ensemble des ménages enquêtés, 1955 malades ont été recensés. Cependant seuls 775 de ces malades rencontraient les critères d'inclusions de l'étude. Près de 40% des malades recensés souffraient de mal chronique et ont donc été exclus de l'étude; les autres étaient absents au moment de l'enquête ou ne comptaient pas parmi les membres habituels du ménage. Il s'agit par exemple de personnes qui étaient hébergées temporairement dans le ménage parce que situé à proximité des services sanitaires. Nous avons rencontré moins de 2% de refus dans les ménages visités.

Le taux de réponse élevé tenait à la grande capacité des enquêteurs à mettre les populations en confiance et aborder les personnes malades. Les personnes chargées de la collecte des données étaient des enquêteurs professionnels du secteur agricole de la préfecture de Beyla. Donc, d'une part ils connaissaient très bien la région de l'enquête ainsi que la culture et les coutumes locales et d'autre part, ils avaient une vaste expérience en matière d'enquête et de collecte d'information auprès des populations locales.

Tableau II. Description du nombre de concessions et ménages visités

	Ville/Village de l'enquête				Total
	Beyla	Sinko	Boola	Gbackédou	
Nombre de concessions dans l'échantillon	487	685	272	182	1626
Nombre de ménages	682	1000	369	237	2288
Nombre moyen de ménages par concession	1.4	1.5	1.4	1.3	1.4
Nombre d'individus	6138	7400	2989	1493	18020
Nombre moyen d'individus par ménage	9.0	7.4	8.1	6.3	7.7
Nombre de malades	710	702	329	214	1955
Nombre moyen de malades par ménage	1.0	0.8	0.9	0.9	0.9
Nombre d'entrevues réalisées	310	289	97	79	775

Pour l'analyse des itinéraires thérapeutiques, il nous est apparu important de tenir compte du moment de l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Les personnes qui sont malades depuis seulement trois jours par exemple, ont peu de chance d'avoir eu assez de temps pour utiliser plusieurs ressources thérapeutiques au cours de leur épisode de soins. De plus, la probabilité que ces personnes soient guéries de leur maladie est plutôt faible, ce qui veut dire que leur épisode de soins n'est que très partiel.

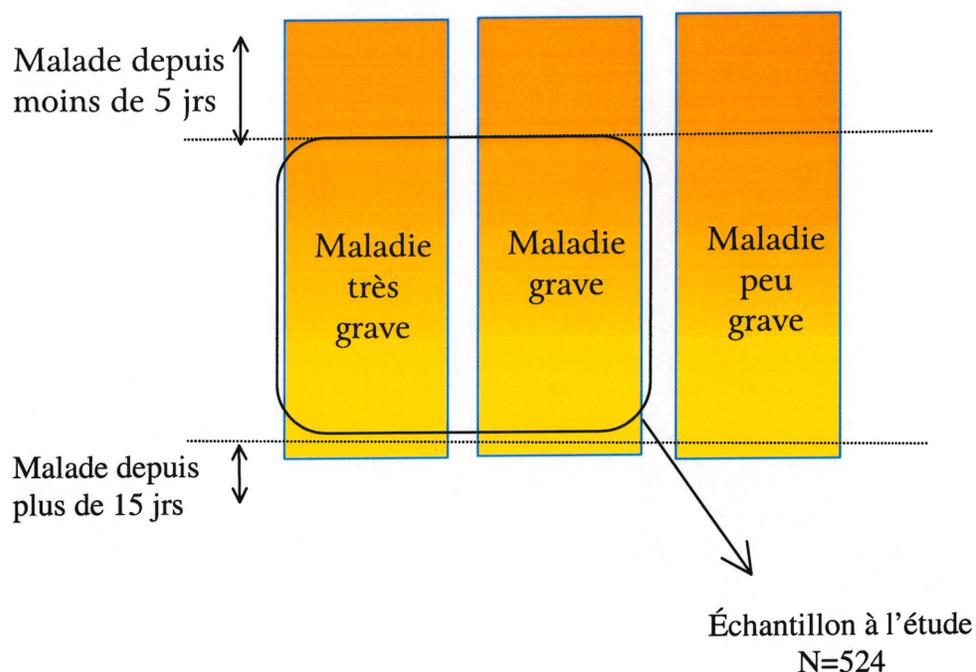
Ces constats nous ont amenée à exclure des analyses, toutes personnes chez qui la maladie avait débuté en deçà de 5 jours avant la journée de l'enquête. Celles-ci représentent 24,7% (189 personnes) de l'échantillon initial (765²⁶ personnes). Cette première opération de réduction a été accompagnée d'une seconde, visant à éliminer les individus qui étaient malades depuis plus de 15 jours. Vingt et une personnes (2,7%) ont été interviewées par erreur car leur maladie avait débuté au-delà de 2 semaines avant la journée de l'enquête, l'élimination de ces personnes nous amène à un échantillon de 555 personnes.

Pour la recherche actuelle nous avons décidé d'étudier uniquement les personnes qui se percevaient gravement malade. Ce choix est justifié d'une part, par notre intérêt pour les personnes en grand besoin de soins et d'autre part, du fait que les personnes qui pensent être peu malades, vont moins souvent agir activement pour se soigner, attendant que le mal guérisse de lui-même.

²⁶ Au total 775 entrevues ont été réalisées cependant 10 d'entre elles n'ont pas été retenues en raison de leur qualité douteuse. En fait, l'enquêteur qui les avait réalisées n'était pas de calibre et il a été congédié et toutes les entrevues qu'il avait effectuées ont été exclues des analyses.

Parmi les gens malades depuis plus de 5 jours et moins de 15 jours de la journée d'enquête (N=555), il y avait 29 personnes qui se déclaraient peu malades. En excluant ces derniers de l'échantillon, ainsi que deux autres individus pour qui la durée de la maladie n'était pas précisée, nous arrivons à un échantillon final pour les analyses des itinéraires thérapeutiques qui comprend 524 personnes malades.

Figure 10. L'échantillon de l'étude



Tous les résultats présentés porteront sur ces 524 individus malades et leur ménage respectif.

Portrait général de l'échantillon à l'étude

Au cours de la présente section, nous allons présenter notre échantillon.

Le tableau III brosse le portrait général de l'échantillon. Un peu plus de la moitié (55,3%) de l'échantillon est constitué de femmes. La majorité des personnes malades incluses dans l'étude ont plus de 15 ans (64,3%). En Afrique la vie d'adulte et la responsabilité sociale commencent assez tôt. Une personne de 15 ans fait déjà partie du monde des adultes. Nous avons donc, considéré toute personne de plus de 15 ans dans la catégorie des adultes.

Notre échantillon n'est pas répartie de manière univoque dans les 4 sites. Beyla et Sinko représentent à elles seules 75% de l'effectif. Le site le moins représenté est Gbackédou avec seulement 52 personnes malades.

Dans le tableau IV, nous trouvons les principales caractéristiques des ménages de l'échantillon. La religion dominante de notre zone d'enquête est l'islam et 94% des personnes enquêtées sont musulmanes. Le chef du ménage est analphabète dans 59% des cas. L'analphabétisme est beaucoup plus fort chez les femmes, parmi les premières épouses des chefs de ménages enquêtés, 91% ne savaient ni lire ni écrire.

La préfecture de Beyla est une zone pauvre située à la frontière de la Côte d'Ivoire. Une proportion importante des chefs de ménage sont agriculteurs (57%), 19% sont commerçants, 14% œuvrent en tant que fonctionnaires et 8% se considèrent artisans. Il est à noter que la majorité des fonctionnaires sont chrétiens et vivent à Beyla, le chef lieu de la préfecture.

Tableau III. Description de l'échantillon (N=524)

Caractéristiques des personnes malades		N (%)
Sexe	Homme	234 (44,7)
	Femme	290 (55,3)
Âge	< 15 ans	187 (35,7)
	≥ 15 ans	337 (64,3)
Site	Beyla	197 (37,6)
	Sinko	202 (38,5)
	Gbackédou	52 (9,9)
	Boola	73 (13,9)

Tableau IV. Caractéristiques socio-démographiques
des ménages (N=524)

Caractéristiques		N (%)
Religion	Islam	491 (93,7)
	Christianisme	30 (5,7)
	Autre	3 (0,6)
Instruction du chef de ménage	Aucune	306 (58,5)
	Lit et Écrit	134 (25,6)
	Primaire et plus	83 (15,9)
Instruction de la première épouse	Aucune	428 (91,1)
	Lit et Écrit	18 (3,8)
	Primaire et plus	24 (5,1)
Profession du chef de ménage	Agriculteur	296 (56,5)
	Commerçant	100 (19,1)
	Artisan	41 (7,8)
	Fonctionnaire	72 (13,7)
	Autre	15 (2,9)
Nb. de personnes rapportant de l'argent dans le ménage	Une seule	402 (76,7)
	Deux personnes	98 (18,7)
	Trois personnes et plus	24 (4,5)
Indicateur de pauvreté	Possèdent une radio	308 (58,9)
	Ne possèdent pas de radio	215 (41,1)

Construction de l'indice de pauvreté :

L'indicateur de pauvreté que nous avons privilégié est la présence de radio fonctionnelle dans le ménage. Nous avons fait ce choix au terme d'analyses multivariées en composantes principales non-linéaires sur plusieurs variables collectées sur la situation socio-économique du ménage. Les variables utilisées sont présentées au tableau V.

Nous avons effectué l'analyse en composantes principales non linéaire à l'aide du logiciel SPSS 8,0 © (1997). Le but de cet exercice était de trouver une représentation des 14 variables sur un espace à peu de dimensions²⁷.

Nous avons extrait les deux principales dimensions représentant nos données (cf. figure 11). L'une de ces dimensions peut être interprétée comme étant un axe d'urbanité/ruralité (première dimension) et l'autre comme un axe de pauvreté (dimension 2). À deux, elles représentent 36% de la variance de l'ensemble de nos variables (eigenvalue = 0,36).

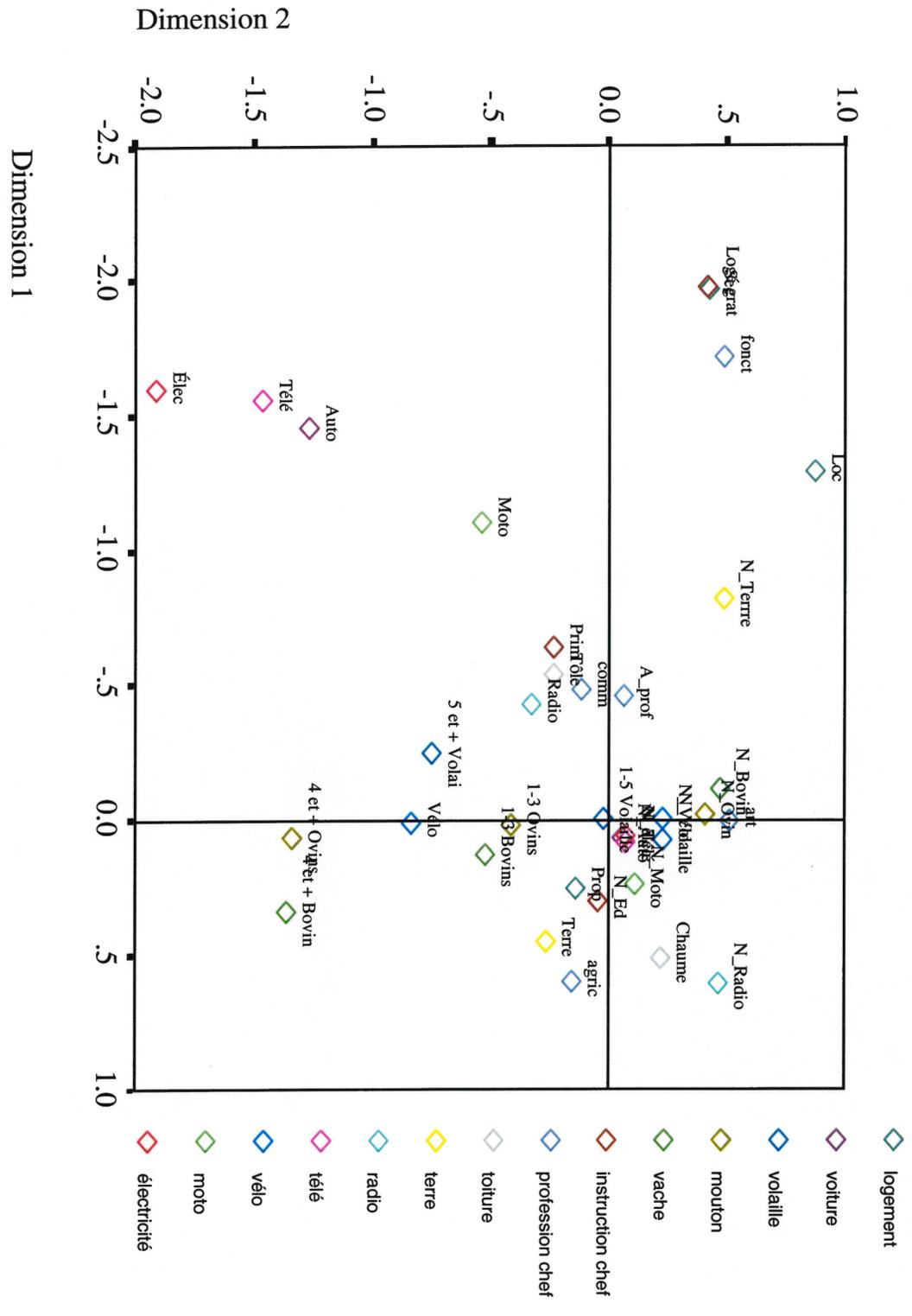
Au pôle de la ruralité (côté positif de l'axe horizontal) nous retrouvons l'agriculteur propriétaire d'une parcelle de terre cultivable, qui n'a pas de radio, qui n'est pas scolarisé et dont le toit de la maison est fait en chaume, ce qui caractérise plus souvent les populations rurales. En revanche, de l'autre côté de l'axe nous retrouvons, le fonctionnaire scolarisé qui possède plus souvent un véhicule qu'une parcelle de terre, qui loue son logement ou est logé gratuitement et vit dans une maison dont le toit est en tôle, caractéristiques essentiellement urbaines. Les commerçants se trouvent également du côté urbain de l'axe.

²⁷ Pour le détails des analyses multivariées cf. annexe-2.

Tableau V. Variables utilisées pour la construction de l'indice de pauvreté

Variable	Catégories	Nature de la variable
radio	Non / Oui	Nominale simple
Téléviseur	Non / Oui	Nominale simple
Voiture	Non / Oui	Nominale simple
Moto	Non / Oui	Nominale simple
Vélo	Non / Oui	Nominale simple
Électricité	Non / Oui	Nominale simple
Terre	Non / Oui	Nominale simple
Toiture	Chaume / Tôle	Nominale simple
Logement	Propriétaire Locataire Logé gratuitement	Nominale multiple
Volaille	Aucune volaille 1-5 volailles Plus de 5 volailles	Ordinale
Ovin	Aucun ovin 1-3 ovins Plus de 3 ovins	Ordinale
Bovin	Aucun bovin 1-3 bovins Plus de 3 bovins	Ordinale
Profession du chef du ménage	Agriculteur Artisan Commerçant Fonctionnaire Autre profession	Nominale multiple
Scolarité du chef du ménage	Aucune Primaire Secondaire	Nominale multiple

Figure 11. Présentation graphique des analyses en composantes principales non linéaires pour l'indice de pauvreté



Le continuum de pauvreté va par ailleurs, du plus riche au plus pauvre. Les ménages qui se trouvent à l'extrême négatif de l'axe, possèdent un cheptel vif ou des biens comme une radio, un vélo, une moto, une voiture, dont le toit de la maison est fait en tôle ou possèdent de l'électricité tandis que ceux qui se trouvent du côté positif du continuum, sont ceux qui n'ont ni radio, ni vélo, ni terre, ni bétail et dont le toit de la maison est fait en chaume.

Cette analyse nous permet également de constater que les critères de richesse ou de pauvreté ne sont pas les mêmes en zone rurale et en zone urbaine. En zone rurale, le cheptel est un meilleur indicateur de richesse que la scolarité, tandis qu'en zone urbaine le fait de posséder une voiture ou une moto semble être plus révélateur de la situation économique du ménage.

Cependant, le bien qui discrimine le mieux entre les très pauvres et ceux qui disposent d'un peu plus de moyens financiers, est la radio. Nous avons donc décidé de retenir cette variable comme indicateur de la pauvreté.

Le tableau suivant (tableau VI) présente les principaux symptômes ressentis par les personnes malades. Il s'agit essentiellement de mal de ventre (34,4%), de fièvre (25,2%), de mal de tête (18,1%), mal de dos ou douleur corporelle (14,3%), de toux (13,2%), de diarrhée (8,2%) et de vomissement (7,4%).

Pour plus de la moitié des personnes malades, les symptômes durent depuis plus d'une semaine et dans 58,8% des cas il s'agit de maladie d'intensité forte ou très forte.

Tableau VI. Description des variables de besoin de santé

Nom de la variable		Fréquence (%)
M_TÊTE	Non	429 (81,9)
	Oui	95 (18,1)
M_DOS	Non	449 (85,7)
	Oui	75 (14,3)
M_VENTRE	Non	344 (65,6)
	Oui	180 (34,4)
FIEVRE	Non	392 (74,8)
	Oui	132 (25,2)
TOUX	Non	455 (86,8)
	Oui	69 (13,2)
VOMISS	Non	485 (92,6)
	Oui	39 (7,4)
DIARRHEE	Non	481 (91,8)
	Oui	43 (8,2)
DURÉE	1 sem. ou moins	219 (41,8)
	Plus d'une sem.	305 (58,2)
INTENS	Moyenne	216 (41,2)
	Forte	100 (19,1)
	Très forte	208 (39,7)

Construction de l'indice de l'intensité de la maladie :

L'intensité de la maladie n'est pas une variable mesurée, mais un indice composite. Pour construire cet indice (ou score) nous avons utilisé les variables suivantes :

Tableau VII. Variables utilisées pour le score d'intensité de la maladie

Variable	Catégories	Nature de la variable
Gravité	Grave +/- Grave	Nominale simple
Risque	Vie en danger Vie pas en danger	Nominale simple
Activité quotidienne	A continué N'a pas pu continuer	Nominale simple

Il est à noter que l'ensemble de l'information colligée, relève de la perception qu'ont les individus de leur maladie et non du nombre ni du type de symptômes présentés par le malade.

Nous avons alors effectué une analyse d'homogénéité (analyse en composantes principales non linéaires pour données dichotomiques²⁸) à

²⁸ Pour plus de détails voir Annexe-3

l'aide du logiciel SPSS 8,0© (1997). La première et principale dimension mise en évidence par les analyses représente l'axe de l'intensité de la maladie (eigenvalue = 0,68). Cet axe part des maladies les plus graves, vers les maladies les moins graves où les gens ont pu continuer leurs activités quotidiennes et se sont également sentis moins en danger.

Tableau VIII. Distribution des variables constituant l'indice de gravité.

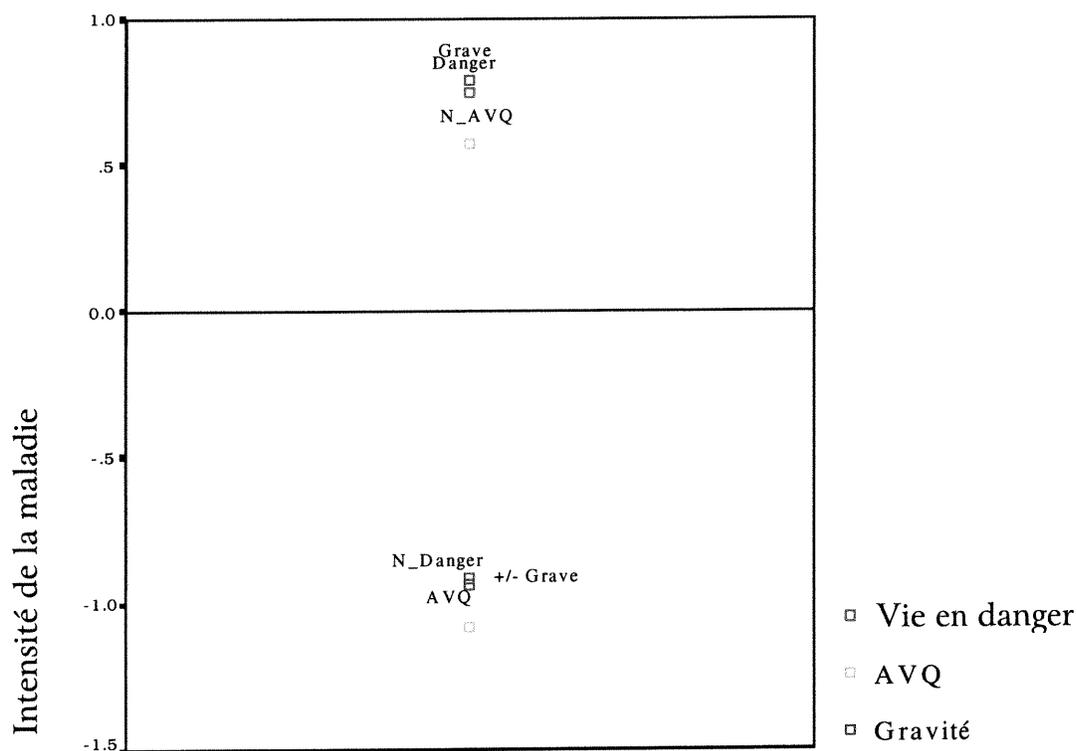
		N'a pas pu continuer AVQ	A pu continuer AVQ	
Grave	Vie en danger	208	23	231
	Vie pas en danger	42	10	52
		250	33	283

		N'a pas pu continuer AVQ	A pu continuer AVQ	
+/- Grave	Vie en danger	35	21	56
	Vie pas en danger	58	124	182
		93	145	238

Le diagramme ci-dessous, aide à visualiser les deux pôles de cet axe de l'intensité de la maladie. Il représente les catégories des variables de base sur l'axe de l'intensité de la maladie. Les trois variables semblent apporter de l'information pertinente à la quantification de l'intensité.

Conformément à notre attente, la gravité élevée, le sentiment de danger et l'arrêt des activités quotidiennes se placent ensemble, puis la gravité moyenne, l'absence de danger perçu ainsi que le fait de pouvoir continuer les activités quotidiennes se regroupent du côté opposé de l'axe de l'intensité de la maladie.

Figure 12. Représentation graphique de l'axe d'intensité de la maladie



La mesure du degré de discrimination des variables sur l'axe de l'intensité est de 0,743 , 0,681 et 0,609 pour la gravité, le danger et l'arrêt des activités respectivement.

Notre variable a cependant un problème de distribution. Elle comporte neuf catégories mais certaines catégories sont sous représentées. Nous avons donc regroupé certaines catégories afin de retrouver un effectif suffisant dans chaque catégorie. Ainsi, la nouvelle variable comporte 3 catégories et permet de distinguer les maladies d'intensité moyenne, forte et très forte.

Tableau IX. Tableau de fréquence de l'indice d'intensité.

	Score	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Intensité moyenne ←	- 1,44	124	23,7	23,7
	- 1,36	3	0,6	24,2
	- 0,63	58	11,1	35,3
	- 0,62	21	4,0	39,3
Intensité forte ←	- 0,59	10	1,9	41,2
	- 0,19	35	6,7	47,9
	- 0,22	42	8,0	55,9
	- 0,23	23	4,4	60,3
Intensité très forte ←	- 1,04	208	39,7	100,0
	Total	524	100,0	

Tableau X. Distribution du nouvel indice d'intensité de la maladie

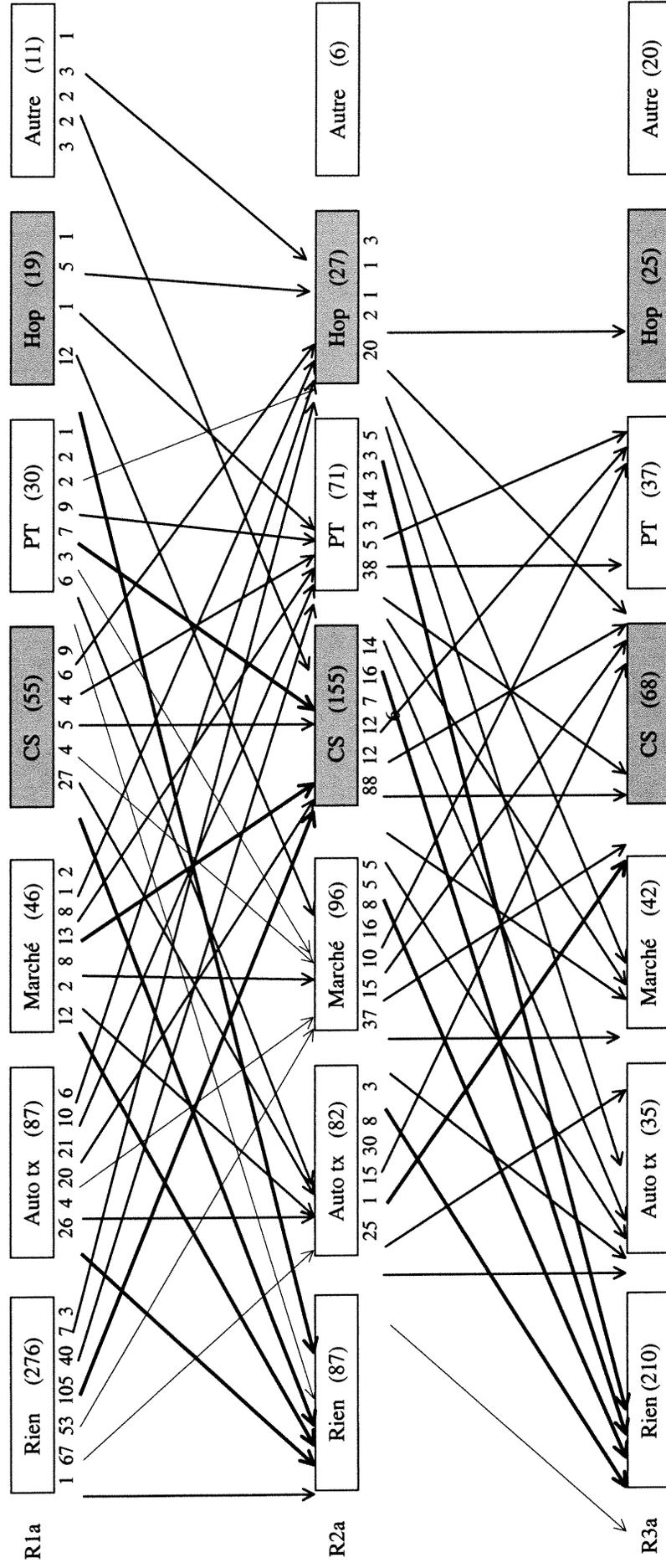
Intensité de la maladie	Fréquence (%)
Moyenne	216 (41,2)
Forte	100 (19,1)
Très forte	208 (39,7)
Total	524 (100,0)

Itinéraires thérapeutiques :

Ici, nous n'allons pas décrire les ressources thérapeutiques utilisées par chacune des personnes malades, parce que les données sont présentées dans le premier article de la thèse. Cependant, nous considérons intéressant de présenter sous forme graphique les itinéraires thérapeutiques de l'ensemble des personnes malades (figure 13).

Les trois premiers recours y sont présentés. Sans compter l'attente comme stratégie préalable à la recherche active de soins, nous constatons que 178 personnes utilisent une seule ressource thérapeutique au cours de leur épisode de soins, 252 personnes en utilisent deux et 94 personnes se rendent jusqu'à trois ressources.

Figure 13. Itinéraires thérapeutiques des personnes malades (N=524)

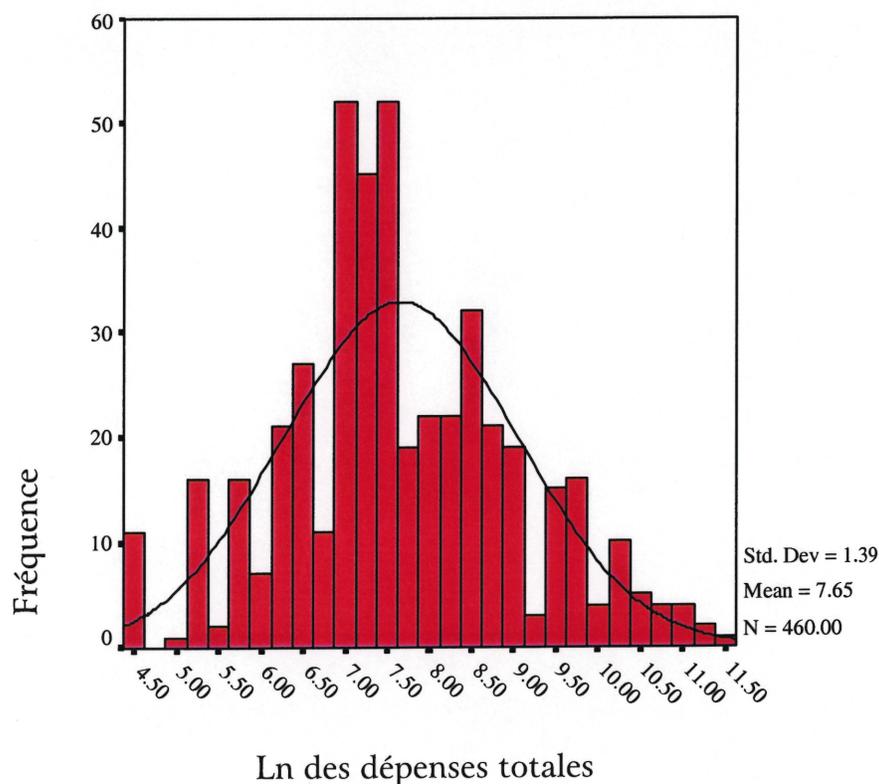


Les dépenses :

Les dépenses effectuées lors de l'épisode de soins sont analysées dans le deuxième article. Ici, nous allons uniquement donner quelques éléments descriptifs de ces dépenses.

Soixante quatre personnes terminent leur épisode de soins sans aucune dépense monétaire (nature ou espèce). Pour celles qui se soignent moyennant certains frais, la moyenne des dépenses est de 5802 FG²⁹, avec un minimum de 100 et un maximum de 95000 FG (médiane = 1800 FG).

Figure 14. Description des dépenses encourues



²⁹ Taux de change: 1\$ Can = 1000 FG.

Dans le cadre conceptuel présenté au chapitre 3, nous avons deux éléments qui relèvent de la perception des individus du système de soins. Il s'agit de la perception qu'ont les individus des coûts des services curatifs ainsi que de leur perception de la qualité des services offerts au CS de leur localité.

Perception des coûts :

Concernant la perception des coûts, nous avons de l'information sur la perception des répondants sur la catégorie de ressource la moins chère ainsi que la catégorie de ressource la plus dispendieuse parmi les ressources disponibles localement. Nous avons également l'information sur l'ordre relatif des coûts perçus des ressources, les comparant ainsi les unes aux autres. L'ensemble de cette information est présenté au tableau XI.

Ainsi, 36% des chefs de ménages interrogés pensent que le marché est la ressource la moins chère, 39% pensent que c'est le CS qui offre les soins les moins dispendieux et 25% sont d'avis qu'il s'agit des praticiens traditionnels. Cette perception ne semble cependant pas représenter celle des personnes malades. Les données de la section droite du tableau XI indiquent que pour 51% des personnes malades, c'est le marché qui est perçu comme la source la moins chère, suivi du CS (27%) puis finalement des PT (22%).

Nous avons jugé approprié d'exclure l'hôpital (H) des combinaisons représentées parce qu'il existe un consensus pour dire qu'il s'agit de la ressource la plus dispendieuse. Se faire soigner à l'hôpital coûte (coût médian) 16 fois plus cher qu'acheter du médicament sur le marché ou encore 6 fois plus cher que consulter au CS. Le coût du traitement chez

les praticiens privés a également été exclu car le taux de fréquentation de ces derniers est négligeable.

Tableau XI. Description des variables de perception des coûts

Variable	Opinion du chef		Opinion de la pers. malade	
	N	(%)	N	(%)
Coût relatif des ressources thérapeutiques	M < CS < PT	74 (20,9)	74 (29,8)	
	M < PT < CS	54 (15,3)	53 (21,4)	
	CS < M < PT	89 (25,1)	47 (19,0)	
	CS < PT < M	49 (13,8)	20 (8,1)	
	PT < CS < M	56 (15,8)	28 (11,3)	
	PT < M < CS	32 (9,0)	26 (10,5)	
	Total	354 (100,0)	248 (100,0)	
Ressource la moins chère	Marché	127 (35,9)	127 (51,2)	
	CS	138 (39,0)	67 (27,0)	
	PT	89 (25,1)	54 (21,8)	
Ressource la plus chère	Marché	106 (29,9)	48 (19,4)	
	CS	86 (24,3)	79 (31,9)	
	PT	162 (45,8)	121 (48,8)	

Pour mesurer le degré de concordance entre l'opinion du chef et celle de la personne malade, nous avons effectué des tests de Kappa. Il existe une divergence d'opinion significative entre le chef et la personne malade concernant la ressource qui offre des possibilités de soins les

moins chers ($\kappa = 0,48$), mais aussi de soins les plus dispendieux ($\kappa = 0,52$).

Perception de la qualité des services :

La perception de la qualité des services de soins est l'autre élément d'opinion qui figure dans le modèle conceptuel. Nous voulions en tenir compte comme déterminant de l'utilisation du CS. Cependant nous avons été confrontées à des problèmes de nature méthodologique. En fait, la mesure que nous avons effectuée reflétait la perception de la qualité chez la moitié des répondants (ceux qui n'avaient pas utilisé le CS durant ce dernier épisode de soins) tandis qu'elle reflétait la satisfaction face aux soins reçus chez l'autre moitié (ceux qui venaient d'utiliser le CS pour leur maladie actuelle). Nous n'avons donc pas retenu cette variable dans le modèle.

**PREMIER ARTICLE - LA PLACE DU CENTRE DE SANTÉ PARMIS
LES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES EN GUINÉE
FORESTIÈRE**

La place du centre de santé
parmi les alternatives thérapeutiques
en Guinée forestière

Nimâ Machouf^{1,2}, Slim Haddad³, Maria-Victoria Zunzunegu^{2,3}, Pierre Fournier^{1,2,3}

¹ Unité de Santé internationale, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

² Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada

³ GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé), Université de Montréal

Correspondance à:

Nimâ Machouf
Unité de Santé Internationale (USI)
Faculté de médecine
C.P. 6128 . succursale Centre-Ville
Montréal, (Québec) H3C 3J7
Tel: (514) 343-6111 #1-1282

Courriel: machoufn@magellan.umontreal.ca

Résumé

La Guinée, plus encore que de nombreux pays africains, a réalisé des progrès considérables en matière d'implantation des politiques de soins de santé primaires. Cette stratégie repose en grande partie sur la mise en place d'un réseau de centres de santé chargés de fournir tous les services de première ligne. Afin d'étudier les comportements thérapeutiques des personnes malades, nous avons réalisé une étude en milieu rural et semi-rural en zone forestière auprès de 1626 ménages et 524 malades. Bien que les itinéraires thérapeutiques soient très complexes et associent la plupart du temps plus d'une alternative thérapeutique, le centre de santé occupe une place primordiale. Plus d'un malade sur 2 y a recouru au cours de son épisode de soins. Néanmoins l'efficacité potentielle des centres de santé est réduite du fait de l'utilisation concomitante d'autres alternatives thérapeutiques, de la persistance d'iniquités d'accès en ce qui concerne les plus démunis et les femmes et également d'un niveau de confiance qui pourrait être amélioré.

Mots clés : utilisation des services curatifs, itinéraire thérapeutique, centre de santé, pays en développement, Guinée

Introduction

Les systèmes de santé en Afrique ont connu des transformations importantes au cours de ces dernières décennies. Après que les États indépendants aient étendu l'accessibilité et la gratuité, cette dernière a été remise en cause avec l'Initiative de Bamako. Ces transformations se sont effectuées dans des contextes médicaux pluralistes qui comprennent des pratiques traditionnelles ancrées dans les héritages culturels et également des pratiques « illicites ». Le discours sur cette pluralité est ambigu, d'une part, on prône la valorisation des pratiques médicales traditionnelles, voire leur intégration avec les services de santé développés selon les principes de la médecine allopathique et d'autre part, l'extension des services publics de santé ne fait pratiquement jamais référence aux autres pratiques, quelle que soit leur nature.

Les études populationnelles des comportements thérapeutiques permettent de resituer la place qu'occupent les services de santé modernes dans les contextes pluralistes dans lequel ils se développent et elles constituent une forme incontournable de l'évaluation des politiques de santé.

Depuis le lancement des politiques de Soins de Santé Primaire (SSP), l'accent a été mis sur le développement des Centres de Santé (CS) comme unités de base du système de santé offrant des services préventifs et curatifs et développant des actions de promotion de la santé. La Guinée a fait des efforts remarquables pour mettre en œuvre une politique de SSP d'autant plus que son système de santé à la fin des années 70 était dans un état de délabrement profond (McPake et coll., 1993). Actuellement, bien que les problèmes d'accessibilité soient loin d'être résolus, le niveau d'utilisation de même que son caractère

approprié constituent les questions qui préoccupent le plus les décideurs. Cette étude se propose d'évaluer le rôle des CS en examinant la place qu'il occupe dans les recours thérapeutiques de première ligne, en tenant compte de l'ensemble de l'offre de services.

Les comportements thérapeutiques ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche au cours des 20 dernières années. Le sujet a d'abord intéressé les anthropologues et les sociologues de la santé puis les économistes et les spécialistes en santé publique. Certains ont étudié le processus de prise de décision quant au type de soins à utiliser lors d'un épisode de maladie (Janzen, 1978; Ryan, 1998), tandis que d'autres se sont plutôt penchés sur l'étude des déterminants de l'utilisation (Andersen, 1995; Niraula, 1994).

La démarche de recherche de soins relève de multiples facteurs d'ordres différents. Elle est déterminée par les valeurs et les croyances (Rubel et Garro, 1992; Massé, 1995), les caractéristiques du malade et de la maladie (Berman et coll., 1994; Mwabu, 1986) et celles de l'offre (Bichmann et coll., 1991; Kroeger, 1985; Fournier et Haddad, 1995; Noorali et coll., 1999). L'autre déterminant important fait référence aux ressources dont dispose la personne malade pour se soigner, ce dernier point étant particulièrement important dans les contextes où la grande majorité de la population est pauvre, voire très pauvre (De Ferranti, 1985; Akin, et Hutchinson, 1999; Carrin et coll., 1998; Fabricant, 1992; Waddington et Enymayew, 1989; Kachirayan et coll., 1987; Granich et coll., 1999).

Là où coexistent de multiples croyances concernant la santé et la maladie, la diversité des systèmes de soins est une conséquence naturelle et sans doute utile car un seul système de soins ne pourrait pas répondre

à tous les besoins (Massé, 1995; Twumasi, 1995; Van der Stuyft et coll., 1996). Comme l'avancent Nichter (1978) ou Steen et Mazonde (1999), l'avènement de la médecine moderne en Afrique n'a pas écarté les pratiques traditionnelles car ces dernières s'adressent plutôt aux symptômes de la maladie tandis que la médecine traditionnelle s'attaque à la cause du mal.

Dans ces contextes, l'utilisation concurrentielle ou concomitante de soins est la règle et cela constitue une de leurs particularités (Young, 1980; Kroeger, 1985; Mwabu, 1986; Philips, 1990; Haddad, 1992; Massé, 1995; Ryan, 1995).

On peut également recourir à des soins dispensés par des personnes non qualifiées qui abusent de la crédibilité des populations et dont les pratiques sont parfois dangereuses. Les pratiques d'auto traitement autant basées sur les pharmacopées traditionnelle que moderne et l'achat de médicaments dont la vente est mal contrôlée constituent d'autres formes de recours qui sont largement utilisées en Guinée (Soucat et coll., 1997).

Dans cette étude, dans un premier temps les comportements thérapeutiques des personnes qui se déclarent sérieusement malades seront décrits. Ensuite pour caractériser le phénomène de passage d'une alternative thérapeutique à une autre, nous utiliserons le concept de transition développé par Ryan (1998), les probabilités de transition d'une ressource thérapeutique à une autre seront estimées et les déterminants des plus importantes d'entre elles analysés. Finalement, nous étudierons, la place qu'occupe le CS dans la trajectoire de soins³⁰

³⁰ L'itinéraire thérapeutique ou la trajectoire de soins est une séquence de recours, composé de l'ensemble des activités thérapeutiques de l'individu, incluant l'attente. Ainsi, une personne qui achète des médicaments sur le marché en premier, qui va au CS en deuxième

des personnes malades ainsi que les déterminants et les raisons de l'utilisation du CS.

Méthode

Les données proviennent d'une enquête de type transversale effectuée auprès des ménages. Toute l'information colligée est rétrospective et la période de rappel se limitait aux deux semaines précédant l'enquête. Les répondants qui déclaraient avoir été malades récemment étaient interrogés sur la nature de leur problème de santé et leurs comportements thérapeutiques. Tout comportement, incluant l'attente³¹ avant d'entreprendre un recours, l'auto-traitement³², l'acquisition directe de médicaments sur le marché et la consultation auprès de praticiens (moderne, traditionnel ou clandestins) était enregistré.

Échantillonnage

L'enquête a été réalisée dans la partie sud-est de la Guinée, dans la zone dite forestière, dans 4 sous-préfectures différentes, dont deux centres urbains (Beyla avec 15510 habitants et Sinko avec une population de 18747 habitants) possédant chacun un hôpital et un centre de santé et deux villages (Boola avec 5690 habitants et Gbackedou avec une population de 6400 habitants) ayant un CS comme unique source de soins de santé modernes. Les CS sont des structures sanitaires publiques mises en place dans le cadre des politiques inspirées par

lieu et qui se procure d'autres médicaments à nouveau sur le marché contribue pour une séquence qui diffère de celui qui va deux fois consécutives au marché pour se recevoir des injections ou pour acheter des médicaments et qui se présente au CS en troisième instance parce qu'il n'a toujours pas recouvré sa santé.

³¹ Tout délai de 48 heures et plus entre le moment d'apparition des premiers symptômes et la première activité à but thérapeutique, correspond à une « attente ».

l'Initiative de Bamako et les soins de santé y sont dispensés en contre partie d'un paiement forfaitaire. Ce montant couvre les soins requis pour un épisode de maladie : une ou des visites auprès d'infirmiers, les médicaments et quelques tests diagnostics disponibles. L'hôpital est une structure publique de référence où pratiquent des médecins et où l'on retrouve le même système de paiement forfaitaire. Les montants réclamés sont cependant supérieurs à ceux du CS et si la personne malade ne respecte pas le système de référence et s'y présente sans avoir été au CS au préalable, elle doit payer une somme plus élevée. Les médicaments sont vendus librement sur le marché par des marchands non professionnels dans les 4 localités, cependant on retrouve également une pharmacie formelle dans une des villes. De nombreux praticiens traditionnels (PT) pratiquent dans la zone d'étude.

Les ménages ont été sélectionnés par échantillonnage systématique effectué à partir d'une base de sondage mise à jour pour les fins de l'enquête dans les 4 localités. Le ménage est constitué de l'ensemble des personnes qui vivent en commun et partagent la même nourriture. Les membres d'un ménage donné dépendent les uns des autres du point de vue financier (revenu commun) et la dynamique familiale veut que les décisions importantes se prennent souvent à l'intérieur de cette unité sociale.

Recueil de données et analyse

Il s'est effectué durant les mois de mai et juin 1996, peu avant la saison des pluies. Les ménages dans lesquels au moins une personne déclarait

³² Il s'agit de tout remède (moderne ou traditionnel) utilisé lors d'un épisode de soins, qui

avoir ressenti un problème de santé aigu durant les 15 jours précédents l'enquête étaient inclus dans notre enquête. Si plus d'une personne était malade dans le ménage, une était choisie aléatoirement afin de n'interroger qu'une seule personne par ménage. Un questionnaire était alors administré au chef du ménage et à la personne malade ou dans le cas d'enfant malade, à la personne qui en avait la charge. Les malades atteints de maladies chroniques³³ ont été exclus, de même que ceux qui ne demeuraient pas habituellement dans le ménage mais y étaient présents uniquement en raison de leur maladie ainsi que les malades non présents dans le ménage au moment de l'enquête (les malades hospitalisés par exemple).

Dans cet article seules les personnes qui jugeaient leur mal grave ou moyennement grave ont été retenues. Ces personnes étaient les plus susceptibles de recourir à l'ensemble des alternatives thérapeutiques disponibles et ce sont également celles pour lesquelles les bénéfices des services offerts par les CS devraient être les plus grands.

Pour estimer les probabilités de transitions, nous avons utilisé les calculs de proportions, les déterminants sont, pour leur part, analysés à l'aide de régressions logistiques dichotomiques et multinomiales. L'ensemble des analyses sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS 9 © (1998).

Résultats

Sur les 1626 ménages échantillonnés, 765 ont déclaré avoir eu au moins une personne malade durant la période d'observation, soit un malade pour 2,1 ménages. À partir de cet échantillon de 765 malades, 524 ont

n'est prescrit par aucun thérapeute (professionnel ou non) et qui n'engendre aucun coût.

³³ Les personnes se déclarant malades depuis plus de trois semaines.

été retenus pour les fins de cet article³⁴. Les personnes malades se plaignaient essentiellement de mal de ventre (34%), de fièvre (25%), de mal de tête (18%), de douleur musculaire/courbature (14%), de toux (13%), de diarrhée (8%) et de vomissement (7%). Dans 66% des cas, la maladie les a empêchées de caquer à leurs activités quotidiennes et dans 55% des cas, elle aurait mis leur vie en danger. Parmi ceux-ci, une seule personne est arrivée au terme de son épisode de maladie sans avoir utilisé une quelconque ressource thérapeutique.

Le tableau 1 décrit les fréquences d'utilisation des ressources thérapeutiques lors d'un premier, deuxième ou troisième recours.

Insérer tableau 1

La moitié des personnes malades (52,7%) attendent au moins 48 heures avant d'initier toute démarche de soins. Classée dans un ordre décroissant, la fréquence d'utilisation globale des différentes ressources thérapeutiques s'établit comme suit : le CS dans 54,2% des cas, l'auto-traitement 38,5%, le marché 32,4%, les praticiens traditionnels 27,1% et l'hôpital 13,7%. Seul 9% des personnes malades se sont dirigées vers le secteur privé moderne. Contrairement à bien des endroits en Afrique, où le secteur privé représente un secteur d'offre de soins assez dynamique, en Guinée forestière il s'agit de quelques professionnels qui font des consultations le soir à leur domicile, mais surtout de non professionnels qui se sont auto-promus docteurs et pratiquent des actes médicaux et chirurgicaux et en échange demandent des honoraires (les « bénévoles » ou « dotoro débrouyé » en langue locale). Les honoraires

³⁴ Toute personne chez qui la maladie avait débuté au-delà de 15 jours ou en deçà de 5 jours avant la journée de l'enquête a été exclue (210 personnes). Sur les 555 restants 524 (94%) se déclaraient sérieusement affectés (maladie sévère ou moyennement sévère).

demandés sont parfois très élevés et leur exercice est illégal. Ils pratiquent surtout des injections et des opérations chirurgicales abdominales.

Il existe un lien entre le stade de l'épisode et l'alternative à laquelle on recourt. En début d'épisode, il est plus fréquent de recourir à l'auto-traitement, il compte pour 29,4% des premières ressources thérapeutiques, pour 13,3% de la deuxième et pour 9,7% de la troisième ressource. La fréquence d'utilisation du CS est plus stable, il compte pour le tiers des ressources utilisées quelque soit le stade de l'épisode, à l'exception du premier recours. En revanche, l'hôpital qui est de loin la ressource la plus dispendieuse, représente 5,0% de la première ressource et 10,7 et 14,0% des deuxième et troisième ressources respectivement.

Globalement, sans compter l'attente comme stratégie initiale, 34% des malades effectuent un seul recours, 48% en font deux et 18% en font trois. 109 personnes (20,8%) comptent uniquement sur des soins prodigués à la maison³⁵ pour se soigner et 131 personnes (25,0%) vont chercher à se soigner uniquement auprès de thérapeutes (soit moderne soit traditionnel). Les 284 autres (54,2%) optent pour une combinaison d'auto prise en charge et de recours aux professionnels ou vont recourir à plus d'un type de professionnel à la fois. Chez ceux pour qui la quête de soins se résume à une seule consultation, 64,1% la font au centre de santé de leur localité. Seulement dans 19,8% des cas les patients se contentent-ils de l'avis du tradipraticien ou, dans 13,7% des cas vont se diriger vers l'hôpital directement et sans autres soins subséquents. En dépit de sa popularité, le CS est surtout utilisé comme deuxième recours.

Pour ces 524 personnes se déclarant malades, on enregistre 110 itinéraires thérapeutiques différents. L'itinéraire le plus fréquemment rencontré est l'utilisation du CS, sans autre recours complémentaire, précédé ou pas d'une période d'attente. Bien qu'il soit le plus fréquent, cet itinéraire ne correspond qu'à 15% de l'ensemble des séquences de recours observées.

Pour l'étude des transitions, l'unité d'analyse n'est plus l'individu mais la transition d'une ressource à une autre (tableau 2). Ainsi, un individu qui a effectué 3 recours, contribue pour 2 transitions: une fois pour la transition du premier recours au second puis une autre pour la transition du deuxième au troisième recours. Les 524 malades échantillonnés ont ainsi réalisé 1239 transitions.

Insérer tableau 2

Cette présentation matricielle permet entre autres de déterminer le niveau de fidélité à une alternative thérapeutique (la diagonale de la matrice). On constate ainsi, que dans 12,6% des transitions il s'agit d'un retour au marché, dans 4,6% des transitions il s'agit d'un retour au CS et dans 7,0% d'un retour à l'hôpital.

Cette présentation permet également d'identifier les transitions les plus fréquemment observées. À titre d'exemple, 44% des utilisateurs de l'hôpital passent par le centre de santé avant de s'y présenter ou encore, parmi l'ensemble des malades qui consultent au CS, la majorité (61,6%) ne s'y rend pas directement. Elle indique également que les transitions se font autant des soins modernes vers les soins traditionnels que dans le

³⁵ Auto traitement moderne ou traditionnel ou bien encore l'achat de médicaments au marché sans avis professionnel, ce qui sera appelé "auto prise en charge" dans le reste de l'article.

sens inverse. Si 26% des consultations chez les PT sont précédées de consultations au CS ou à l'hôpital, dans 24% des cas les consultations aux services de soins modernes se font après une consultation chez le PT.

L'analyse des déterminants de ces transitions ne révèle aucune différence quant aux caractéristiques de la personne malade sauf pour la scolarité du chef du ménage et la présence de fièvre comme plainte principale. Quand le chef du ménage est scolarisé ou que le patient souffre de fièvre, il est plus fréquent de commencer son parcours thérapeutique en recourant à la médecine moderne.

Le CS est utilisé par la moitié des malades mais seulement 43,8% des transitions vers le CS se font directement, ce qui veut dire que dans la moitié des cas les malades vont au CS après une première tentative de soins ailleurs.

En fait dans 31% des cas le CS est utilisé après une certaine forme d'auto prise en charge (achat de médicaments au marché ou auto traitement) et dans 14% des cas, la consultation au CS est précédée d'une autre consultation.

Itinéraires thérapeutiques et caractéristiques des personnes malades

L'analyse des itinéraires thérapeutiques a été restreinte à certaines catégories, compte tenu de leur nombre très important et des objectifs de l'étude. Nous comparerons les caractéristiques des personnes qui consultent un thérapeute quelconque (C) avec celles qui ne font aucune consultation au cours de leur épisode de soins (A) (modèle 1). Par la suite, parmi les personnes qui débutent leur quête de soins par de l'auto prise en charge (A.), nous examinerons si ceux qui poursuivent par une

consultation (AC) ont des caractéristiques qui les distinguent de ceux qui poursuivent par de l'auto prise en charge et donc ne consultent aucun thérapeute (AA) (modèle 2). Enfin, nous comparerons les personnes qui après une consultation continuent à se soigner par elles-mêmes (CA) à celles qui consultent à nouveau (CC) (modèle 3). Les catégories sont mutuellement exclusives et dans le cas où une personne aurait effectué un aller retour vers plusieurs ressources, nous l'avons classée selon les premières transitions qu'elle aurait effectuées.

Les résultats des analyses multivariées sont présentés dans le tableau 3.

Insérer tableau 3

Les malades plus âgés sont plus portés à se soigner sans aide extérieure (modèle 1), leur moyenne d'âge est de 34 ans comparée à une moyenne de 26 ans pour les autres. Ils proviennent plus souvent de ménages plus démunis³⁶ (RC = 0,64) et de ménages où le chef n'est pas scolarisé (RC = 0,42), le mal de tête figure plus souvent parmi les plaintes principales (RC = 1,88), par opposition au mal de ventre qui semble plus souvent nécessiter l'intervention d'un professionnel (RC = 0,53). L'auto prise en charge a une relation inverse avec la durée de la maladie (RC = 0,90). Les sommes dépensées par ces malades sont de loin inférieures aux sommes dépensées pour les soins chez les autres (médiane = 200FG).

Chez ceux pour qui l'itinéraire thérapeutique débute par de l'auto prise en charge (modèle 2), la probabilité de se diriger éventuellement vers une consultation est d'autant plus élevée que le chef du ménage est scolarisé (RC = 4,86) et que la maladie perdure (RC = 1,13). Le mal de

³⁶ Nous disposions de nombreuses variables relatives aux biens possédés, aux caractéristiques de l'habitat et aux revenus. Au terme d'analyses multivariées, il est apparu que la radio était le bien qui discriminait le mieux les plus démunis de ceux qui le sont moins.

ventre comme principale plainte est aussi un indicateur de transition vers la consultation (RC = 3,00).

Une maladie qui persiste (RC = 1,15) et un chef de ménage scolarisé (RC = 3,16), augmentent également la probabilité de consulter à plusieurs reprises des professionnels (modèle 3). En revanche, les femmes vont moins souvent faire plusieurs consultations (RC = 0,43), si leur mal ne guérit pas, après une première consultation, elles vont plutôt se diriger vers de l'auto prise en charge que vers une seconde consultation. Il va de soi que faire plusieurs consultations entraîne plus de dépenses également (médiane = 5500 FG³⁷).

Le tableau suivant (tableau 4), présente les déterminants de l'utilisation du CS. Il semble que le CS soit une source de soins utilisée surtout pour soigner les enfants (RC = 1,78), les moins démunis (RC = 1,45)³⁸ et ceux en provenance des zones rurales (RC = 1,51) donc là où il n'y a pas d'hôpital.

Insérer tableau 4

Raisons invoquées

Le tableau 5 présente les raisons invoquées par les malades pour leur premier choix de recours.

Insérer tableau 5

Les personnes qui attendent avant d'avoir recours à un traitement estiment la plupart du temps que leur maladie n'est pas grave ou dans

³⁷ Au moment de l'étude, 1 \$us = 1000 Francs Guinéens (FG).

de moins grande proportions, ils disent retarder leur recours aux soins par manque d'argent. Le CS et l'hôpital sont considérés comme des lieux où se dispensent des traitements efficaces et dans le cas de ce dernier, on y réserve généralement le recours en cas de maladie grave. Les thérapeutes traditionnels et ceux qui oeuvrent à l'hôpital et au CS sont considérés dignes de confiance. Le manque d'argent est une raison fréquemment invoquée pour recourir à l'auto traitement, au marché ou aux praticiens traditionnels.

Pour les personnes qui consultent au CS au cours de leur épisode de soins, 56% disent y avoir été pour le bon traitement qui est offert au CS, 22% y vont par confiance et 19% par habitude (tableau 6a).

Insérer tableau 6a

Pour ceux qui n'utilisent pas le CS, les principales raisons évoquées sont le manque de moyens financiers pour payer les services au CS (33%) et parce que le CS n'était pas indiqué dans leur cas (27%) (tableau 6b).

Insérer tableau 6b

Discussion

Les itinéraires thérapeutiques

Les résultats de notre étude illustrent une fois de plus de la complexité des itinéraires thérapeutiques dans les systèmes médicaux pluralistes. Le fait que les populations soient pauvres et ne possèdent pas de protection vis-à-vis du risque de maladie contribue également à la recherche

³⁸ Dans le tableau 4 les moins démunies constituent la catégorie de référence donc le RC présenté est de 0,69 (1/1,45)

d'alternatives qui visent à minimiser les coûts de l'épisode de soins. L'utilisation concomitante de différents services de santé constitue une des caractéristiques des pays en développement (Kroeger, 1985) et la Guinée n'échappe pas à cette règle. Les malades de notre échantillon effectuent en moyenne 2,3 recours (incluant l'attente comme première stratégie) et utilisent en moyenne 1,9 ressources thérapeutiques pour se soigner. Dès qu'ils jugent que leur santé n'est pas rétablie, ils essaient une deuxième et des fois une troisième alternative, qui dans la majorité des cas, est une ressource différente de la précédente. Cette « intensité » d'utilisation est élevée compte tenu du fait que pour l'échantillon de malades retenus, la durée d'observation de l'épisode est au maximum de 10 jours.

L'attente est utilisée comme stratégie première dans des proportions importantes. Elle peut avoir des conséquences fâcheuses si le problème de santé est important. Bien que dans la grande majorité des cas elle s'explique par le fait que le malade estimait sa maladie peu grave, dans près d'un cas sur 5 elle relève d'un manque de ressources financières ou de « l'habitude ». Ces résultats nous indiquent également à quel point l'évaluation de la gravité de la maladie peut évoluer dans le temps. Tous les malades inclus dans cet échantillon se considéraient gravement malades au moment de l'enquête, ce qui n'était pas forcément le cas au début de leur épisode de maladie. La perception de la gravité de la maladie évolue en fonction de sa durée et des résultats des traitements ou, comme le précise Haram (1991), en fonction de l'évolution des structures cognitives liée à la maladie.

La manière la moins coûteuse de se soigner est l'auto prise en charge. Les personnes qui ne consultent pas sont justement plus âgées, plus

pauvres, et moins en contact avec la modernité. Un des éléments qui ressort des analyses est la scolarité du chef du ménage: dans un ménage où le chef est instruit, les personnes malades ont plutôt recours à des professionnels. Même dans les cas où la quête de soins commence par l'auto traitement, les gens finissent par consulter un professionnel, tandis que quand le chef du ménage n'est pas scolarisé, les personnes malades vont deux fois plus souvent se contenter de remèdes maisons.

Une partie non négligeable des personnes qui ont recours à l'auto prise en charge se procurent des médicaments au marché et la majorité des médicaments achetés sur le marché correspondent à des dépenses modiques et plus accessibles géographiquement. Le marché informel, plus compétitif de ces points de vue, est devenu la principale source de médicaments pour les ménages les plus démunis. La qualité du médicament qui y est vendu laisse à désirer: les conditions de préservation sont inadéquates, les médicaments sont vendus sans ordonnance ni mode d'emploi (même pour l'achat de pénicilline aucune prescription n'est requise!), en plus, la quantité de médicament vendu pour chaque personne/épisode dépend de l'argent dont dispose la personne malade et non pas du besoin du patient ou d'un savoir faire professionnel.

Si dans notre étude, l'auto traitement semble être moins populaire que dans d'autres études effectuées auprès de populations rurales en Afrique, ceci est probablement lié au fait que l'échantillon est constitué uniquement de malades qui jugeaient leur mal sévère. Or, il est connu que l'automédication est très souvent utilisée pour soigner les affections bénignes (Davelay et coll., 1996). Les résultats de l'étude de Sauerborn et Nougara (1989) corroborent les nôtres, quand il s'agit de maladie

grave, les patients recourent plus fréquemment aux services des professionnels.

En revanche, contrairement aux études (Wyss et coll., 1996; Wouter, 1992) où l'utilisation de traitements traditionnels est peu observée, dans notre région d'enquête les tradipraticiens sont très répandus et largement utilisés. Plus du quart de l'échantillon les consultent. Le caractère rural de la zone d'étude et également le fait que des biais méthodologiques entraînent fréquemment un sous-report des recours aux praticiens traditionnels peuvent expliquer ces différences.

Les déterminants des transitions

La transition d'une alternative à une autre est la règle plutôt que l'exception. Dans cette zone d'étude, aucune alternative ne « fidélise » les malades. Il existe un gradient entre les ressources utilisées qui est lié à leur niveau de complexité et de coût. En début d'épisode de soins les malades ont tendance à utiliser les ressources les plus simples et les plus abordables pour ensuite se diriger vers des ressources plus onéreuses. La probabilité de consulter après une auto prise en charge est, à titre d'exemple, trois fois plus élevée que celle de recourir à l'auto-traitement ou d'acheter des médicaments au marché après une consultation. Ce gradient persiste également si l'on étudie les comportements d'utilisation à l'intérieur d'un même système de soins. Les malades ne vont pas au CS après une consultation à l'hôpital, tandis qu'après une visite au CS, il est tout à fait logique de se référer à l'hôpital si la maladie persiste. Ceci correspond d'ailleurs au système de référence que l'on s'efforce d'implanter dans le pays.

En fait, ce système de référence ne fonctionne que partiellement. Dans

plus de la moitié des cas de consultation à l'hôpital, les malades y arrivent sans avoir consulté au CS au préalable. Néanmoins le CS reste la ressource la plus fréquemment utilisée avant de visiter l'hôpital.

Place du CS parmi les alternatives thérapeutiques

Pour l'épisode actuel de soins le CS est utilisé dans un peu plus de la moitié des cas, ce qui en fait la ressource thérapeutique la plus usitée. Ce niveau de fréquentation élevé témoigne d'une bonne implantation du CS. Cependant il faut noter que les populations interrogées au cours de cette enquête, demeurent dans un rayon de moins de 3 km de distance du CS. L'accessibilité du CS étant un des déterminants structurels important de sa fréquentation (Haddad, 1992 ; Lasker, 1981), il ne serait pas étonnant d'observer que l'utilisation du CS diminue proportionnellement à la distance que les gens doivent parcourir pour s'y rendre. Une autre étude effectuée dans la même région de la Guinée forestière, montre qu'effectivement si le taux moyen d'utilisation annuelle pour les populations de ces 4 localités était de 30%, il baissait à 9% lorsqu'il s'agissait de populations vivant à plus de 10 km de distance d'un CS (Fournier et coll., 2000).

Bien que le CS à lui seul représente 15% de l'ensemble des transitions, il est surtout utilisé en complémentarité avec d'autres ressources. Pour l'épisode de soins observé, la moitié des utilisateurs du CS ne s'y rendent pas directement, dans le tiers des cas le CS est utilisé après de l'auto prise en charge et moins souvent suite à une consultation chez le PT.

Le CS est plus souvent utilisé dans le cas de maladie chez les enfants, chez les personnes moins pauvres et dans les zones rurales (en absence d'hôpital).

Contrairement à ce qu'observaient certains chercheurs comme Schwartz (1969) dans les années 60-70, aujourd'hui la médecine moderne est bien ancrée dans le mode de vie de la population des PED. Si à cette époque, la médecine occidentale était utilisée comme traitement d'accompagnement ou supplémentaire à d'autres types de soins, aujourd'hui elle est devenue une alternative thérapeutique de premier ordre.

Limites de l'étude

Cette étude est basée sur un devis de type transversal, l'information est donc récoltée rétrospectivement. Ce type de devis a l'avantage de présenter un bon rapport coût-efficacité, mais l'inconvénient de laisser la possibilité d'introduction d'un biais de mémoire. Néanmoins, en limitant la période de rappel à 2 semaines, ce risque de biais est minimisé.

Les cas de maladies recensées ne représentent pas l'ensemble des cas incidents. Ils sont rapportés par le chef du ménage et les informations obtenues dépendent de son degré de coopération. Plusieurs cas de maladies ne sont probablement pas rapportés et ceci probablement de façon sélective. Certains types de maladies figurent plus souvent parmi les cas non rapportés, entre autres quand il s'agit de problèmes «honteux». À titre d'exemple, une simple étude des registres des 4 centres de santé de la zone d'étude indique que plusieurs cas de maladies transmises sexuellement ou de malaises liés à l'appareil génito-urinaire ont été traités au centre de santé durant cette même période, or aucune de ces maladies n'a été déclarée par les malades de notre échantillon.

Conclusion

Le centre de santé occupe une place centrale dans les recours aux soins dans la zone rurale de Guinée forestière où s'est déroulée cette étude. Parmi toutes les alternatives thérapeutiques, c'est la plus usitée : plus de la moitié des malades interrogés y ont recours à moment ou un autre de leur épisode de soins.

On doit néanmoins s'interroger sur l'efficacité du CS et des services de santé modernes du fait de la complexité des itinéraires thérapeutiques, de la persistance de certaines iniquités d'accès et également de l'opinion qu'en ont tant les utilisateurs que les non-utilisateurs.

Bien que le CS soit fréquemment utilisé, il n'est clairement ni le premier ni le seul recours (avant référence) qu'il souhaiterait être. Bon nombre de malades soit attendent, soit s'auto traitent, soit consultent un autre thérapeute au préalable. De la même façon, au terme d'une visite au CS, près de 2 malades sur 3 utilisent une autre alternative thérapeutique (et seulement dans la moitié des cas, il s'agit de l'hôpital). Les thérapeutes des CS n'ont donc qu'une vision très partielle de l'épisode de maladie et cela diminue l'efficacité de leurs interventions thérapeutiques une fois combinées à d'autres traitements. Cette « volatilité » extrême des comportements thérapeutiques attestée par le fait qu'aucune caractéristique des individus, de leur entourage ou de leur problème de santé n'est corrélé à une quelconque forme de transition ne relève pas la responsabilité directe du CS. Ce dernier bénéficie d'un bon niveau de confiance auprès des malades mais comparable à celui des praticiens traditionnels, on note également que ce niveau est variable dans la population et que plus il est important, plus on s'adresse rapidement au CS au cours d'un épisode de soins.

Force est de reconnaître que même si des progrès considérables ont été réalisés pour faire du CS la porte d'entrée au système de santé pour tous, les plus pauvres y ont plus difficilement accès.

La popularité de l'auto traitement et la disponibilité sur le marché libre d'une grande variété de médicaments sont également de nature à limiter le potentiel d'efficacité du CS.

Le système de référence entre le CS et l'hôpital fonctionne imparfaitement dans la zone d'étude, bien que cela s'accompagne d'une pénalité financière, moins d'un malade sur 2 qui se rend à l'hôpital s'est préalablement rendu au CS.

Le CS peut faire progresser sa place dans l'offre de soins et par-là son efficacité à réduire les problèmes de santé de la population en améliorant son image; le fait que le niveau de confiance soit beaucoup plus bas que l'efficacité qui lui est attribuée peut relever du comportement des professionnels de la santé. En Guinée, les cas de surtarification ont été rapportés (McPake et coll., 1993), de même que les attitudes qui contribuent à donner une mauvaise perception de la qualité des soins (Haddad et coll., 1998). D'autres interventions comme la réduction de la disponibilité de certains médicaments sur le marché libre et l'information auprès de la population en ce qui concerne les dangers de l'utilisation concomitante de plusieurs traitements devront être conduites.

Remerciement

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien actif des équipes de la Direction Préfectorale de la Santé de la préfecture de Beyla, de Médecins Sans Frontières-Belgique ainsi que de l'UNICEF-Guinée qui ont assuré toute l'infrastructure logistique nécessaire au travail de terrain. Sans les fonds de l'Association Canadienne de Santé Publique, nous n'aurions pu réaliser cette recherche. Nous remercions également les populations de Beyla, Sinko, Gbackédou et Boola qui ont bien voulu nous accueillir et répondre à toutes nos questions avec beaucoup de patience, nous espérons que les résultats de cette étude contribueront à l'amélioration de leurs conditions.

Note: Une version préliminaire de ce travail a été présentée au congrès de l'Association canadienne des Études africaines à L'Université de Sherbrooke, Québec, Canada, en 1999.

Références

- Akin J., Guilkey D., Denton E.H., 1995, Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation, *Social Science and Medicine*, 40(11): 1527-1537.
- Andersen R.M., 1995, Revisiting the behavioral model access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 1-10.
- Augoyard P., 1997, *Les services de soins curatifs de première ligne: une analyse de l'utilisation et des facteurs qui l'influencent, à partir d'une étude de cas de 4 centres de santé en République de Guinée*, Mémoire de Maîtrise non publiée, Montréal, Canada.
- Berman P., Kendall C., Bhattacharya K., 1994, The household production of health : Integrating social science perspectives on micro-level health determinants, *Social Science and Medicine*, 38(2): 205-215.
- Bichmann W., Diesfield H., Agboton Y., Gbaguida E., Simshauser U., 1991, District health system: user's preference for services in Benin, *Health Policy and Planning*, 6(4):361-370.
- Carrin G., Elinu G., Joel A., 1998, Coping with ill-health in a riskshaw puller's in Chittagong Bangladesh, Technical Paper, Macroeconomics Health and Development Series #30, WHO /ICO.
- Coreil J., 1983, Allocation of family resources for health care in rural Haiti, *Social Science and Medicine*, 17(11): 709-719.
- Davelay A., Sauerborn R., Diesfeld H.J., 1996, Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso, *Social Science and Medicine*, 43(11): 1611-1619
- De Ferranti D., 1985, *Paying for health services in developing countries, An overview*, World Bank Staff Working Papers, No. 721, World Bank, Washington.
- Diakité B.D., Diarra T., Traore S., 1993, Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni, dans: Brunet-Jailly J., *Se soigner au Mali*, Ed Karthala, Paris, pp.340

- Fosu G.B., 1994, Childhood morbidity and health services utilization: Cross national comparisons of user-related factors from DHS data, *Social Science and Medicine*, 38(9): 1209-1220.
- Fournier P., Haddad S., 1995, Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, *Sociologie des Populations*, pp.289-325.
- Fournier P., Augoyard P., Haddad S., 2000, Initiative de Bamako et déterminants des performances financières des centres publics de santé (exemple en Guinée), Publication à la 7^{ème} conférence *Internationale sur la science des systèmes de santé*, Édité par Javor A., Van Eimeren W., et Duru G., 68-74.
- Gertler P., Locay L., Sanderson W., Dor A., Vander Gaag J., 1988, Health care financing and the demand for medical care: Are user fees regressive?, *Living Standards Measurement Study (LSMS), Working paper # 37*, World Bank Pub., Washington
- Granich R., Cantwell M.F., Long K., Maldonado Y., Parsonnet J., 1999, Patherm of health seeking behavior during episodes of childhood diarrhea: a study of Tzotzil-speaking Mayans in the highlands of Chiapas, Mexico, *Social Science and Medicine*, 48: 489-495.
- Haddad S., 1992, Utilisation des services de santé en pays en développement: une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre, Thèse de doctorat en économie de la santé, U. Claude Bernard - Lyon, France.
- Haddad S., Fournier P., Yattara F., Augoyard P., 1998, How communities evaluate primary health care services: a study on representations of quality in Guinea Conakry. *Social Science and Medicine*, 47(3): 381-394.
- Haram L., 1991, Tswana medicine in interaction with biomedicine, *Social Science and Medicine*, 33(2) : 167-175.
- Heller P., 1982, A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia, *Social Science and Medicine*, 16: 267-284.
- Janzen J.M., 1978, *The quest of therapy in lowest Zaire*, Berkley, University of California Press.

- Kachirayan M., Radhakrishna S., Ramanathan A.M.; 1987, Utilization of curative services in Madras City related to morbidity condition and socio-economic stratum, *Indian J. Med. Research*, 85: 443-452.
- Kroeger A., 1985, Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement, *Wld. Hlth. Stat. Quart.*, 38: 15-37.
- Kroeger A., 1983, Anthropological and socio-medical health care research in developing countries, *Social Science and Medicine*, 17(3): 147-161.
- Lasker J.N., 1981, Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast, *Social Science and Medicine*, 15A: 157-168.
- McPake B., Hanson K., Mills A., 1993, Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako Initiative. *Social Science and Medicine*, 36(11): 1383-95.
- Massé R., 1995, *Culture et santé publique*, Gaétan Morin Éditeur, Montréal, pp.498.
- Mathiews H.F., Hill C.E., 1990, Applying cognitive decision theory to the study of regional patterns of illness treatment choice, *American Anthropologist*, 92(1): 155-170.
- Mwabu G., 1986, Health care decision at the household level: results of a rural health survey in Kenya, *Social Science and Medicine*, 22(3): 315-319.
- Nichter M., 1978, Patterns of resort in the use of therapy systems and their significance for health planning in South Asia, *Medical Anthropology*, 2(2): 29-56.
- Niraula B.B., 1994, Use of health services in Hill villages in Central Nepal, *Health Transition Review*, (4): 151-166.
- Nourali R., Luby S., Rahbar M.H., 1999, Does use of a government service depend on distance from the health facility? *Health Policy and Planning*, 14(2): 191-197.

- OMS, 1993, *Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Deuxième évaluation, Vol 2, Région africaine*, Genève.
- Philips D.R., 1990, Using health services, in: *Health and health care in the Third World*, Longman Scientific and Technical, Essex, England, pp. 178-222.
- Rubel A.J., Garro L.C., 1992, Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis, *Public Health Reports*, 107(6): 626-636.
- Russell S., 1996, Ability to pay for health care : concepts and evidence, *Health Policy and Planning*, 11(3) : 219-237.
- Ryan G.W., 1998, What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? : Modeling home case management of acute illnesses in a rural cameroonian village, *Social Science and Medicine*, 46(2): 209-225.
- Ryan G.W., 1995, *Medical decision making among the Kom of Cameroon : modeling how characteristics of illnesses, patient, caretakers and compounds affect treatment choice in a rural community*, Ph.D. dissertation, University of Florida.
- Sauerborn R., Nougara A., Diesfeld H., 1989, Low utilization of community health workers: results from a household interview survey in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 29: 1163-1174.
- Schwartz LR., 1969, The hierarchy of resort in curative practices: the Admiralty Islands, Melanesia, *Journal of Health & Social Behavior*, 10(3):201-9,
- Sköld M., 1998, *Poverty and health : who lives, who dies, who cares*, Policy Paper, WHO/ICO/MESD.28, Genève. Oths K.S., 1994, Health care decisions of households in economic crisis : an example from the Peruvian highlands, *Human Organization*, 53(3): 245-254.
- SPSS Inc, 1998, *Statistical Package for Social Sciences for Windows, 9.0.0*.

- Steen T.W., Mazonde G.N., 1999, Ngaka ya setswana, ngaka ya sekgoa or both? Health seeking behaviour in Batswana with pulmonary tuberculosis, *Social Science and Medicine*, 48: 163-172.
- Twumasi P.A., 1995, Le rôle des tradipraticiens dans les soins de santé primaires en Zambie, (chap.9), dans : Kasonde J.M., Martin J.D., *Les réalisations de la Zambie en matière de soins de santé primaires*, OMS, Genève, pp.135.
- Van Der Stuyft P., Sorensen S.C., Delgado E., Bocaletti E., 1996, Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala, *Tropical Medicine and International Health*, 1(2): 161-170.
- Van der Stuyft P., Sorensen S.C., Delgado E., Bocaletti E., 1996, Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala, *Tropical Medicine and International Health*, 1(2): 161-170.
- Waddington C.J., Enyimayew K.A., 1989, A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akin district, Ghana, *Int. J. Health Plann. & Manag.*, 4: 17-47.
- Wouter A.V., 1992, Health care utilization patterns in developing countries: role of the technology environment in "deriving" the demand for health care, *Bulletin of the WHO*, 70(3): 381-389.
- Wyss K., Whiting D., Kilima P., McLarty D.G., Mtasiwa D., Tanner M., Lorenz N., 1996, Utilization of government and private health services in Dar es Salaam, *East African Medical Journal*, 73(6): 357-363.
- Young J.C., 1980, Non-use of physicians : Methodological approaches, policy implications, and the utility of decision models, *Social Science and Medicine*, 15B : 499-507.

Tableau 1. Ressources utilisées lors de l'épisode de soins (N=524)

Les ressources	Total		Premier recours N (%)	Deuxième recours N (%)	Troisième recours N (%)	Quatrième recours N (%)
	N*	(%)				
Attente	276	(52,7)	276	(52,7)		
Auto traitement	202	(38,5)	87	(16,6)	35	(9,8)
Marché	170	(32,4)	46	(8,8)	42	(9,8)
Centre de santé	284	(54,2)	55	(10,5)	68	(33,3)
Praticien traditionnel	142	(27,1)	30	(5,7)	37	(21,6)
Hôpital	72	(13,7)	19	(3,6)	25	(9,8)
Privé	47	(9,0)	11	(2,1)	20	(15,7)
Total			524 (100,0)	437 (100,0)	227 (100,0)	51 (100,0)
Pas d'autre recours				87 (16,6)	297 (56,7)	473 (90,3)

* Il s'agit du nombre de personnes qui ont utilisé la ressource, une ressource peut être utilisée plus d'une fois au cours de l'épisode de soins.

Tableau 3. Déterminants de la trajectoire thérapeutique
Résultats des régressions logistiques. Ratio de cote (IC 95%)

Déterminants	Trajectoires thérapeutiques		
	<i>modèle 1</i>	<i>modèle 2</i>	<i>modèle 3</i>
	A (n=109) vs C (n=413)	Parmi ceux qui commencent par A: AC (n=145) vs AA (49)	Parmi ceux qui commencent par C: CC (n=90) vs CA (n=60)
Ville	---	---	---
Âge	1,02 (1,01-1,03)	---	---
Femme vs Homme	---	---	0,43 (0,21-0,86)
Chef scolarisé (oui vs non)	0,42 (0,19-0,93)	4,86 (1,38- 17,17)	3,16 (1,04-9,64)
Radio (oui vs non)	0,64 (0,40-1,01)	---	---
Maladie très intense (oui vs non)	---	---	---
Mal au ventre (oui vs non)	0,53 (0,31-0,90)	3,00 (1,38-6,53)	---
Mal de tête (oui vs non)	1,88 (1,11-3,20)	---	---
Fièvre (oui vs non)	---	---	---
Toux (oui vs non)	---	---	---
Diarrhée (oui vs non)	---	---	---
Vomissements (oui vs non)	---	---	---
Courbatures (oui vs non)	---	---	---
Durée de la maladie	0,90 (0,83- 0,97)	1,13 (1,01-1,26)	1,15 (1,03-1,28)

Légende: A= auto prise en charge, C= consultation

Tableau 4. Déterminants de l'utilisation du CS.
 Résultats des analyses de régression logistique (n=524)

Déterminants	Ratio de cote (IC 95%)
Zone rurale <i>vs</i> urbaine	1,51 (1,00-2,30)
Enfant <i>vs</i> adulte	1,78 (1,22-2,62)
Ménage pauvre <i>vs</i> moins pauvre	0,69 (0,24-0,99)
Femme <i>vs</i> homme	---
Maladie très grave <i>vs</i> moy. grave	---
Durée de la maladie (en jour)	---

Tableau 5. Raisons exprimées par les malades pour leur premier choix de recours (n=524)

Raison évoquée	Premier recours:		Autotraitement		Marché		PT		CS		Hôpital	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Confiance	--	9 (6,8)	4 (3,6)	18 (32,1)	42 (35,6)	7 (35,0)						
Habitude	4 (4,0)	68 (51,1)	23 (27,0)	10 (17,9)	27 (22,9)	1 (5,0)						
Efficacité du traitement	--	8 (6,0)	1 (1,2)	12 (21,4)	74 (62,7)	10 (50,0)						
Maladie grave	--	--	1 (1,2)	1 (1,8)	5 (4,2)	8 (40,0)						
Maladie pas grave	76 (75,2)	22 (16,5)	13 (15,7)	4 (7,1)	--	--						
Manque d'argent	14 (13,9)	29 (21,8)	27 (32,5)	13 (23,2)	--	--						
En attente d'autre traitement	11 (10,9)	9 (6,8)	9 (10,8)	3 (5,4)	5 (4,2)	--						
Moins coûteux	--	--	6 (7,2)	--	15 (12,7)	--						
Facilité de paiement	--	--	2 (2,4)	--	--	--						
Conseillé par autre personne	--	6 (4,5)	4 (4,8)	6 (10,7)	5 (4,2)	--						
Proximité	--	1 (0,8)	1 (1,2)	2 (3,6)	2 (1,7)	1 (5,0)						
Accessibilité	--	--	5 (6,0)	3 (5,4)	--	--						

Tableau 6a. Raisons évoquées pour avoir consulté au Centre de santé (n=285)

Raison d'utilisation du CS	Nombre de personne ayant évoqué cette raison quand le CS était utilisé la première fois lors du			Total N (%) (n=285)
	1 ^{er} recours (n=55)	2 ^{ème} recours (n=150)	3 ^{ème} recours (n=80)	
Bon traitement	25 (45,5%)	95 (63,3%)	39 (48,8%)	159 (55,8)
Par confiance	22 (40,0%)	33 (22,0%)	8 (10,0%)	63 (22,1)
Par habitude	18 (32,7%)	25 (16,7%)	10 (12,5%)	53 (18,6)
Moins cher que l'hôpital	11 (20,0%)	20 (13,3%)	7 (8,8%)	38 (13,3)
Conseillé par autre personne	3 (5,5%)	12 (8,0%)	8 (10,0%)	23 (8,1)
Echec d'un autre traitement	—	7 (4,7%)	12 (15,0%)	19 (6,7)
Maladie grave	2 (3,6%)	6 (4,0%)	4 (5,0%)	12 (4,2)

Tableau 6b. Raisons évoquées pour la non utilisation du Centre de santé (n=239)

Raison évoquée	Fréquence	Pourcentage
Critère d'accessibilité:		
Manque d'argent	79	33.1%
Distance	20	8.4%
CS était fermé	10	4.2%
Longue attente	3	1.3%
CS pas indiqué pour ce genre de maladie	64	26.8%
Efficacité d'autre traitement	35	14.6%
Habitude	22	9.2%
Critère de qualité:		
Mauvais traitement au CS	13	5.4%
Manque de confiance	3	1.3%
Maladie pas grave	11	4.6%
Cs indiqué uniquement pour les enfants	7	2.9%

**DEUXIÈME ARTICLE – GENRE ET REVENU: BASES DE
L'INÉGALITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS EN GUINÉE
FORESTIÈRE**

Genre et revenu:
bases de l'inégalité dans l'accès aux soins
en Guinée forestière

Nimâ Machouf^{1,2}, Slim Haddad^{1,3}, Maria-Victoria Zunzunegui^{2,3}, Pierre Fournier^{1,2,3}

¹ Unité de Santé internationale, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

² Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada

³ GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé), Université de Montréal

Correspondance à:

Nimâ Machouf
Unité de Santé Internationale (USI)
Faculté de médecine
C.P. 6128 . succursale Centre-Ville
Montréal, (Québec) H3C 3J7
Tel: (514) 343-6111 #1-1282

Courriel: machoufn @magellan.umontreal.ca

Résumé:

L'accessibilité financière est un déterminant majeur de l'utilisation des services de santé en pays en développement. Le problème réside dans la capacité des ménages à mobiliser les moyens nécessaires au traitement d'un des leurs mais aussi dans la capacité des différentes personnes de la famille, notamment des femmes, à accéder aux ressources familiales. Au cours de cet article les iniquités d'accès aux ressources du ménage et aux soins de santé et les stratégies de mobilisation de ressources à des fins de traitement sont étudiées. Nous avons effectué une enquête auprès de 524 ménages d'une zone rurale de la Guinée dans lesquels au moins une personne déclarait avoir ressenti dans les deux semaines précédentes, un problème de santé aigu, jugé sévère ou moyennement sévère. Les résultats montrent que 61% des ménages disent avoir déjà rencontré des difficultés financières pour se soigner (79% chez les plus pauvres). À peine 40% des ménages ont assumé les coûts des soins à même leurs avoirs monétaires. Un sur 10 a dû procéder à un emprunt et 1 sur 3 a dû vendre un bien (généralement des produits alimentaires en stock). Les femmes ont moins tendance à recourir à l'emprunt que les hommes (7% vs 12%). En moyenne, les femmes attendent significativement plus longtemps que les hommes avant de quérir des soins. Elles ont également plus tendance à acheter des médicaments au marché, lesquels sont à la fois moins chers mais aussi de qualité plus douteuse que ceux vendus dans les formations sanitaires. Elles ne se différencient pas des hommes dans l'utilisation des centres de santé et des praticiens traditionnels dont les coûts sont comparables et que l'on peut qualifier de ressources intermédiaires. En revanche, elles ont beaucoup moins tendance à se soigner à l'hôpital dont le coût médian d'utilisation est

près de 6 fois celui du centre de santé et 16 fois celui de l'achat direct de médicament au marché. L'hôpital draine en fait, essentiellement les hommes (RC=2,13), les moins pauvres (RC=2,50) et les personnes jugeant leur état de santé sévère (RC=3,75). Les dépenses de santé des femmes sont inférieures à celles des hommes. Dans l'accès aux soins les iniquités de genre sont susceptibles d'être renforcées par les iniquités de revenu.

Mots clés: iniquité en santé, coût des soins, capacité de mobilisation de ressources, genre, pays en développement, Guinée.

Introduction

Depuis la mise en place des politiques de recouvrement des coûts, de nombreuses personnes se sont posés la question de savoir si ces dispositions, n'auraient pas un effet pervers sur la santé des populations contrairement à ce que certains ont prétendu. En fait des études de la Banque Mondiale, conduites par De Ferranti (1986) ou Akin et coll. (1986) aux Philippines prétendaient que l'augmentation des coûts des services n'entraînerait pas de problèmes surtout parce qu'en échange, les centres de santé (CS) allaient offrir des soins de meilleure qualité aux populations. Cependant, l'expérience de Haddad et Fournier (1995) au Zaïre a montré qu'au contraire, la tarification des services causait une baisse dans la fréquentation des CS. D'autres auteurs sont également d'avis que le coût des services de santé et à plus forte raison leur augmentation ont une influence négative sur l'utilisation de ces services et par conséquent, sur la santé des populations (Mwabu et Mwangi, 1986; Gertler et coll., 1988; De Bethune et coll., 1989; Waddington et Enyimayew, 1989; Yoder, 1989; Fosu, 1994; Sauerborn et coll., 1994; Ensor et San, 1996).

La tarification des services de santé soulève donc des questions concernant l'équité en matière de santé et d'utilisation des services de santé par les différentes couches de la société (Fournier et Haddad, 1995; Oths, 1994; Sköld, 1998). Dans un contexte rural de pays en développement (PED), les couches socialement ou économiquement défavorisées de la population sont affectées d'avantage et risquent d'être exclues temporairement ou de manière permanente, du système de soins de santé (Kaddar et Tchicaya, 1997). Pour les ménages pauvres, Russell (1996) mentionne que le paiement des soins par les usagers peut avoir

des conséquences néfastes. Ceci peut se traduire par la décision de ne pas se soigner, par l'augmentation du délai avant d'entreprendre des soins, ou dans le cas d'une maladie très grave, par l'abandon d'un traitement coûteux ou bien l'accomplissement de la cure au prix d'un énorme sacrifice.

Les inégalités d'accès aux ressources thérapeutiques risquent de causer des dommages chez les groupes socio-économiquement défavorisés et également chez les femmes car elles n'ont souvent pas directement accès aux ressources financières du ménage (Niraula, 1994; Taylor et coll., 1996).

Cet article a comme objectif d'étudier la distribution des dépenses encourues par les ménages lors d'un épisode de maladie aiguë ainsi que les interrelations entre le genre, la pauvreté et les dépenses. Nous allons donc dans un premier temps, décrire la capacité de paiement des ménages, par la suite, évaluer si le statut socio-économique et le genre déterminent le délai au traitement ainsi que le choix des prestataires de soins. Finalement, nous allons évaluer si le genre et le statut socio-économique prédisent les dépenses encourues lors d'un épisode de soins.

Méthode

L'enquête est réalisée dans 4 sous-préfectures de la Guinée forestière: deux centres urbains et deux villages. Chacune de ces 4 localités possède un CS et dans le cas des 2 villes, il existe également un hôpital. Les CS sont des structures sanitaires publiques construites ou réhabilitées dans le cadre des politiques inspirées de l'Initiative de Bamako et les soins de santé y sont dispensés en échange d'un paiement forfaitaire. Ce

montant couvre la visite, les médicaments et les tests nécessaires. L'hôpital est une structure publique de référence, avec le même système de forfait. Les montants réclamés sont cependant supérieurs à ceux du CS. Dans une des villes (Beyla), on retrouve une pharmacie tandis que dans les 3 autres localités les médicaments sont vendus librement sur le marché par des marchands non professionnels. Plusieurs praticiens traditionnels (PT) pratiquent également dans la zone d'étude.

Les données proviennent d'une enquête de ménage. Les ménages ont été sélectionnés par échantillonnage systématique effectué à partir d'une base de sondage mise à jour pour les fins de l'enquête. L'information concernant les caractéristiques socio-démographiques, les perceptions des coûts des différentes ressources thérapeutiques disponibles dans les localités, la prise en charge du malade lors de son dernier épisode de maladie ainsi que les dépenses encourues sont colligées rétrospectivement, à l'aide d'un questionnaire élaboré pour ces fins. La période de rappel se limitait aux deux semaines précédant l'enquête.

Nous avons étudié les dépenses en matière de soins. Par dépenses, nous entendons uniquement les dépenses directes encourues pour défrayer les soins. Les coûts en temps (pour le déplacement ou le temps de travail perdu) ou en transport ne sont pas comptabilisés. En revanche, les dépenses en nature sont incluses et ont été valorisées au prix du marché.

Tout comportement, incluant l'auto-traitement³⁹, l'acquisition directe de médicaments sur le marché, ainsi que la consultation auprès de

³⁹ Il s'agit de tout remède (moderne ou traditionnel) utilisé lors d'un épisode de soins, qui n'est prescrit par aucun thérapeute (professionnel ou non) et qui n'engendre aucun coût direct.

praticiens (moderne, traditionnel ou même clandestins) étaient enregistrés. Nous demandions aux personnes malades de nous décrire ce qu'ils avaient fait et dépensé dès lors de l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

La cueillette de données s'est effectuée durant les mois de mai et juin 1996, juste avant la saison des pluies. Étaient inclus dans notre enquête, les ménages dans lesquels au moins une personne déclarait avoir ressenti un problème de santé aigu durant les 15 jours précédant l'enquête. Un questionnaire était alors administré au chef du ménage et à la personne malade ou dans le cas d'enfant malade, à la personne qui s'en occupait. Nous avons exclu les malades atteints de maladies chroniques⁴⁰, ceux qui ne demeuraient habituellement pas dans le ménage mais y étaient présents uniquement en raison de leur maladie ainsi que les malades non présents dans le ménage au moment de l'enquête (les malades hospitalisés par exemple).

Dans cet article nous tenons compte uniquement des personnes qui jugeaient leur mal, grave ou moyennement grave ainsi que ceux pour qui la maladie avait débuté au-delà de 5 jours précédant l'enquête⁴¹. Nous voulons ainsi étudier les dépenses en matière de soins chez les personnes qui en principe en auraient le plus besoin.

Pour la mesure du statut socio-économique nous avons effectué des analyses en composantes principales non linéaires. Afin de mettre en évidence les interrelations entre pauvreté, sexe et dépenses encourues pendant l'épisode, nous avons effectué des analyses de régression linéaire et pour les déterminants des prestataires de soins, des analyses

⁴⁰ Ceux et celles malades depuis plus de trois semaines.

de régressions logistiques. La stratégie d'inclusion des variables indépendantes dans le modèle d'analyse suit la logique du cadre conceptuel utilisé pour cette étude, donc par bloc selon leur ordre d'apparition dans le modèle conceptuel. Le premier bloc est constitué des besoins de santé (intensité de la maladie), le deuxième de la variable de contexte et offre de services (zone rurale/urbaine) et le troisième des caractéristiques individuelles et familiales des personnes malades (âge, sexe, indicateur de pauvreté). Toutes les analyses sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS 8,0[®] (1997).

Résultats

Cinq cent vingt quatre ménages, ont rempli les critères d'inclusion dans l'étude et avaient un de leurs membres atteint d'une maladie qu'ils jugeaient grave ou moyennement grave. Les principales caractéristiques de la population à l'étude sont décrites dans le tableau 1.

Insérer tableau 1

Cinquante-cinq pour cent des malades sont de sexe féminin, 64% des malades sont adultes, 76% proviennent du secteur urbain et 41% proviennent d'un ménage très démuné. Le degré de pauvreté du ménage est estimé par la présence ou absence d'un appareil radio fonctionnel dans le ménage. Les ménages ne possédant pas de radio sont considérés comme très pauvres.

Chez les enfants, le ratio homme femme est de 1,5 :1 tandis que l'inverse est observé chez les adultes (0,6 homme pour une femme).

⁴¹ Pour ainsi leur donner assez de temps pour réagir à la maladie.

Lors de l'interprétation des données, une attention particulière sera donnée à cette situation.

La situation économique des ménages

La presque totalité des ménages enquêtés (98,5%) dit rencontrer des difficultés financières au courant de l'année et ce, surtout durant la saison des pluies (tableau 2).

Insérer tableau 2

Soixante et un pour cent de l'ensemble des ménages a déjà rencontré des difficultés pour trouver l'argent nécessaire pour soigner leur malade. Parmi eux, 55% ont dû emprunter de l'argent pour défrayer les coûts des soins, 25% ont dû vendre un bien ou un animal et 3% ont dû renoncer au traitement. Quarante-quatre pour cent des ménages disent éprouver ces mêmes difficultés pour payer les services offerts au centre de santé de leur localité. Dans 1 cas sur 5, ils ont même été empêchés d'y aller par manque de moyens financiers.

L'itinéraire thérapeutique des personnes malades

Une seule personne déclare s'être abstenue de tout traitement. La moitié des malades utilisent déjà 2 différentes sources de soins au cours de leur épisode.

L'attente est un des premiers comportements adoptés par les malades. Cinquante-trois pour cent des malades disent avoir attendu plus de 48 heures avant de quérir des soins. Il s'agit en majorité de femmes (RC=1,55 ; IC_{95%} =1,07-2,23), de pauvres (RC=1,96; IC_{95%} =1,26-

2,83) et d'adultes ($RC=1,64$; $IC_{95\%} = 1,12-2,38$). Dans 75,2% des cas, le retard au traitement s'observe parce que les gens pensent que leur mal est passager et dans 13,9% des cas, qu'il est dû à un manque d'argent.

L'analyse de régression sur les déterminants de l'attente, montre en plus que ni la zone de résidence ni l'intensité de la maladie ne jouent sur le délai à la prise en charge (tableau 3).

Insérer tableau 3

Les principaux déterminants de l'utilisation de l'auto traitement, de l'achat de médicament sur le marché et des diverses possibilités de consultations sont présentés dans le tableau 4. Ainsi, l'auto traitement de la maladie se pratique invariablement selon l'intensité de la maladie, le sexe ou le degré de pauvreté. Les adultes pratiquent l'auto traitement autant que les enfants et cette pratique est aussi courante en ville que dans les villages.

Insérer tableau 4

Les acheteurs de médicaments sur le marché sans avis professionnel sont surtout les femmes ($RC=1,59$) et les plus démunis ($RC=1,49$). Les clients des praticiens traditionnels sont très gravement malades ($RC=1,50$) et plutôt démunis ($RC=1,65$). En revanche, les services de soins au CS attirent une clientèle moins pauvre ($RC=0,68$) mais ils attirent autant d'hommes que de femmes ($RC=1,19$). Il est important de noter que la proportion d'adulte qui consultent au CS est inférieure à celle des enfants (49,3% d'adultes versus 63,1% d'enfants, $RC=0,56$). Le CS est également plus fréquenté dans les villages ($RC=1,51$). Il est à

noter que les zones rurales dont nous parlons ne sont pas dotées de structure hospitalière, le seul lieu de prestation de services de santé modernes demeure le CS.

L'hôpital, qui est de loin la ressource la plus dispendieuse, attire surtout les hommes (RC=2,22), les moins démunis (RC=2,17), les adultes (RC=1,81) et les personnes qui perçoivent leur mal comme étant très sérieux (RC=1,96). L'accessibilité géographique s'avère également très importante. Les gens qui vivent en zone rurale, où l'hôpital se situe à au moins 2 heures de route du village, consultent beaucoup moins à l'hôpital que ceux qui sont en ville donc à proximité de l'hôpital (RC = 0,20).

Les dépenses de santé

Seules 85 personnes (16,2%) arrivent au terme de leur épisode de soins sans avoir défrayé quoi que ce soit. Chez les autres, la valeur médiane des dépenses s'élève à 1500 FG⁴². Si l'on analyse dans le temps l'itinéraire thérapeutique des personnes malades, nous nous rendons compte que les sommes dépensées diffèrent selon qu'il s'agisse d'un premier recours ou d'un recours subséquent. 50% des malades dépensent jusqu'à 1000 FG lors d'un premier traitement, tandis que pour les deuxième et éventuellement troisième traitements ils dépensent 1400 et 2000 FG respectivement. Les dépenses extrêmes s'effectuent également vers la fin de l'épisode, la moyenne des dépenses est de 3738 FG pour les traitements en début d'épisode et de 5997 FG au troisième recours.

⁴² Au moment de l'enquête 1\$us équivalait 1000 FG.

Lorsque ventilées par sexe, on peut constater que les dépenses encourues sont significativement moins élevées pour les femmes. La médiane des dépenses encourues pour les soins apportés aux femmes malades (toutes catégories d'âges confondues), est de 600 FG pour le premier, 1200 FG pour le deuxième et de 1800 FG pour le dernier recours dans les cas où les gens ont utilisé plus de deux sources de soins. En revanche, les hommes dépensent 1300, 1500 et 2000 FG pour leurs traitements respectifs. Les dépenses de plus de 6000 FG (les dépenses importantes) se font également, le plus souvent dans le cas de maladies chez les hommes.

Insérer tableau 5

Le tableau 5 montre que les dépenses augmentent en fonction de la gravité de la maladie. Pour une maladie jugée très grave et qui perturbe les activités quotidiennes de la personne malade, les sommes dépensées sont trois fois plus élevées que si la maladie est jugée moyennement grave. Le tableau 5 indique également qu'il existe un gradient entre les dépenses totales encourues chez les femmes et chez les hommes. Ce gradient est particulièrement présent pour les maladies très graves mais pratiquement inexistant pour les maladies d'intensité moyenne.

Le graphique suivant (graphique 2), présente la distribution de la médiane des dépenses selon les facteurs sus-mentionnés.

Insérer graphique 2

Les histogrammes du bas correspondent aux dépenses effectuées chez les enfants malades et ceux du haut présentent les dépenses des adultes en

matière de soins. L'abscisse correspond à la médiane des dépenses pour chacun des deux groupes. Ce graphique nous montre que la variabilité est surtout observée dans les dépenses encourues pour les maladies graves. Chez les adultes, dans les ménages qui disposent d'un peu plus de revenus, la médiane des dépenses pour maladie très graves, avoisine les 14000FG pour soigner les hommes et demeure inférieur à 4000 quand il s'agit de soins apportés aux femmes. Le graphique montre également que seul dans le cas de maladie chez les filles de familles démunies, les dépenses n'augmentent pas en fonction de la gravité de la maladie.

Le tableau 6, présente les principaux déterminants des dépenses. Nous y trouvons ainsi les résultats de régression linéaire effectuée sur le logarithme naturel des dépenses. Les gens dépensent plus pour une maladie chez l'homme ($\beta = 0,393$), pour une maladie jugée très grave et qui perturbe leurs activités quotidiennes ($\beta = 0,872$) ainsi que pour une maladie chez l'adulte ($\beta = 0,306$). Les dépenses sont encore une fois inférieures chez les plus démunies ($\beta = -0,327$). Le terme d'interaction entre age et sexe a également été testé dans le modèle, mais il s'est avéré non significatif ($p=0,09$).

Insérer tableau 6

Les ressources mobilisées pour les soins

En général, la source financière la plus souvent utilisée pour défrayer les soins de santé est le revenu ou les liquidités disponibles du ménage. Dans 39,5% des cas les gens puisent dans leurs avoirs pour défrayer les

coûts des soins. La vente d'un bien constitue la deuxième source financière des ménages (33,4%) et loin derrière viennent l'emprunt (9,2%) et le travail supplémentaire (5%) .

Les ressources mobilisées varient en fonction de l'importance des dépenses et plus particulièrement au fur et à mesure de l'avancement dans l'épisode de soins. Si le revenu familial soutient 44,6% des dépenses pour le premier traitement, il ne supporte que le tiers des dépenses rendu au troisième traitement. Un changement de nature inverse est observé pour l'emprunt. Les malades disent emprunter dans 7,3% des cas au premier recours, dans 9,0% au deuxième et dans 13,4% quand ils ont à chercher un troisième traitement.

Cependant, tout comme les dépenses importantes se font plus souvent chez les hommes et les adultes, l'emprunt est une stratégie plutôt réservée aux hommes adultes. Chez les adultes malades 18,9% des hommes vont emprunter au courant de leur épisode de soins par rapport à 7,4% des femmes, tandis que l'emprunt d'argent est observé dans moins de 5% des cas pour les soins apportés aux enfants.

Discussion

L'enquête s'est effectuée dans une zone pauvre, rurale de la Guinée forestière. La majorité des ménages disent rencontrer des difficultés financières pour se soigner. L'analyse des épisodes actuels montre que les femmes et les plus démunis ont tendance à retarder la quête de soins. Les femmes vont également plus souvent acheter du médicament sur le marché, sans avis professionnel et elles ont moins tendance à se soigner à l'hôpital. Elles dépensent moins que les hommes surtout quand il s'agit de problème grave.

Dans notre zone d'étude, la ressource la plus dispendieuse est l'hôpital dont le coût médian est de 16 fois supérieur à celui d'un traitement par achat direct de médicament sur le marché. La médiane des coûts de traitement à l'hôpital est de 8600 FG, de 1450 au CS, de 1100 chez le praticien traditionnel et de 550 FG au marché. Le centre de santé est la deuxième ressource la plus chère, où les gens payent pour une somme forfaitaire et reçoivent en échange une consultation et des médicaments. Ensuite viennent les tradipraticiens, qui coûtent moins cher que le centre de santé et les modalités de paiement sont aussi beaucoup plus souples.

Les gens peuvent payer en espèces ou en nature (Waddington et Enyimaya, 1989), de manière différée et dans certains cas il s'agit plutôt d'offrandes faites dans un échange symbolique (ex. 3 noix de cola). Enfin, la manière la moins chère de se soigner consiste à se procurer des médicaments sur le marché sans avis professionnel. La qualité du médicament ainsi obtenu est évidemment douteuse, la quantité consommée souvent inappropriée et le choix même du médicament inadéquat. L'avantage est cependant, que l'on puisse s'en procurer selon son budget.

Mesure du statut socio-économique des ménages et capacité de paiement

Dans les PED la mesure du statut socio-économique des ménages est une tâche complexe. La distinction même entre le niveau socio-économique des individus et leur revenu s'avère particulièrement difficile. D'une part il est souvent difficile de calculer le revenu familial moyen (Kroeger, 1985) et d'autre part le revenu n'est pas un indicateur

fidèle du potentiel financier du ménage (Dumoulin et Kaddar, 1993; Huber, 1993; Weaver, 1995). Dans les économies où une bonne partie des échanges ne sont pas monétisés et où l'autoconsommation y est élevée, l'estimation du revenu et des dépenses est délicate.

Plusieurs mesures alternatives ont déjà été mises de l'avant. Certains proposent d'évaluer le statut économique d'après les dépenses mensuelles des ménages (Weaver, 1995; Makinen et al., 2000), selon les conditions de l'habitat et les biens dont disposent les gens (Berman et coll., 1987; Tembon, 1996; Wyss et coll., 1996; Gwatkin et coll., 2000) ou encore par l'intermédiaire d'une mesure composée de facteurs socio-culturels et anthropologiques (Cortinovis et coll., 1993). À ce jour il n'existe pas de consensus sur la meilleure façon de le faire⁴³.

Étant donné que pour les fins de cette étude, l'objectif est d'identifier les ménages les plus démunis, nous avons eu recours à un indicateur de pauvreté. Nous disposons de nombreuses variables classiques de la mesure du statut socio-économique tel la profession, l'éducation du chef du ménage et de son épouse, les biens - autant domestiques, que le cheptel⁴⁴. Au terme d'analyses multivariées (analyses en composantes principales non linéaires) il est apparu que la radio était le bien qui discriminait le mieux entre les très pauvres et ceux qui disposaient d'un peu plus de moyens financiers.

⁴³ Pour une revue des différentes propositions de mesure du statut socio-économique du ménage et de l'identification des ménages les plus pauvres en PED voir également : Sen Benayak, Sharifa Begum, 1998, *Development of a methodology for identifying the poorest and most vulnerable people at local level*, Technical Paper, WHO/ICO/MESD.27, Genève.

⁴⁴ Pour les biens domestiques nous avons l'information sur la radio, le téléviseur, l'électricité, la voiture, la moto, le vélo ; pour les biens immobiliers nous avons la situation du ménage (locataire vs propriétaire), les matériaux du toit de la maison ainsi que la possession d'une parcelle de terre cultivable ; finalement pour le cheptel nous avons le nombre d'ovins, de bovins et de volailles que possédait le ménage.

Dans notre échantillon 41% des ménages ne possèdent pas de radio fonctionnelle et la majorité déclarent avoir rencontré des problèmes d'ordre financiers pour défrayer les coûts du dernier épisode de soins. Une partie non négligeable dit même avoir déjà renoncé au traitement par manque de moyens.

Les résultats de notre étude, corroborent ceux obtenus par Fabricant en Sierra Leone (Fabricant, 1999) qui montre qu'un ménage qui manque de liquidités pour soigner un des siens, va s'endetter dans la moitié des cas. Quand le ménage est obligé de s'endetter pour défrayer des soins de santé, c'est qu'il est rendu à la limite de sa capacité de mobiliser des ressources. Carrin et Almeida (1998) expliquent dans leur expérience au Bangladesh qu'avant de consentir à emprunter, les ménages utilisent d'autres moyens pour trouver l'argent nécessaire aux soins. Dans un premier temps, ils réduisent leur consommation alimentaire puis dans un deuxième temps ils procèdent à la substitution interne du travail. Ainsi, ils tentent d'augmenter le revenu du ménage ou de rattraper le retard causé par la maladie de la personne qui assure la subsistance du ménage. Sans pouvoir documenter directement la stratégie utilisée pour défrayer les soins, on peut estimer que l'emprunt n'est certainement pas une stratégie de première intention et que les gens ont dû fort probablement faire d'autres sacrifices avant de s'endetter.

Si de telles difficultés sont rencontrées pour défrayer les coûts des soins lors de maladies aiguës, pour des besoins de nature chronique le paiement des soins constitue un fardeau économique considérable chez les populations les plus pauvres.

L'attente est utilisée comme stratégie première dans des proportions importantes. Ce délai imposé dans la prise en charge de la maladie, entraîne probablement plus de complications. Les personnes qui retardent leur traitement sont essentiellement des femmes, des pauvres et des adultes. Quatorze pourcent des gens qui avaient attendu pour se soigner l'ont fait plutôt par obligation et non par choix, car ils manquaient de moyens financiers.

Les déterminants des recours thérapeutiques

En général, les stratégies d'utilisation des services curatifs visent à minimiser les dépenses. On commence par recourir aux ressources les moins chères et si la santé n'est toujours pas rétablie on se dirige vers des ressources plus dispendieuses (Sauerborn et coll., 1989; Ryan, 1998). Ainsi, les gens vont plus souvent pratiquer une certaine forme d'auto prise en charge (auto traitement ou achat de médicament sur le marché sans avis professionnel) au début de la maladie et ce n'est que par la suite qu'ils vont se diriger vers la consultation d'un ou d'une thérapeute moderne ou traditionnel. Par exemple, bien que l'hôpital soit la ressource qui offre une qualité de soins supérieure, elle n'est pas utilisée d'emblée, ni comme source unique de soins car c'est aussi la plus dispendieuse. Les résultats nous montrent que l'hôpital est souvent utilisé en dernière instance et tardivement.

Les déterminants des dépenses

Les dépenses sont surtout, liées à la gravité de la maladie. Plus la maladie est grave plus les gens vont consentir à défrayer des sommes importantes. Cependant, à gravité égale, les femmes dépensent moins

en soins que les hommes. Cette disparité est présente surtout dans le cas de maladies très graves. Chez les moins pauvres, quand il s'agit de maladie grave, les dépenses effectuées par les hommes dépassent largement celles des femmes.

Les dépenses sont distribuées différemment selon le sexe mais aussi l'âge de la personne malade. Il semble que les gens déploient plus d'efforts pour soigner les adultes, tandis que dans le cas des enfants malades, l'importance accordée à la maladie est moindre et les dépenses sont également réduites.

Comment les différences de genre s'expriment-elles en termes de disparités face aux soins?

Bien que l'âge et le sexe de la personne malade ainsi que le statut économique et social du ménage auquel elle appartient, soient des déterminants important des dépenses qu'elles vont effectuer pour se soigner, ils ne constituent que des déterminants distaux. La ressource thérapeutique utilisée conditionne plus directement les dépenses en soins. Lorsque dans les modèles de régression linéaire nous introduisons les ressources thérapeutiques utilisées par la personne malade, à l'occurrence l'hôpital, le CS, le PT et le marché, à part la gravité de la maladie, les autres déterminants distaux perdent leur signification statistique. Donc en fait, si les femmes dépensent moins en soins c'est parce qu'elles utilisent les ressources les moins chères.

L'accès inégal des femmes aux ressources de qualité s'explique à notre avis, par le coût d'opportunité plus élevé des soins de santé chez les hommes. Dans une société patriarcale, les lois du ménage sont régies

par les hommes. Le pouvoir organisationnel mais également et surtout économique leur appartient. Bien que la femme travaille beaucoup et consacre même plus d'heures par jour à travailler pour le bien-être des siens (Bentley et coll., 1999), son travail n'est pas monétisé ni apprécié à sa juste valeur. On accorde moins d'importance aux affections chez la femme et on tente de la guérir à moindre coût tandis que la maladie de l'homme du moment qu'elle est considérée grave, est plus souvent prise au sérieux et l'on est disposé plus facilement à payer et surtout, à payer de grosses sommes d'argent pour les revoir en santé.

Bien que dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne les femmes soient les principales actrices des activités marchandes du village (Bentley et coll., 1999), les montants qu'elles gagnent à travers le petit commerce ne leur confèrent qu'une autonomie financière limitée. En Guinée, les sommes ainsi collectées par les femmes ne comptent pas dans le revenu commun du ménage. Elles utilisent ces sommes d'argent pour leurs besoins personnels ainsi que les besoins de leurs enfants. Dans le cas de maladie chez les femmes et les enfants, les coûts des soins sont dans presque les trois quart du temps défrayés par les femmes et dans près de 22% par les chefs de ménages. Tandis que pour les maladies des hommes adultes, l'épouse ne contribue qu'à 6% des dépenses thérapeutiques. Ceci signifie en quelque sorte que les sommes dépensées par la femme dépendent en grande partie de l'autonomie financière dont elle dispose. Vu que cette autonomie est restreinte, il y a lieu de craindre pour la discrimination des femmes en matière de soins. Les résultats obtenus au courant de cette étude nous donnent déjà de bonnes indications en la matière, mais il y a encore lieu d'investir dans l'étude

des iniquités en santé, pour arriver à proposer des moyens d'action pour contrer cette discrimination.

Donc, les inégalités en matière d'accès aux soins de santé défavorisent les femmes. Lors de maladie aiguë de forte intensité, les femmes dépensent systématiquement moins que les hommes pour se soigner. Ceci est essentiellement dû au fait qu'elles ont moins accès aux ressources financières du ménage et par conséquent elles cherchent à se soigner par des moyens moins chers et de moins bonne qualité.

Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien actif des équipes de la Direction Préfectorale de la Santé de la Guinée, de Médecins sans frontières-Belgique ainsi que de l'UNICEF-Guinée qui nous ont assuré toute l'infrastructure logistique nécessaire au travail de terrain. Sans les fonds de l'Association Canadienne de Santé Publique, nous n'aurons pu réaliser cette recherche. Nous remercions également les populations de Beyla, Sinko, Gbackédou et Boola qui ont bien voulu nous accueillir chez eux et répondre à toutes nos questions avec beaucoup de patience.

Références

1. Akin J.S., Griffin C.C., Guilkey D.K., Popkin B.M., The demand for adult outpatient services in the Bicol region of the Philippines, *Social Science and Medicine*, 1986, 22(3): 321-328.
2. De Ferranti D., Paying for health services in developing countries: A call to realism, *World Health Forum*, 1986, 6: 99-105.
3. Haddad S, Fournier P, Quality cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire, *Social Science and Medicine*, 1995, 40(6): 743-753.
4. Mwabu G, Mwangi W, Health care financing in Kenya: a simulation of welfare effects of user fees, *Social Science and Medicine*, 1986; 22: 763-767.
5. Gertler P, Locay L, Sanderson W, Dor A, Van der Gaag J, Health care financing and the demand for medical care: Are user fees regressive?, *Living Standards Measurement Study (LSMS), Working paper # 37*, World Bank Pub., Washington, 1988.
6. De Béthune X, Alfani S, Lahaye JP, The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaïre, *Health Policy and Planning*, 1989; 4(1): 76-81.
7. Waddington CJ, Enyimayew KA, A price to pay: the impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana, *Int.J.Health Plann.Manage.*, 1989; (4) :17-47.
8. Yoder RA, Are people willing and able to pay for health services?, *Social Science and Medicine*, 1989; 29(1): 35-42.
9. Fosu GB, Childhood morbidity and health services utilization: Cross national comparisons of user-related factors from DHS data, *Social Science and Medicine*, 1994; 38(9): 1209-1220.
10. Sauerborn R, Nougara A, Latimer E, The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups, *Health Policy and Planning*, 1994; 9(2): 185-192.

11. Ensor T, San PB, Access and payment for health care: the poor of northern Vietnam, *Int.J.Health Plann. and Manag.*, 1996; 11: 69-83.
12. Fournier P, Haddad S, Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, *Sociologie des Populations*, 1995; 289-325.
13. Oths KS, Health care decisions of households in economic crisis : an example from the Peruvian highlands, *Human Organization*, 1994; 53(3) :245-254.
14. Sköld M, *Poverty and health : who lives, who dies, who cares*, Policy Paper, WHO/ICO/MESD.28, Genève, 1998.
15. Kaddar M, Tchicaya A, *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, 1997.
16. Russell S, Ability to pay for health care : concepts and evidence, *Health Policy and Planning*, 1996; 11(3) : 219-237.
17. Niraula BB, Use of health services in Hill villages in Central Nepal, *Health Transition Review*, 1994; 4: 151-166.
18. Taylor L, Seeley J, Kajura E, Informal care for illness en rural southwest ugnada: the central role that women play, *Health Transition Review*, 1996; 6: 49-56.
19. SPSS Inc, *Statistical Package for Social Sciences*, 8.0, 1997.
20. Kroeger A, Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement, *Wld. Hlth. Stat. Quart.*, 1985; 38: 15-37.
21. Dumoulin J, Kaddar M, Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne : rationalité et autres questions subséquentes, *Sciences Sociales et Santé*, 1993; XI (2) : 81-119.
22. Huber JH, Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example, *Social Science and Medicine*, 1993; 36(4): 485-494.
23. Weaver M, User fees and patient behavior: evidence from Niamey National Hospital, *Health Policy and Planning*, 1995; 10(4): 350-361.

24. Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L, McIntyre D, Pannarunothai S, Prieto AL, Ubilla G, Ram S, Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries in transition, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(1): 55-65.
25. Berman P, Ormond BA, Gani A, Treatment use and expenditure on curative care in rural Indonesia, *Health Policy and Planning*, 1987; 2(4): 289-300.
26. Tembon AC, Health care provider choice: the North West province of Cameroon, *Int.J.Health Plann. & Manag.*, 1996; 11: 53-67.
27. Wyss K, Whiting D, Kilima P, Mc Larty DG, Mtasiwa D, Tanner M, Lorenz N, Utilization of government and private health services in Dar es Salaam, *East African Medical Journal*, 1996; 73(6): 357-363.
28. Gwatkin DR, Rustein S, Johnson K, Pande RP, Wagstaff A, *Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Indonesia*, HPN/Poverty Thematic group of Worls Bank, 2000.
29. Cortinovis I, Vella V, Ndiku J, Construction of a socio-economic index to facilitate analysis of health data in developing countries, *Social Science and Medicine*, 1993; 36(8): 1087-1097.
30. Sen B, Sharifa B, Development of a methodology for identifying the poorest and most vulnerable people at local level, Technical Paper, WHO/ICO/MESD. 27, Genève, 1998.
31. Fabricant S.J., Kamara C.W., Mills A., 1999, Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone, *Int. J. Health Planning and Management*, 14(1): 179-199.
32. Carrin G, Gray E, Almeida J, *Coping with ill-health in a rickshaw puller's household in Chittagong, Bangladesh*, Technical paper, Macroeconomics, Health an Development Series, No.30, WHO/ICO, Genève, 1998.
33. Sauerborn R, Nougara A, Diesfeld H, Low utilization of community health workers: results from a household interview survey in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 1989; 29: 1163-1174.
34. Ryan GW, What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? : Modelling home case

management of acute illnesses in a rural cameroonian village, *Social Science and Medicine*, 1998; 46(2): 209-225.

35. Bentley GR, Aunger R, Harrigan AM, Jenike M, Bailey RC, Ellison PT, Women's strategies to alleviate nutritional stress in a rural African society, *Social Science and Medicine*, 1999; 48: 149-162.
36. Sauerborn R., Berman P., Nougbara A., 1996b, Age bias, but no gender bias in the intra-household resource allocation for health care in rural BurkinaFaso, *Health Transition Review*, 6 : 131-145

Tableau 1. Description de l'échantillon (n=524)

Caractéristiques		n (%)
Sexe	Homme	234 (44,7)
	Femme	290 (55,3)
Âge	< 15 ans	187 (35,7)
	> 15 ans	337 (64,3)
Village	Beyla	197 (37,6)
	Sinko	202 (38,5)
	Gbackédou	52 (9,9)
	Boola	73 (13,9)
Indicateur de pauvreté	Possèdent une radio	308 (58,9)
	Ne possèdent pas de radio	215 (41,1)
Intensité de la maladie	Moyenne et forte	316 (60,3)
	Très forte	208 (39,7)
Durée de la maladie	< 1 semaine	219 (41,8)
	■ 1 semaine	305 (58,2)

Tableau 2. Capacité de paiement des ménages

	Fréquence	(%)
Le ménage ...		
a rencontré des difficultés financières pour défrayer les coûts des soins la dernière fois que quelqu'un du ménage était malade	320	(61,2)
et donc a dû:		
renoncer au traitement	10	(3,1)
s'endetter	176	(55,0)
vendre un bien/animal	80	(25,0)
a déjà dû renoncer au traitement au CS par manque de moyens	103	(19,8)

Tableau 3. Coefficients de régression ^{Wald}logistique et ratio de cote des facteurs associés
à l'attente comme stratégie thérapeutique

	β	signif.	Ratio de Cote	IC 95%
Femme (vs homme)	0.44	0.02	1.55	1,07-2,23
Très démunie (vs moins pauvre)	0.67	0.00	1.96	1,36-2,83
Adulte (vs enfant)	0.49	0.01	1.64	1,12-2,38
Zone rurale (vs urbaine)	----	----	----	----
Très grave (vs ± grave)	----	----	----	----

Attente = F(sexe, pauvreté, catégorie d'âge)

Tableau 4. Estimation des ratios de cote des facteurs associés au choix du prestataire de soins :
Résultats des analyses de régression logistique

Variables indépendantes	No. modèle					
	1	2	3	4	5	
		Achat de médicaments sur le marché (N=171)	Praticien traditionnel (N=142)	Centre de santé (N=284)	Hôpital (N=71)	
	Variable dépendante	Auto traitement (N=203)				
Femme (<i>vs</i> homme)	—	1,59 *	—	—	0,45 ***	
Très pauvre (<i>vs</i> moins pauvre)	—	1,49 *	1,65 **	0,68 *	0,46 **	
Intensité très forte (<i>vs</i> ± forte)	—	—	1,50 *	0,97	1,96 ***	
Adulte (<i>vs</i> enfant)	—	—	—	0,56 **	1,81 **	
Zone rurale (<i>vs</i> urbaine)	—	—	—	1,51 *	0,20 ***	
	*	0,05	**	0,01	***	0,001

Tableau 5. Moyenne des dépenses (ln_dép) par sexe et gravité de la maladie

	Homme m (IC _{95%})	Femme m (IC _{95%})
Intensité très forte	8,45 (8,16 – 8,74)	7,96 (7,71 – 8,20)
Intensité forte et moy.	7,40 (7,16 – 7,63)	7,22 (7,01 – 7,43)

Glm (gen factorial): ln_dép = F(sexe, intensité de la maladie, sexe*intensité)

Sexe F= 6,95 (0,009)

Intensité F= 50,25 (0,000)

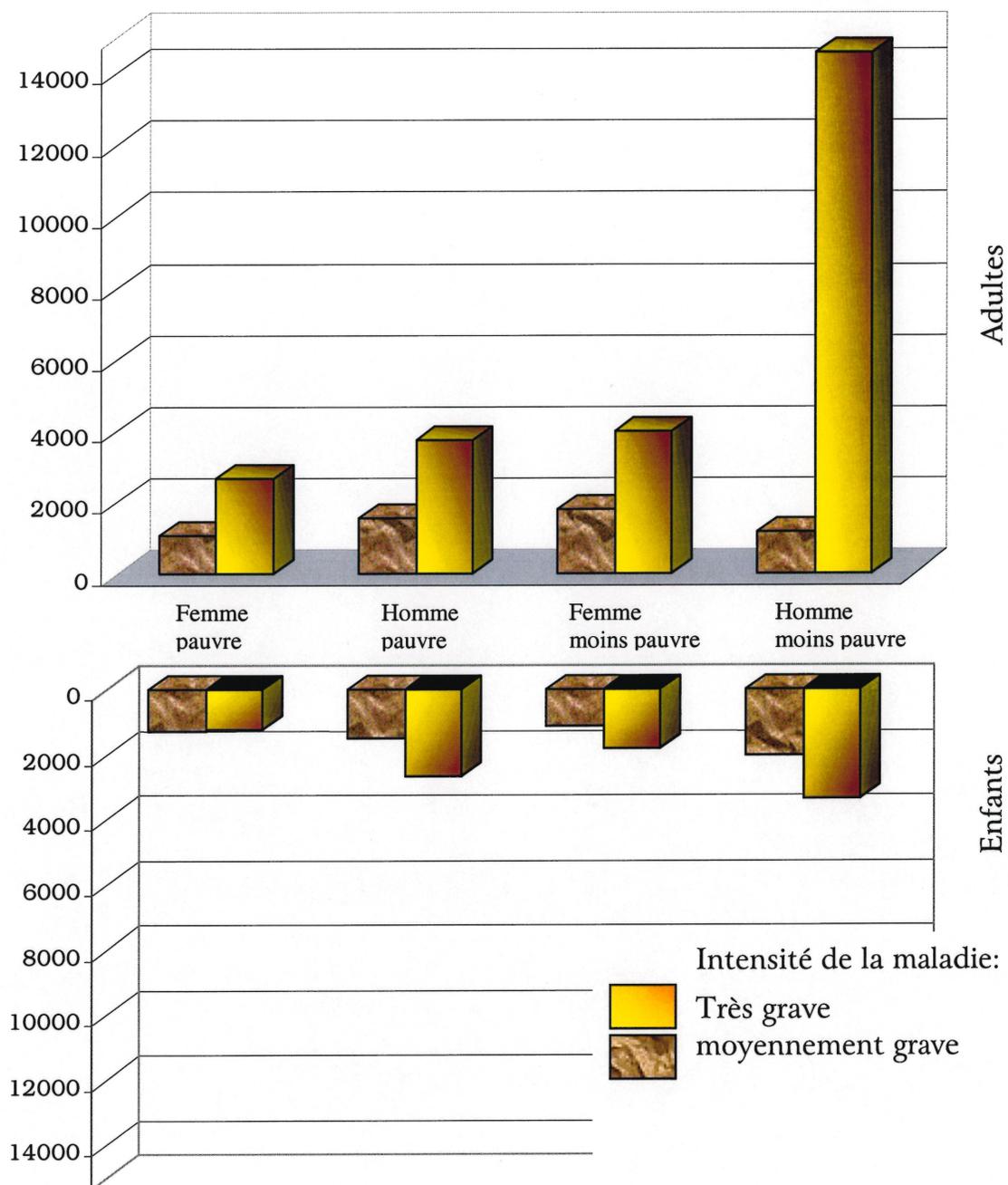
Interaction F= 1,44 (0,230) donc non significatif

Tableau 6. Estimation des coefficients de régression multiple
des facteurs associés aux dépenses en matière de soins

	β	Std. Error	t	p-value	
Sexe	femme	-0,393	0,126	-3,111	0,002
	homme	0			
Intensité de la maladie	très forte	0,872	0,124	7,043	0,000
	forte et moy.	0			
Pauvreté	très pauvre	-0,327	0,125	-2,62	0,009
	autre	0			
Catégorie d'âge	enfant	-0,306	0,13	-2,358	0,019
	adulte	0			

Ln_dépenses_tot = F (Sexe, Intensité de la maladie, Pauvreté, Âge)

Graphique 2. Médiane des dépenses selon le sexe, l'âge, la pauvreté et l'intensité de la maladie



CHAPITRE 6.
DISCUSSION ET CONCLUSION

Avec la recension des écrits nous avons essayé de faire la synthèse d'une littérature abondante sur les changements des politiques sanitaires et l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. Cette recension nous a permis d'une part, de comprendre le rôle des CS à l'intérieur du système de soins de santé primaires en Afrique et d'autre part, d'identifier les principaux déterminants des comportements thérapeutiques des personnes malades en PED.

Au cours du premier article, nous avons tenté de décrire les comportements thérapeutiques des personnes lors de maladies graves ainsi que d'étudier la place du centre de santé dans leur itinéraire thérapeutique.

Ce travail a permis de montrer une fois de plus la fréquence de l'utilisation concomitante des services de soins dans une zone rurale africaine. Cette utilisation multiple ne se fait cependant pas de manière aléatoire mais bien selon une certaine logique: les gens débutent par les soins les moins sophistiqués et les moins chers pour aboutir vers les plus sophistiqués qui sont évidemment les plus chers. Ils suivent une logique hiérarchique et de minimisation des coûts.

Les raisons des choix de recours nous indiquent que dans bien des cas le choix de la ressource utilisée pour les soins relève plutôt de contraintes, le plus souvent de nature financière. Les malades consultent tardivement les soins de santé modernes qui sont en moyenne plus dispendieux que les autres ressources disponibles.

Parmi les services de soins de santé moderne, le CS semble bien implanté en zone rurale. Il est cependant sous utilisé et les personnes

malades ne s'y rendent qu'après d'autres tentatives de soins. Parmi les personnes malades enquêtées, seule la moitié s'y rendent même si elles se considèrent gravement malades.

Le deuxième article a porté sur un des éléments les plus controversés du domaine de l'utilisation des services de santé: la politique de recouvrement des coûts. Pensant que le paiement des soins par les usagers des services est une mesure régressive, nous avons, au cours de cet article, étudié l'impact des déterminants distaux (les facteurs socio-démographiques ainsi que les facteurs liés à la maladie) et proximaux (la ressource thérapeutique utilisée) sur les dépenses thérapeutiques.

Les résultats indiquent qu'il existe effectivement une disparité quand à l'accès aux soins de qualité, que les comportements d'utilisation des hommes et des femmes sont différents et que le coût de consultation est une barrière à l'utilisation des CS. Surtout dans les régions les plus pauvres, comme celle où l'enquête s'est déroulée, les ménages font de grands sacrifices pour soigner leurs malades. Dans seulement 40% des cas les dépenses liées aux soins sont défrayées à même les avoirs du ménage, pour le reste, la vente de biens et l'endettement sont deux des alternatives les plus répandues.

6.1 L'UTILISATION APPROPRIÉE DES CENTRES DE SANTÉ

Plusieurs chercheurs ont déjà abordé la question de l'utilisation appropriée des ressources sanitaires modernes dans les pays en développement. Parmi eux nous retrouvons Sanders et coll. (1998) qui ont étudié le système de référence médical à l'intérieur des structures curatives modernes au Zimbabwe. L'objectif de leur recherche était d'évaluer le degré d'utilisation appropriée des ressources de soins

tertiaires. Ils concluent que les centres de référence seront mal utilisés tant et aussi longtemps que les centres de santé et hôpitaux de niveau primaire et intermédiaire de bonne qualité n'existeront pas.

Pepperall et coll. (1995) au Lesotho, ainsi que Wyss et coll. (1996) en Tanzanie, ont observé ce même phénomène de court-circuit des services de première ligne (CS) pour se rendre directement aux ressources plus spécialisées, à l'occurrence l'hôpital. Tursz et coll. (1999) parlent également d'autoréférence des enfants malades aux centres hospitaliers en Algérie.

Nos résultats en Guinée vont dans le même sens, ils indiquent que 81% des personnes malades qui utilisent l'hôpital, n'y vont pas directement: 37% y vont de leur propre chef, soit après une consultation chez un PT, soit après avoir essayé un remède maison ou après avoir consommé des médicaments sans prescription. Seules 44% des consultations à l'hôpital se font suite à une consultation au CS qui est le système de référence normal. Fort probablement une certaine proportion de ces malades est référée à l'hôpital par le personnel soignant du CS mais les autres s'y sont rendus encore une fois de leur propre chef. Ceci permet de dire qu'en Guinée également, le système de référence fonctionne imparfaitement.

On peut également conclure que les CS sont sous-utilisés. Seule la moitié des cas de maladies graves s'y rendent. De plus dans la trajectoire de soins, le CS est souvent la deuxième ressource thérapeutique utilisée, seulement 44% des malades s'y dirigent directement.

L'automédication est la règle comme cela est rapporté dans de nombreuses études (Bichmann et coll., 1991; Van der Stuyf et coll.,

1996; Atakouma et coll., 1999). Dans notre enquête, on observe que les malades assurent effectivement eux-mêmes une grande partie des soins dont ils ont besoin. Tursz (1999) a observé le même phénomène en Algérie. Les premiers soins sont généralement dispensés à la maison et que ce n'est que devant l'échec de la thérapie familiale que l'on recourt aux services de santé moderne.

Les CS ne jouent pas vraiment le rôle central que les politiques de SSP voulaient leur attribuer. Kahssay (1998) est d'avis que ceci est lié à la part des ressources allouées aux centres de santé qui représente environ 20% des budgets de la santé tandis qu'ils prennent en charge jusqu'à 80% des problèmes de santé du pays⁴⁵. Il est incontestable que le fait d'augmenter les ressources allouées aux CS va largement contribuer à l'amélioration de la qualité de ces derniers et ainsi attirer une plus grande clientèle. Cependant dans notre étude, les critères de qualité des services du CS ne figurent même pas parmi les trois premiers motifs pour la non-utilisation du CS durant l'épisode de soins, la plus importante étant les coûts.

6.2 L'INIQUITÉ FACE AUX SOINS

Andersen (1995) avance que si l'utilisation des services de santé est fonction d'éléments qu'il qualifie de "facteurs de capacité" tels la structure sociale, les croyances en matière de santé ou les ressources financières, il faut déduire que le système est inéquitable en matière d'offre de soins. Le système serait alors équitable pour ses citoyens si l'utilisation des services de soins dépendait plutôt du besoin de santé.

⁴⁵ " En 1994, les rapports sur les progrès accomplis sur la voie de la santé pour tous indiquaient que 80% des pays d'Afrique consacraient moins de 35% de leur budget de la santé aux prestations locales" (Kahssay, 1998)

Nous avons trouvé que les CS étaient fréquentés par les ménages les moins démunis, en zone rurale (en absence de structure hospitalière) et surtout pour donner des soins aux enfants. N'oublions pas que le tiers des patients qui n'ont pas été au CS, en sont privés par manque de liquidité. Donc les facteurs de capacité semblent largement responsables de l'utilisation des services de soins dispensés au CS, ce qui nous amène à conclure à l'existence d'un problème d'équité en matière de soins.

Dans son étude en Sierra Léone, Fabricant (1992) constate également que 34% de l'ensemble des personnes malades interrogées ne consultent pas de ressource médicale par manque de moyens financiers.

Bien que pour l'utilisation du CS, le sexe de la personne malade ne soit pas un déterminant significatif dans notre étude, le genre détermine pourtant, de manière générale, l'accès aux soins. Les femmes attendent plus souvent avant d'entreprendre des soins, elles se dirigent plus fréquemment vers les ressources moins dispendieuses et par conséquent elles dépensent moins pour se soigner et ceci à niveau de gravité comparable. Elles ont moins accès aux ressources thérapeutiques de qualité parce qu'elles ont moins accès aux ressources financières du ménage.

Sauerborn et coll. (1996) ont étudié l'allocation des ressources à l'intérieur des ménages burkinabés. Ils concluent qu'il existe une barrière financière à l'utilisation des services de santé, que les membres "productifs" d'un ménage ont plus accès aux ressources financières du ménage et que, la santé est un investissement mais pour que cet investissement soit rentable il faut qu'il soit dirigé vers les membres actifs et productifs du ménage. Au Burkina, ils ont de plus trouvé que cette discrimination désavantageait les enfants et non pas les femmes,

contrairement aux résultats de cette étude. Ils décrivent également le rôle actif des femmes dans la production agricole et le fait qu'elles aient toutes des parcelles de terres qu'elles cultivaient pour la consommation interne en plus de l'activité agricole du ménage.

L'élément essentiel de leur étude porte sur cette disparité dans l'allocation des ressources du ménage qui cause la sous-utilisation des services de santé modernes pour soigner les enfants. Les auteurs proposent donc d'agir au niveau politique, de trouver des solutions globales pour alléger ce fardeau qui pèse sur les ménages et qui contribue à défavoriser une partie de la population.

Dans notre cas en Guinée, comme nous l'avons expliqué dans le deuxième article de la thèse, la femme ne contribue pas "officiellement" à l'économie du ménage et donc on lui accorde moins d'importance même si elle consacre plus d'heures par jour à travailler pour le bien-être de sa famille.

Les études de Tursz et Crost (1999) dans plusieurs pays africains ont également mis en évidence la discrimination dont sont victimes les filles de ces régions africaines, lorsqu'il s'agit de prendre des décisions de recours aux soins.

Chose certaine, aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire que la tarification des services de santé est un fardeau pour les populations les plus pauvres. Même la Banque mondiale et le FMI se sont rendus à l'évidence qu'avec la tarification des services de santé, les populations les plus démunies sont exclues du système de santé et qu'il faut agir pour les protéger (Gwatkin, 2000).

Pour assurer l'accès aux soins aux plus démunis, il faut donc être en mesure de les identifier. Comme l'avancent Stierle et coll. (1999), de

nombreux critères ont donc été proposés pour identifier l'indigence ou l'exclusion des soins. Il s'agit entre autres du revenu du ménage, de la structure familiale, du type d'habitat, des biens que le ménage possède, etc.

Les promoteurs de la tarification ont mentionné que les populations avaient les moyens de payer pour se faire soigner. Ils se sont appuyés sur des études portant sur le taux d'utilisation des CS par les populations les plus défavorisées. Cependant, on néglige fréquemment d'évaluer les sacrifices consentis par les personnes malades pauvres pour accéder aux services curatifs. Fabricant et coll. (1999), montrent qu'en Sierra Léone, parmi les malades recensés, les 20% les plus pauvres payent le quart de leurs revenus courants pour se soigner. Le fait que les plus pauvres utilisent les CS lors de maladie fait en sorte que la demande devient inélastique au revenu.

Une autre solution largement préconisée par la Banque mondiale est le paiement anticipé des services. Mais, ni les programmes d'assurance ni les formules de paiements anticipés ne sont en mesure de régler totalement le problème d'accès inéquitable aux soins. Water (2000) montre en Équateur que la disparité d'accès aux soins demeure. Un programme d'assurance augmentera l'accès aux services de santé, mais uniquement pour ceux et celles qui peuvent bénéficier du programme.

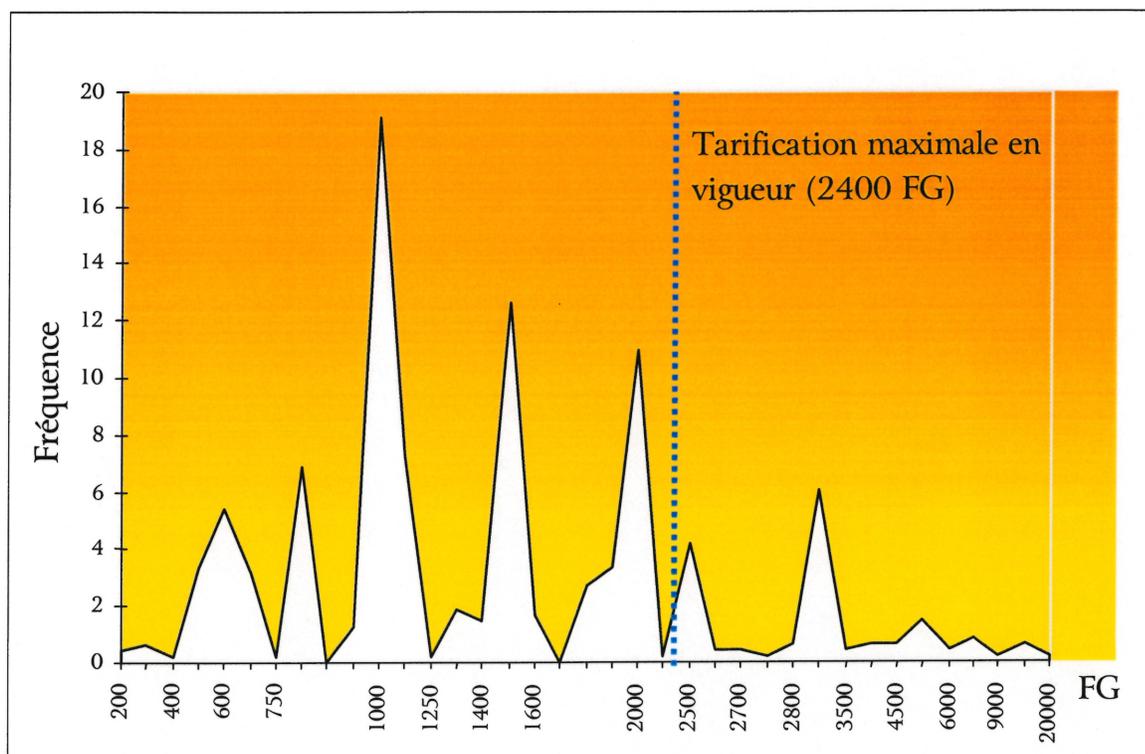
6.3 QUESTION DE LA PERCEPTION DES COÛTS :

Dans la première section des résultats, nous avons présenté un tableau sur les perceptions qu'ont les individus des coûts des différentes ressources thérapeutiques. Nous désirions aborder cette question parce qu'en plus des coûts des ressources, la perception des individus du fardeau économique que peut représenter l'utilisation de ces ressources thérapeutiques, influence leur choix de recours.

L'idée que se font les individus du coût d'une ressource n'est pas toujours conforme au coût réel de cette dernière. Par ailleurs, les montants réclamés auprès des individus malades ne sont pas nécessairement conformes aux tarifs en vigueur. Les dessous de table ou les pots de vin dans les pays en développement, ont déjà attiré l'attention de plusieurs chercheurs (Mc Pake et coll., 1993). Killingsworth et coll. (1999) ont effectué une étude détaillée sur cette question au Kenya. Les sommes collectées illégalement, disent-ils, sont proportionnelles au revenu de la personne malade ou de sa famille. Cette taxation est surtout possible lorsque les utilisateurs des services de santé ne connaissent pas la tarification officielle pour les services dispensés.

Au terme de notre enquête, on observe qu'environ 15% des répondants avait une perception des coûts des prestations au centre de santé, supérieure à la tarification maximale en vigueur dans ces centres. Le graphique qui suit, représente la perception des gens, des coûts moyens des prestations au CS de leur localité. Ceci indique de manière indirecte qu'il existe fort probablement de la sur-tarification dans notre zone d'enquête. Non seulement dans la perception des gens, mais dans la réalité aussi, nous avons observé cette sur tarification.

Figure 15. Distribution de la perception des coûts des prestations au CS



6.4 LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE: UN DES PILIERS DE L'INITIATIVE DE BAMAKO.

Deux des principaux éléments des réformes sanitaires inspirées de l'Initiative de Bamako, sont la participation communautaire et l'amélioration de la qualité des services dispensés aux CS. Dans les documents officiels de l'OMS, le centre de santé est présenté comme le responsable de la santé de la communauté, conjointement avec elle (OMS,1997).

Cependant, dans de nombreux pays, la participation communautaire se résume à la contribution financière des usagers des services de santé. Les comités de gestions qui étaient tenus de planifier et de gérer les activités des CS et par conséquent de favoriser l'implantation de ces structures, n'ont pas eu d'énormes succès. En Zambie, Van Der Geest et coll. (2000) rapportent que les populations villageoises ne se sentaient pas impliquées dans les activités reliées aux CS et que les membres des comités de gestion ne représentaient pas leur communauté. Concernant la participation communautaire, il existait deux discours tout à fait distincts. Les décideurs politiques se vantaient de la participation des populations locales dans la planification et l'évaluation des services de santé de leur localité, tandis que les membres de ces mêmes communautés n'avaient toute implication de leur part.

En Guinée, le même problème se pose. Sur les 775 ménages enquêtés (ou les 1284 personnes interrogées), 11% affirment être au courant de l'existence du comité de gestion de leur CS. Ils s'agit essentiellement des chefs de ménage (91%). De plus, dans 70% des cas, ces personnes ne connaissent que le trésorier parmi les membres du comité de gestion et pensent que la fonction du comité de gestion se limite à la gestion des recettes du CS.

Donc, la participation communautaire se résume sur le terrain, à la participation financière des collectivités pour financer les services de santé de leur localité.

Les sommes ainsi collectées sont-elles suffisantes pour assurer la qualité promise en contrepartie? Makinen et McInnes (1991) disent qu'en Guinée, les recettes du recouvrement s'élèvent à 47% des dépenses, donc des sommes assez considérables sont collectées auprès des utilisateurs

des services.

Ces recettes, dans certains cas même supérieures aux dépenses courantes des CS (dans le cas du Sénégal, les sommes collectées représentaient 127% des dépenses des CS en 95), sont évidemment ré-injectées dans les caisses des CS comme prévu au départ. Ce qui est moins évident est la part du financement qu'elles occupent dans différents pays. Est-ce que les sommes ainsi collectées sont utilisées en remplacement d'une partie du financement public des CS ou s'agit-il de supplément aux budgets des CS? En Mauritanie, expliquent Audibert et Mathonnat (2000), jusqu'en 1995 ce financement était ajouté au budget des CS ce qui au bout du compte contribuait à l'augmentation du budget total des CS. Cependant, depuis 1996, le gouvernement mauritanien a réduit les subventions accordées aux CS. Le total des revenus des CS n'a pas beaucoup changé mais la part des usagers dans le financement des CS a augmenté.

Ainsi le financement communautaire qui se devait de rehausser la qualité des services de santé a, dans certains cas, plutôt contribué à alléger le fardeau de l'état dans le financement des services sanitaires.

6.5 DISCUSSION DU DEVIS ET AUTRES PROBLÈMES D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE:

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour un devis de type transversal. Bien que les études transversales soient très avantageuses parce que moins longues et moins coûteuses, elles comportent néanmoins des inconvénients. Il s'agit de l'ensemble des biais liés au fait que l'information concernant l'exposition ou les variables indépendantes

et celle de l'"outcome" de l'étude sont colligées au même moment. Ce problème a empêché d'analyser les données sur la qualité perçue des services offerts dans les CS. La perception de la qualité étant mesurée de pair avec l'utilisation des services thérapeutiques, elle reflétait la satisfaction chez ceux et celles qui avaient consulté au CS. Ainsi elle n'était plus un déterminant du comportement d'utilisation mais plutôt la résultante de ce comportement.

Les cas de maladies recensées ne représentent nullement l'ensemble des cas incidents survenus durant la période d'enquête. D'une part, Kroeger (1985) nous met bien en garde contre la notification des maladies par les individus malades ou pire encore, par une tiers personne. Dans de telles situations, l'information colligée risque de ne pas être exacte et de manquer de précision. Idéalement il faudrait être en mesure d'obtenir l'information exacte par le professionnel de la santé ou le guérisseur qui a posé le diagnostic sur la personne malade ou comme le suggère Kroeger, effectuer un examen de la santé comme critère de référence. D'autre part, il doit exister une volonté pour rapporter les cas de maladie. Kroeger (1983b) mentionne encore une fois, pour qu'un cas soit rapporté, il faut que le problème ait été notable et qu'il n'existe pas de barrière sociale ni psychologique à sa mention. Dans notre situation, les cas sont rapportés par le chef du ménage, la quantité d'information obtenue dépend donc de son degré de coopération. Nous sommes conscients du fait que plusieurs cas de maladies ne sont probablement pas rapportés et que cette attrition est sélective. Certains types de maladies figurent plus souvent parmi les cas non rapportés, par exemple quand il s'agit de problèmes « honteux »...

À titre d'exemple, une simple étude des registres du centre de santé de nos 4 localités, indique que plusieurs cas de maladies transmises sexuellement ou de malaises liés à l'appareil urinaire ont été traités au centre de santé durant cette même période. Sachant que seule une partie des cas incidents de MTS se réfèrent au centre de santé, en réalité leur nombre est supérieur, Par ailleurs, par la simple loi du hasard nous aurions dû en collecter quelques-uns, or cela n'a pas été le cas. Cette simple comparaison des registres du centre de santé avec les cas recensés nous laisse à croire que les cas recensés ne représentent pas l'ensemble des maladies survenues durant cette période. Certains cas jugés honteux n'ont pas été rapportés ; ou tout simplement le chef du ménage n'était pas nécessairement au courant de tous les cas de maladie dans son ménage.

Concernant les biais potentiels liés à notre étude, nous devons mentionner le biais de mémoire. Bien qu'en optant pour une période de rappel de 2 semaines nous ayons réduit ce biais, mais il n'est pas tout à fait exclu. La seule manière de pouvoir l'éliminer est de conduire une étude prospective avec un suivi régulier de l'ensemble des ménages de l'échantillon. Une étude comme celle de Ryan (1995), où un tel suivi est accompli, a permis de recenser la presque totalité des cas de maladie durant la période d'étude. Ceci explique qu'il lui a été possible d'enregistrer beaucoup de cas peu graves et d'observer que 84% des malades se soignaient sans chercher des soins à l'extérieur du ménage.

Nous avons également rencontré un certain biais de sélection des personnes incluses dans les analyses. Il s'agit cependant, d'un biais de sélection non différentiel dû au manque d'information concernant la fin de l'épisode de soins. Cependant, on assume que les personnes qui ne

sont pas observées pendant toute la durée de leur maladie, ont les mêmes comportements que celles qui sont observées pendant tout l'épisode. D'ailleurs pour minimiser ce biais, nous avons exclu toutes les personnes qui étaient malades depuis moins de 5 jours avant la journée de l'enquête.

6.6 ET POUR CONCLURE ...

Bien que les objectifs que l'OMS avait fixés en 1978 pour l'an 2000 soient loin d'avoir été atteints, de nombreux progrès ont été réalisés au cours de ces années.

Un des indicateurs généraux pour l'évaluation du progrès effectué vers "la santé pour tous en l'an 2000" est la disponibilité et l'accessibilité aux centres de santé pour toute la population (OMS, 1988).

Selon les données officielles (site internet officiel de la Guinée), l'accessibilité aux centres de santé est assurée pour 75% de la population guinéenne (couverture administrative). Dans son plan d'action sanitaire, le gouvernement guinéen souhaite même atteindre un taux national d'accessibilité aux services curatifs de 90% à la fin de l'an 2000.

Mais même si l'accessibilité optimale est assurée, l'utilisation des CS ne l'est pas, pour plusieurs raisons dont la barrière financière qui est d'autant plus importante que les gens vivent dans des conditions très précaires.

Un système de santé public n'est pas, par définition, inefficace et de piètre qualité. Un système de santé public, autant que privé, peut être mal géré et inefficace. Un système public peut aussi offrir des services de bonne qualité et être grandement fonctionnel. Dans le monde en développement, certains exemples comme Cuba (Rojas Ochoa et Lopez

Pardo, 1997) et l'État de Kérala en Inde (Kutty, 2000) nous témoignent de telles possibilités. Amartya Sen (1999) résume bien la question:

" Even when an economy is poor, major health improvements can be achieved through using the available resources in a socially productive way. It is extremely important, in this context, to pay attention to the economic considerations involving the relative costs of health care. Since health care is a very labor-intensive process, low wage economies have a relative advantage in putting more - not less - focus on health care".

Donc bien que la qualité et aussi la quantité de ressources soient importantes, c'est leur distribution équitable qui en grande partie contribue à l'amélioration des indicateurs de santé de la population en général. Ce point a également été présenté dans les différents travaux de Dahlgren (1994, 2000).

Nous partageons leur opinion concernant la tarification des services de santé, qu'ils qualifient de politique régressive. Quand les populations doivent s'endetter pour se soigner ou pire, dans certains cas vendre une partie de leurs biens, nous ne les guérissons pas, nous contribuons à leur paupérisation. Dans une étude effectuée en zone rurale chinoise, ils se sont rendus à l'évidence que le tiers des personnes qui vivaient sous le seuil de la pauvreté étaient devenues pauvres suite à de grosses dépenses encourues à l'occasion de maladies graves (Chinese Rural Health System Research Group, 1991).

Sen et Koivusalo (1998) soulèvent une question pertinente: Comment se fait-il que l'État de Kérala en Inde ou le Sri Lanka qui ont un assez faible PIB par habitant peuvent se permettre des systèmes de santé universels tandis que des pays avec un bien plus grand PIB per capita ne

sont pas en mesure de le faire? Comme ils le disent, le débat est idéologique...

CHAPITRE 7
RÉFÉRENCES

Aballea P., 1991, La mesure de la capacité contributive des ménages, est-elle utile pour la mise en œuvre du financement communautaire des services de santé? , dans: *Argent et santé: Expériences de financement communautaire en Afrique*, Acte du séminaire International CIE, Paris, pp.63-72.

Abel-Smith B., Rawal P., 1992, Can the poor afford « free » health services ? a case study of Tanzania, *Health Policy and Planning*, 7(4): 329-341.

Abou-Zahr C., Vlassoff C., Kumar A., 1996, Quality care for women: a global challenge, *Health Care for Women International*, 17: 449-467.

Ahmed A.M., Urassa D.P., Gherardi E., Game N.Y., 1996, Patients' perception of public, voluntary and private dispensaries in rural areas of Tanzania, *East African Medical Journal*, 73(6) : 370-374.

Ahmed S.M., Adams A.M., Chowdhury M., Bhuiya A., 2000, Gender, socioeconomic development and health seeking behaviour in Bangladesh, *Social Science and Medicine*, 51(3): 361-371.

Akin J., Guilkey D., Denton E.H., 1995, Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation, *Social Science and Medicine*, 40(11): 1527-1537.

Akin J., Hutchinson P., 1999, Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing, *Health Policy and Planning*, 14(2) :135-151.

Akin J.S., Griffin C.C., Guilkey D.K., Popkin B.M., 1986, The demand for adult outpatient services in the Bicol region of the Philippines, *Social Science and Medicine*, 22(3): 321-328.

Arkovitz M.S., Manley M., 1990, Specialization and referral among the N'anga (traditional healers) of Zimbabwe, *Tropical Doctor*, 20 : 109-110.

Atakouma D.Y., Gbetoglo D., Tursz A., Crost M., Agbere A., 1999, Étude épidémiologique du recours aux consultations hospitalières d'urgence chez les enfants de moins de 5 ans au Togo, *Rev. Épidem. et Santé Publ.*, 47(2): 2S75-2S91.

Audibert M., Mathonnat J., 2000, Cost recovery in Mauritania: initial lessons, *Health Policy and Planning*, 15(1): 66-75.

Banque Mondiale, 1987, *Le financement des services de santé dans les pays en développement, Un programme de réforme*, Banque Mondiale, Washington.

Béland F., 1994, Introduire la durée dans la conception de la mesure de l'utilisation des services médicaux, *Rupture*, 1(1): 28-44.

Berman P., Kendall C., Bhattacharya K., 1994, The household production of health : Integrating social science perspectives on micro-level health determinants, *Social Science and Medicine*, 38(2): 205-215.

Bitran R., 1995, Efficiency and quality in the public and private sectors in Senegal, *Health Policy and Planning*, 10(3): 271-283.

Bitran R., Brewsler S., Ba B., 1994, Coût, financement et efficacité des établissements sanitaires publics au Sénégal, *Health Financing and Sustainability Project (HFS), No. #10-F*.

Bjorck M., Johanson R., Kanji N., 1992, Improving the quality of primary care services in Angola, *Health Policy and Planning*??: 290-295.

Bletzer K.V., 1993, Perceived severity: Do they experience illness severity as we conceive it ?, *Human Organization*, 52(1) :68-75.

Bolduc D., Lacroix G., Muller C., 1996, The choice of medical providers in rural Benin : a comparison of discrete choice models, *Journal of Health Economics*, 15 : 477-498.

Brice J., Toole M.J., Waldman R.J., Voigt T.A., 1992, Assessing the quality of the facility-based child survival services, *Health Policy and Planning*, 7(2): 155-163. BRUCE, J., 1990, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 21(2): 61-91.

Carrin Guy, Perrot J., Sergent F., 1993, *The influence of financial participation by the population on health care demand: an analytical tool for countries in greatest need*, WHO/ICO/MESD.6, Geneva.

Castro-Leal F., Dayton J., Demery L., Mehra K., 2000, Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin de l'OMS*, 78(1): 66-74.

Chawla M., Ellis R., 2000, The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger, *Health Policy and Planning*, 15(1): 76-84.

Ching P., 1995, User fees demand for children's health care and access across income groups: the Philippine case, *Social Science and Medicine*, 41(1): 37-46.

Chinese rural Health System Research Group, 1991, Research on the rural health care systems in China; cité dans Sen K., Koivusalo M., 1998, Health care reforms and developing countries: A critical overview, *Int. J. Health Planning and Management*, 13: 199-215.

Chisadza E., Maponga C.C., Nazerali H., 1995, User fees and drug pricing policies: a study at Harare Central Hospital, Zimbabwe, *Health Policy and Planning*, 10(3): 319-326.

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

Cleary P.D., Mc NEIL B.J., 1988, Patient satisfaction as an indicator of quality care, *Inquiry*, 25 : 25-36.

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Potvin L., Denis J-L., Boyle P., 1990, *Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer*, Presses de l'université de Montréal.

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. Épidem. et Santé Publ.*, 47(2): 2S11-2S17.

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

Cortinovis I., Velle V., Ndiku J., 1993, Construction of a socio-economic index to facilitate analysis of health data in developing countries, *Social Science and Medicine*, 36(8) : 1087-1097.

Creese A.L., 1991, User charges for health care : a review of recent experience, *Health Policy and Planning*, 6(4): 309-319.

Dahlgren G., 1994, Political economy of health financing strategies in Kenya, in : Chen L.C., Kleinman A., Ware N.C., *Health and social change in international perspective*, chap.16, Harvard University Press, pp.454-470.

Dahlgren G., 2000, Efficient equity-oriented strategies for health, in Round Table discussion, *Bulletin of the WHO*, 78(1): 79-81.

David S., 1993, Health expenditure and household budget in rural Liberia, *Health Transition Review*, 3(1) : 57-76.

De Béthune X., Alfani S., Lahaye J.P., 1989, The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaïre, *Health Policy and Planning*, 4(1): 76-81.

De Clerque J., Bailey P., Janowitz B., Dominik R., Fiallos C., 1992, Management and treatment of diarrhea in Honduran children: Factors associated with mother's health care behaviors, *Social Science and Medicine*, 34: 687-695.

De Ferranti D., 1985, *Paying for health services in developing countries, An overview*, World Bank Staff Working Papers, No. 721, World Bank, Washington.

Diakité S.L., 1998, *Système de recouvrement des coûts et utilisation du médicament au Mali*, Thèse de doctorat en Santé publique, Université de Montréal, Canada

Diarra T., 1993, Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni, dans: Brunet-Jailly J., *Se soigner au Mali*, Ed Karthala, Paris.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé*, Ed. PUF, Paris, 324 pp.

Diop F., Yazbeck A., Bitran R., 1995, The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger, *Health Policy and Planning*, 10(3): 223-240.

Dor A., Van Der Gaag J., 1988, The demand for medical care in developing countries: Quantity rationing in rural Côte d'Ivoire, *Living Standards Measurement Study (LSMS), Working paper # 35*, World Bank Pub., Washington.

Dor A., Van Der Gaag J., 1993, Quantity rationing and the demand of adults for medical care in rural Côte d'Ivoire, in : Mills S.A., Lee K., *Health economics research in developing countries*, Oxford Med. Pub., (chap.8), pp.193-213.

Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W., 1987, *Methods for the economic evaluation of health care programs*, Oxford Medical Publications.

Dumoulin J., Kaddar M., 1993, Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne : rationalité et autres questions subséquentes, *Sciences Sociales et Santé*, XI (2) : 81-119.

El-Shabrawy A., Mahmoud E.A., 1993, A study of patient satisfaction with primary health care services in Saudi Arabia, *Journal of Community Health*, 18(1) : 49-54.

Ensor T., San P.B., 1996, Access and payment for health care: the poor of northern Vietnam, *Int. J. Health Planning and Management*, 11: 69-83.

État du Monde, Annuaire économique géopolitique mondial, 2000, Éd. La Découverte/Boréal, Montréal, Canada, p.136.

Fabricant S.J., Kamara C.W., Mills A., 1999, Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone, *Int. J. Health Planning and Management*, 14(1): 179-199.

Fabricant S.J., 1992, *Community financing in Sierra Leone: affordability and equity of primary health care costs*, Thèse de Doctorat, Université de Londres, GB.

Fabricant S.J., Kamara C.W., 1991, The financing of community health services in Sierra Leone : seasonality, socio-economic status, gender and location factors affecting access to services, UNICEF, *Bamako Initiative Technical Report, Series 8*.

Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Presses Universitaires de France.

Fassin D., Brousselle C., 1991, Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique: problèmes méthodologiques, *Rev. Epidém.et Santé Publ.*, 39: 89-99.

Fosu G.B., 1994, Childhood morbidity and health services utilization: Cross national comparisons of user-related factors from DHS data, *Social Science and Medicine*, 38(9): 1209-1220.

Fournier P., Haddad S., 1995, Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, *Sociologie des Populations*, pp.289-325.

Freund P.J., Kalumba K., 1995, Surveillance et évaluation des soins de santé primaires, (chap.8) dans : Kasonde J.M., Martin J.D., *Les réalisations de la Zambie en matière de soins de santé primaires*, OMS, Genève.

Gertler P., Locay L., Sanderson W., Dor A., Van Der Gaag J., 1988, Health care financing and the demand for medical care: Are user fees regressive?, *Living Standards Measurement Study (LSMS), Working paper # 37*, World Bank Pub., Washington.

Gilson L., Alilio M., Heggenhougen K., 1994, Community satisfaction with primary health care services : an evaluation undertaken in the

Morogoro region of Tanzania, *Social Science and Medicine*, 39(6): 767-780.

Glik D.C., Ward W.B., Gordon A., Haba F., 1989, Malaria treatment practices among mothers in Guinea, *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 421-435.

Gu X.Y., Tang S.L., Cao S.H., 1995, The financing and organization of health services in rural China: a case study in Donglan County, *Int. J. Health Planning and Management*, 10(1): 265-282.

Gunatileke G., 1995, *Poverty and health in developing countries : the potential role of technical cooperation among developing countries (TCDC) for poverty alleviation and health development*, Technical paper, WHO/ICO/MESD.16, Genève.

Gwatkin D.R., 2000, Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?, *Bulletin de l'OMS*, 78(1): 3-18.

Haddad S., 1992, *Utilisation des services de santé en pays en développement: une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre*, Thèse de doctorat en économie de la santé, U. Claude Bernard - Lyon, France.

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

Haddad S., Fournier P., Potvin L., 1994, *Participation communautaire, mobilisation sociale et soins de santé primaires en République de Guinée*, Rapport de recherche, Montréal.

Hausmann Muela S., Mushi A.K., Muela Ribera J., 2000, The paradox of the cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania, *Health Policy and Planning*, 15(3): 296-302.

Heinonen T., 1994, Gender and the use of health care services in rural Philippines, *Canadian Journal of Development Studies*, XV(3) : 445-459.

Heller P., 1982, A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia, *Social Science and Medicine*, 16: 267-284.

Henderson G., Akin J., Zhiming G.L., Shuigao J., Haijiang M., Keyou G., 1994, Equity and the utilization of health services : report of an eight-province survey in China, *Social Sciences and Medicine*, 39(5) : 687-699.

Hotchkiss D., 1993, The role of quality in the demand of health care, Cebu, Philippine, *Health Financing and Sustainability Project (HFS)*, No.12.

Huber J.H., 1993, Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example, *Social Sciences and Medicine*, 36(4): 485-494.

Igun U.A., 1979, Stages in health seeking: a descriptive model, *Soc.Sc.Med*, 13A: 445-456.

Janzen J.M., 1978, *The quest of therapy in lowest Zaire*, Berkley, University of California Press.

Johansson E., Long N.H., Diwan V.K., Winkvist A., 2000, Gender and tuberculosis control perspectives on health among men and women in Vietnam, *Health Policy*, 52(1): 33-51.

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, 65 pp.

Kahssay H.M., 1998, L'avenir de la santé se joue dans les centres de santé, *Forum Mondial de la Santé*, 19(4): 341-348.

Kanji N., Kilima P., Lorenz N., Garner P., 1995, Quality of primary outpatient services in Dar-es-Salaam: a comparison of government and voluntary providers, *Health Policy and Planning*, 10(2): 186-190.

Kasonde J.M., Martin J.D., 1995, *Les réalisations de la Zambie en matière de soins de santé primaires*, OMS, Genève.

Keith P.M., Wickrama K.A.S., 1990, Use and evaluation of health services by women in developing countries: is age important?, *The Gerontologist*, 30(2): 262-268.

Killingsworth J.R., Hossain N., Hedrick-Wong Y., Thomas S.D., Rahman A., Begum T., 1999, Unofficial fees in Bangladesh : price, equity and institutional issues, *Health Policy and Planning*, 14(2) :152-163.

Knippenberg R., Alihonou E., Soucat A., Oyegbite K., Calivis M., Hopwood I., Niimi R., Pathe Diallo M., Conde M., Ofosu-Ama S., 1997, Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea, *Int. J., Health Planning and Management*, 12 (suppl. 1): S29-S47.

Knowles J.C., 1995, Research note: Price uncertainty and the demand for health care, *Health Policy and Planning*, 10(3): 301-303.

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

Kroeger A., 1983b, Health interview survey in developing countries: A review of the methods and results , *Int. J. of Epi.*, 12(4): 465-481.

Kroeger A., 1985, Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement, *Wld. Hlth. Stat. Quart.*, 38: 15-37.

Kumaresean J.A., Maganu E.T., 1994, Socio-cultural dimensions of leprosis in North-Western Botswana, *Social Science and Medicine*, 39(4) :537-541.

Kutty V.R., 2000, Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State , India, *Health Policy and Planning*, 15(1) :103-109.

Laplantine F., 1990, Médecines traditionnelles et médecine officielle dans le Brésil contemporain, le double éclairage de l'anthropologie religieuse, *Santé, Culture, Health*, VII(1): 5-20.

Lavy V., Germain J-M., 1994, Quality and cost in health care choice in developing countries, *Living Standards Measurement Study (LSMS), Working paper # 105*, World Bank Pub., Washington.

Lavy V., Strauss J., Thomas D., De Vreyer P., 1996, Quality of health care, survival and health outcomes in Ghana, *J. of Health Economics*, 15 : 333-357.

Litvack J.I., Bodard C., 1993, User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon, *Social Science and Medicine*, 37: 369-383.

Rémis R., 1995, *Culture et santé publique*, Gaétan Morin Éditeur, Montréal.

Mathiews H.F., Hill C.E., 1990, Applying cognitive decision theory to the study of regional patterns of illness treatment choice, *American Anthropologist*, 92(1) :155-170.

Mbugua J.K., Bloom G.H., Segall M.M., 1995, Impact of user charges on vulnerable groups: the case of Kibwezi in rural Kenya, *Social Science and Medicine*, 41(6): 829-835.

McPake B., Hanson K., Mills A., 1992, *Experience to date of implementing the Bamako Initiative: A review and five countries case studies*, PHP Departmental Publication, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Mehretu A., Mutambirwa C., 1992, Time and energy cost of distance in rural life space of Zimbabwe : case study in the Chiduku communal area, *Social Science and Medicine*, 34(1): 17-24.

Mull D.S., Mull, D., Malik Kundi, M.Z., Anjum, M., 1994, Mothers' perceptions of severe pneumonia in their own children : a controlled study in Pakistan, *Social Science and Medicine*, 38(7) :973-87.

Mwabu G., Ainsworth M., Nyamete., 1993, *Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: an empirical analysis*, The World Bank Africa Technical Department.

Mwabu G., Mwangi W., 1986, Health care financing in Kenya: a simulation of welfare effects of user fees, *Social Science and Medicine*, 22: 763-767.

Mwabu G., 1986, Health care decision at the household level: results of a rural health survey in Kenya, *Social Science and Medicine*, 22(3): 315-319.

Nichter M., 1978, Patterns of resort in the use of therapy systems and their significance for health planning in South Asia, *Medical Anthropology*, 2(2) :29-56.

Noorali R., Luby S., Rahbar M H., 1999, Does use of a government service depend on distance from the health facility?, *Health Policy and Planning*, 14(2) :191-197

Omorodion F.I., 1993, The socio-cultural context of health behaviour among Esan communities, Edo State, Nigeria, *Health Transition Review*, 3(2): 125-36.

OMS, 1979, *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000: Principes directeurs et questions essentielles*, Genève, (Série "Santé pour tous", No.3):

OMS, 1988, *From Alma-Ata to the year 2000, Reflections at the midpoint*, Geneva.

OMS, 1991, *La santé pour tous d'ici l'an 2000, À mi-chemin, le point de la situation dans divers pays*, Genève.

OMS, 1993, *Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Deuxième évaluation, Vol 2, Région africaine*, Genève.

OMS, 1997a, Amélioration de l'efficacité des centres de santé dans le cadre des systèmes de santé de district, *Série de Rapports Techniques*, no.869, Genève.

OMS, 1997b, *Health and poverty in the context of country development strategy: a case study on Bangladesh*, Country paper,

Macroeconomics, Health and Development series, WHO/ICO/MESD.26, Geneva.

OMS, 1998, *Poverty and health: aligning pectoral programs with national health policies*, Policy paper, Macroeconomics, Health and Development series, WHO/ICO/MESD.29, Geneva.

OMS/FISE, 1988, Idées directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, Comité Régionale de l'Afrique, 38^{ème} session.

Oni J.B., 1996, Qualitative exploration of intra-household variations in treatment of child illness in polygynous Yoruba families: the use of local expressions, *Health Transition Review*, 6:57-69.

ONU, 1999, *Dictionnaire démographique et de la santé de la reproduction*, www.popin.org.

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

Oths K.S., 1994, Health care decisions of households in economic crisis : an example from the Peruvian highlands, *Human Organization*, 53(3) :245-254.

Paine P., Wright M.G., 1989, With free health services, why does the Brazilian working class delay in seeing the doctor ? *Tropical Doctor*, 19 : 120-123.

Pepperall J., Garner P., Fox-Rushby J., Moji,N., Harpaham T., 1995, Hospital or health center? A comparison of the costs and quality of urban outpatient services in Maseru, Lesotho, *Int.J.Health Plann. & Manag.* 10: 59-71.

Philips D.R., 1990, Using health services , in: *Health and health care in the Third World*, Longman Scientific and Technical, Essex, England, pp. 178-222.

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

Price M., 1988, The consequences of health service privatization for equality and equity in health care in South-Africa, *Soc. Sc. Med.*, 27(7): 703-716.

Raman Kutty V., 2000, Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India, *Health Policy and Planning*, 15(1): 103-109.

Reerink I.H., Sauerborn R., 1996, Quality of primary health care in developing countries : recent experiences and future directions, *Int.J. for Quality in Health Care*, 8(2) :131-139.

Rojas Ochoa F., Lopez Pardo C.M., 1997, Economy, politics and health status in Cuba, *Int.J. Health Services*, 27(4) :791-807.

Ron A., 1993, *Planning and implementing health insurance in developing countries : guidelines and case studies*, Guiding Principles, WHO/ICO/MESD.7, Geneva.

Roos N.P., Ross L.L., 1996, Les variations géographiques et l'utilisation, le style de pratique et la qualité des soins, (chap.9), dans : Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R., *Être ou ne pas être en bonne santé*, PUM.

Russel S., 1996, Ability to pay for health care: concepts and evidence, *Health Policy and Planning*, 11(3): 219-237.

Rwangabo P.C., 1993, *La médecine traditionnelle au Rwanda*, Ed. Karthala, Paris.

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

Ryan G.W., 1998, What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? : Modeling home case

management of acute illnesses in a rural cameroonian village, *Social Science and Medicine*, 46(2) :209-225.

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

Sauerborn R., Berman P., Nougara A., 1996b, Age bias, but no gender bias in the intra-household resource allocation for health care in rural BurkinaFaso, *Health Transition Review*, 6 : 131-145.

Sauerborn R., Nougara A., Diesfeld H., 1989, Low utilization of community health workers: results from a household interview survey in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 29: 1163-1174.

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

Sauerborn R., Nougara A., Latimer E., 1994, The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups, *Health Policy and Planning*, 9(2): 185-192.

Sauerborn R., Nougara A., Sorgho G., Bidiga J., Tiebelesse L., Diesfeld H.J., 1989a, Assessment of MCH services in the district of Sorenzo, Burkina Faso, II : Acceptability, *Journal of Tropical Pediatric*, 35(suppl.): 10-13.

Schulpen T.W., Swinkels W.J., 1980, Machakos Project Studies. Agents affecting health of mother and child in a rural area of Kenya. the utilization of health services in a rural, *Tropical & Geographical Medicine*. 32(4):340-349.

Schumann D.A., Mosley W.H., 1994, The household production of health, *Social Sciences and Medicine*, 38(2): 201-204.

Sen A., 1999, Health in development, *Bulletin de l'OMS*, 77(8): 619-623.

Sen A., Benayak, Sharifa Begum, 1998, *Development of a methodology for identifying the poorest and most vulnerable people at local level*, Technical Paper, WHO/ICO/MESD.27, Geneva.

Sen K., Koivusalo M., 1998, Health care reforms and developing countries: A critical overview, *Int. J. Health Planning and Management*, 13: 1999-215.

Sen A., Benayak, 1997, *Health and poverty in the context of country development strategy: a case study on Bangladesh*, Country paper, WHO/ICO/MESD.26, Geneva.

Shepard D.S., Carrin G., Nyandagazi P., 1993, Household participation in financing of health care at government health centers in Rwanda, in: MILLS, A., LEE, K., *Health economics research in developing countries*, Oxford Medical Publications, (chap.6) pp.140-164.

Site Internet officiel de la Guinée: WWW:

Sköld M., 1998, *Poverty and health : who lives, who dies, who cares*, Policy Paper, WHO/ICO/MESD.28, Geneva.

Soucat A., Levy-Bruhl D., De Bethune X., Gbedonou P., Lamarque J.P., Bangoura O., Camara O., Gandaho T., Ortiz C., Kaddar M., Knippenberg R., 1997a, Affordability, Cost-effectiveness and efficiency of primary health care: The Bamako Initiative experience in Benin and Guinea, *Int. J. of Health Planning and Management*, 12 (suppl.1): S81-S108.

Soucat A., Gandaho T., Levy-Bruhl D., De Bethune X., Alihonou E., Ortiz C., Gbedonou P., Adovohekpe P., Camara O., Ndiaye J.M., Dieng B., Knippenberg R., 1997b, Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: The equity implications of the Bamako Initiative, *Int. J. of Health Planning and Management*, 12 (suppl.1): S137-S163.

Steen T.W., Mazonde G.N., 1999, Ngaba ya setswana, ngaka ya sekoa or both? Health seeking behaviour in Batswana with pulmonary tuberculosis, *Social Science and Medicine*, 48 : 163-172.

Stierle F., Kaddar M., Tchikaya A., Schmidt-Ehry B., 1999, Indigence and access to health care in Sub-Saharan Africa, *Int. J. Health Planning and Management*, 14(1): 81-105.

Tembon A.c., 1994, *The demand for outpatient care in a health district in the North West province of Cameroon : An empirical investigation into the potential effect of introducing community financing in public health centers*, These de doctorat, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London University.

Tembon A.C., 1996, Health care provider choice: the North West province of Cameroon, *Int.J.Health Plann. & Manag.*, 11: 53-67.

Timaeus I., Harpham T., Price M., Gilson L., 1988, Health survey in developing countries: the objectives and design of an international programme, *Social Science and Medicine*, 27(4): 359-368.

Tinta S., 1993, Les services de santé du cercle de Bandiagara, dans: Brunet-Jally J., *Se soigner au Mali*, Ed. Karthala, Paris.

Tsingi B., Willis C.Y., Deal D.R., Wong H.J., 1993, Cost recovery and quality of care in the Congo, *Health Financing and Sustainability Project (HFS)*, No.7.

Tursz A., 1999, Utilisation et perception des systèmes de santé par les enfants et leur famille: recherche appliquée interdisciplinaire. Historique, méthodologie générale et perspectives, *Rev. Épidem. et Santé Publ.*, 47(2): 2S3-2S10.

Tursz A., Crost M., 1999, Étude épidémiologique du recours aux soins selon le sexe chez les enfants de moins de 5 ans en pays en développement, *Rev. Épidem. et Santé Publ.*, 47(2): 2S133-2S156.

Tursz A, Crost M, Kermani S, Reghal M, Grangaud J.P, 1999, Étude épidémiologique du recours aux soins curatif des enfants de moins de 5 ans en Algérie : quelles leçons pour le système de santé?, *Rev. Épidem. et Santé Publ.*, 47(2): 2S18-2S37.

Twumasi P.A., 1995, Le rôle des tradipraticiens dans les soins de santé primaires en Zambie, (chap.9), dans : Kasonde J.M., Martin J.D., *Les*

réalisations de la Zambie en matière de soins de santé primaires, OMS, Genève.

Urassa M., Boerma J.T., Ng'weshemi J.Z.L., Isingo R., Schapink D., Kumogola Y., 1997, Orphanhood, child fostering and the AIDS epidemic in rural Tanzania , *Health Transition Review*, 7 (Supp.2) : 141-153.

Valdez E., 1993, *Santé et médecine populaire en Bolivie*, Ed. Karthala, Paris.

Van Der Geest S., Macwan'gi M., Kamwanga J., Mulikelela D., Mazimba A., Mwangelwa M., 2000, User fees and drugs: what did the health reforms in Zambia achieve?, *Health Policy and Planning*, 15(1): 59-65.

Van Der Stuyft P., Sorensen S.C., Delgado E., Bocaletti E., 1996, Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala, *Tropical Medicine and International Health*, 1(2) : 161-170.

Van Luijk J.N., 1979, Profile expectation and satisfaction of outpatients (1970-1972), *Trop. Geogr. Med.*, 31 : S33-S59.

Vissandjee B., 1994, *Utilization of health services among rural women in Gujarat, India*, Thèse de doctorat, U. of Michigan.

Vogel R.J., 1988, *Cost recovery in the health care sector, Selected country studies in West Africa*, World Bank Technical Paper, No.82, World Bank, Washington.

Waddington C.J., Enyimayew K.A., 1989, A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akin district, Ghana, *Int. J. Health Plann. & Manag.*, 4: 17-47.

Wallman S., Baker M., 1996, Which resources pay for treatment? a model for estimating the informal economy of health, *Social Science and Medicine*, 42(5): 671-679.

Waltkins K., 1997, Cost-recovery and equity in the health sector : issues for developing countries, (<http://www.oneworld.org/textver/oxfam/policy/research/helsinki.htm>)

Waters H.R., 2000, Measuring equity in access to health care, *Social Science and Medicine*, 51(4): 599-612.

Weaver M., 1995, User fees and patient behavior: evidence from Niamey National Hospital, *Health Policy and Planning*, 10(4): 350-361.

Weaver M., Chapko M., Ndamobissi R., Kornfield R., Blewane C., Sathe A., 1993, Estimating the willingness to pay for quality of care: comparison of contingent valuation and two-step health expenditure methods, *Health Financing and Sustainability Project (HFS)*, No.9.

Werner D., 1993, *The life and death of primary health care or the McDonaldization of Alma Ata*, conférence présentée lors du séminaire de Medical Aid for the Third World, Dworp, Belgique.

Whittaker A., Mita R., Hossein B., Koenig M., 1996, Evaluating rural Bangladeshi women's perspectives of quality in family planning services, *Health Care for Women International*, 17: 393-411.

Wouters A-M., 1995, Improving quality through cost recovery in Niger, *Health Policy and Planning*, 10(3): 257-270.

Wyss K., 1994, *Utilisation des services de santé en milieu urbain à N'Djamena (Tchad): étude des déterminants et de leurs interactions*, Thèse de doctorat, U. de Bâle.

Wyss K., Whiting D., Kilima P., McLarty D.G., Mtasiwa D., Tanner M., Lorenz N., 1996, Utilization of government and private health services in Dar es Salaam, *East African Medical Journal*, 73(6) : 357-363.

Yoder R.A., 1989, Are people willing and able to pay for health services?, *Social Science and Medicine*, 29(1): 35-42.

Zaïdi A., 1994, Planning in health sector : for whom, by whom ?, *Social Science and Medicine*, 39(9) : 1385-1393.

ANNEXE-1
QUESTIONNAIRES DESTINÉS POUR LA COLLECTE DE
L'INFORMATION:

1. Questionnaire ménage/malade

2. Fiche de concession

*Recherche opérationnelle en République de Guinée
projet 2 :
Qualité, coût et utilisation des services de santé*

Enquête dans les ménages

Répondant = chef du ménage

1. **Enquêteur** _____
2. **Date** _____
3. **Village** _____
4. **Quartier / Secteur** _____ / _____
5. **Identification du Ménage**

A shaded rectangular box containing five numbered input fields for data collection:

- 1. A small rectangular box with two vertical lines inside, representing a two-digit number.
- 2. A larger rectangular box with three vertical lines inside, representing a three-digit number.
- 3. A small rectangular box with two vertical lines inside, representing a two-digit number.
- 4. A small rectangular box with two vertical lines inside, representing a two-digit number.
- 5. A long rectangular box with six vertical lines inside, representing a six-digit number.

Section 2: CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

1. A quelle ethnie appartenez-vous? [1] Malinké [3] Peulh
[2] Guerzé [8] Autre, précisez _____
2. De quelle religion êtes-vous? [1] Musulman [3] Chrétien protestan
[2] Chrétien catholique [8] Autre, précisez _____
3. Instruction du chef de ménage ? [1] Aucune [3] Lit et écrit
[2] Alphabétisé [4] Primaire
[5] Secondaire et +
4. Instruction de la première épouse (si elle n'est pas le chef du ménage)? [1] Aucune [3] Lit et écrit
[2] Alphabétisé [4] Primaire
[5] Secondaire et +
4. Quelle est l'activité principale du chef de ménage? [1] Agriculteur [3] Artisan
[2] Commerçant [4] fonctionnaire , employé
[8] Autre, précisez _____
5. Y a-t-il une autre personne qui rapporte de l'argent dans le ménage? [1] Oui [0] Non
6. si la réponse est oui, précisez (qui et quelles sont leurs principales activités) ?
- _____
- _____
- _____
7. Le chef de ménage est-il ... [1] Propriétaire du logement?
[2] Locataire du logement?
[8] Autre, précisez _____
8. Le ménage possède-t-il ... [1] Une voiture? [1] Oui [0] Non
[2] Une moto? [1] Oui [0] Non
[3] Un vélo? [1] Oui [0] Non
[4] Une télévision? [1] Oui [0] Non
[5] Une radio? [1] Oui [0] Non
9. Le ménage possède-t-il une parcelle de terre cultivable? [1] Oui [0] Non
10. Combien d'animaux le ménage possède-t-il ... [1] Vaches ? _____
[2] Moutons, chèvres ? _____
[3] Volailles ? _____
[4] Autres ? précisez _____

11. Comment le ménage s'approvisionne-t-il en eau ?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| [1] Puits en dehors de la concession | [4] Fleuve, lac, source |
| [2] Fontaine publique, fourage | [5] Revendeur d'eau |
| [3] Puits dans la concession | [6] Robinets dans le logement |
| | [8] Autre, précisez _____ |

12. Le logement possède-t-il l'électricité ? [1] Oui [0] Non

13. De quoi est fait le toit de la maison ? [1] Tôle
[2] Chaume
[8] Autre, précisez _____

Section 3: CAPACITÉ DE PAIEMENT

1. Y a-t-il des périodes de l'année où vous avez de la difficulté à trouver de l'argent ? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 3

2. lesquelles ? _____

3. Avez-vous rencontré de la difficulté à payer ce qu'il fallait payer pour se soigner la dernière fois que quelqu'un du ménage a été malade? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 5

4. Qu'avez-vous fait ? _____

5. Est-ce que un membre du ménage a déjà été consulté au CS de? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 7

6. Quand quelqu'un du ménage veut aller se faire soigner au centre de santé avez-vous de la difficulté à trouver de l'argent pour pouvoir payer les services? [1] Souvent
[2] Des fois
[3] Rarement
[4] Jamais
[9] NSP

7. Est-ce que le coût pour se faire soigner au centre de santé vous a déjà empêché ou a déjà empêché quelqu'un du ménage de l'utiliser? [1] Souvent
[2] Des fois
[3] Rarement
[4] Jamais
[9] NSP

Section 4: PERCEPTION DES COÛTS

1. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner au CS de.....?
- 1a. c'est quoi le plus qu'on peut payer au CS de ..?
- 1b. c'est quoi le moins qu'on peut payer au CS de. ?
2. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner à l'hôpital de?
- 2a. c'est quoi le plus qu'on peut payer à l'hôpital de?
- 2b. c'est quoi le moins qu'on peut payer à l'hôpital de?
3. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner chez les guérisseurs?
- 3a. c'est quoi le plus qu'on peut payer chez les guérisseurs?
- 3b. c'est quoi le moins qu'on peut payer chez les guérisseurs?
4. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner en achetant du médicament en ville (au marché)?
- 4a. c'est quoi le plus qu'on peut payer au marché?
- 4b. c'est quoi le moins qu'on peut payer au marché?
5. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner en achetant des médicaments à la pharmacie?
- 5a. c'est quoi le plus qu'on peut payer à la pharmacie ?
- 5b. c'est quoi le moins qu'on peut payer à la pharmacie
6. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner chez les bénévoles ?
- 6a. c'est quoi le plus qu'on peut payer chez les bénévoles
- 6b. c'est quoi le moins qu'on peut payer chez les bénévoles

7. Que pensez-vous du prix que ça coûte pour se faire soigner au centre de santé de

- [1] Convient bien
- [2] Convient plus ou moins
- [3] Ne convient pas
- [9] NSP

8. À votre avis dans ce centre les malades qui n'ont pas assez d'argent, peuvent-ils s'arranger autrement avec les agents pour obtenir des soins?

- [1] Facilement
- [2] Plus ou moins facilement
- [3] Difficilement
- [4] Impossible
- [9] NSP

9. Si il vous manque de l'argent, est-ce qu'il est possible d'acheter qu'une partie des médicaments prescrits au CS de ?

- [1] Facilement
- [2] Plus ou moins facilement
- [3] Difficilement
- [4] Impossible
- [9] NSP

10. Est-ce qu' aller vous faire soigner ou faire soigner quelqu'un du ménage au CS de vous fait perdre le temps de gagner de l'argent?

- [1] Souvent
- [2] Des fois
- [3] Rarement
- [4] Jamais
- [9] NSP

Section 5 : PERCEPTION DE LA QUALITE

Pour la totalité des questions de cette section , donnez les choix de réponse.

DIMENSION : COMPÉTENCES

1	À votre avis, les «docteurs» du centre de santé visitent les malades qu'ils reçoivent ...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP
2	À votre avis, les «docteurs» du centre de santé utilisent les appareils pour trouver la maladie...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP
3	À votre avis, les «docteurs» du centre de santé sont-ils capables de trouver les maladies des gens?	<input type="checkbox"/> Bien capables	<input type="checkbox"/> Peu ou pas capables	<input type="checkbox"/> Plus ou moins capables	<input type="checkbox"/> NRP
4	À votre avis, les médicaments que les docteurs du centre de santé prescrivent aux malades...	<input type="checkbox"/> Sont les médicaments qu'il faut	<input type="checkbox"/> Ne sont pas les médicaments qu'il faut	<input type="checkbox"/> Sont plus ou moins les médicaments qu'il faut	<input type="checkbox"/> NRP
5	À votre avis, les docteurs du centre de santé surveillent la guérison des malades ...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP

DIMENSION : RELATIONS INTERPERSONNELLES

6	À votre avis, avec les malades, les docteurs du centre de santé sont...	<input type="checkbox"/> Bien accueillants	<input type="checkbox"/> Pas accueillants	<input type="checkbox"/> Plus ou moins accueillants	<input type="checkbox"/> NRP
7	À votre avis, avec les malades, les docteurs du centre de santé ont...	<input type="checkbox"/> Beaucoup de pitié	<input type="checkbox"/> Pas de pitié	<input type="checkbox"/> Plus ou moins de pitié	<input type="checkbox"/> NRP
8	À votre avis, avec les malades, les docteurs du centre de santé sont...	<input type="checkbox"/> Respectueux	<input type="checkbox"/> Pas respectueux	<input type="checkbox"/> Plus ou moins respectueux	<input type="checkbox"/> NRP
9	À votre avis, le temps que les docteurs consacrent aux malades est...	<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Plus ou moins suffisant	<input type="checkbox"/> NRP
10	À votre avis, les docteurs expliquent aux malades comment ne plus attraper la maladie...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP
11	À votre avis, les gens qui travaillent dans ce centre de santé sont...	<input type="checkbox"/> Très honnêtes	<input type="checkbox"/> Peu honnêtes	<input type="checkbox"/> Plus ou moins honnêtes	<input type="checkbox"/> NRP

DIMENSION: DISPONIBILITÉ ET ADEQUATION DES RESSOURCES ET SERVICES

- 12 À votre avis, pour traiter les maladies des femmes, les «docteurs» du centre de santé ... Convient bien Ne conviennent pas Convient plus ou moins NRP
- 13 À votre avis, pour traiter les maladies des hommes, les «docteurs» du centre de santé... Convient bien Ne conviennent pas Convient plus ou moins NRP
- 14 À votre avis, le nombre de bons docteurs dans le centre de santé est ... Suffisant Insuffisant Plus ou moins suffisant NRP
- 15 À votre avis, pour trouver les maladies, les appareils qu'on trouve dans le centre de santé... Convient bien Ne conviennent pas Convient plus ou moins NRP
- 16 À votre avis, les salles qu'on trouve pour l'attente et la consultation... Convient bien Ne conviennent pas conviennent plus ou moins NRP
- 17 À votre avis, les malades peuvent obtenir de ce centre de santé, les médicaments ... Facilement Difficilement Plus ou moins facilement NRP
- 18 Les médicaments fournis par ce centre de santé sont... Bons Pas bons Plus ou moins bons NRP

DIMENSION : ACCESSIBILITÉ

- 19 Le temps que ça vous prend pour vous rendre à ce centre de santé ... Convient bien Ne convient pas Convient plus ou moins NRP
- 20 À votre avis, le temps que l'on met avant d'être reçu par le docteur dans ce centre de santé ... Convient bien Ne convient pas Convient plus ou moins NRP
- 21 À votre avis, les malades qui le souhaitent peuvent-ils être reçus directement par les «docteurs-chef»... Facilement Difficilement Plus ou moins facilement NRP

DIMENSION : EFFICACITÉ

- 22 Les malades soignés dans ce centre de santé ... Guérissent bien Ne guérissent pas bien Guérissent plus ou moins bien NRP
- 23 Les malades soignés dans ce centre de santé ... Guérissent suffisamment vite Ne guérissent pas assez vite Guérissent plus ou moins vite NRP

Section 6: PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

1. Y a-t-il des associations villageoises chez vous (dans votre village)? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non aller à la question 7

2. Laquelle / lesquelles? _____

3. Est-ce qu'au moins une de ces associations est reliée à la santé? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non aller à la question 5

4. Quelles sont les activités de cette (ces) association (s)? _____

5. Êtes-vous impliqué dans une ou plusieurs associations au niveau du village? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non aller à la question 7

6. Lesquelles? _____

7. Y a-t-il un centre de santé à ? [1] Oui [0] Non
[9] NSP

si la réponse est non, clore l'entrevue avec le chef du ménage et demander à rencontrer la personne malade choisie pour la deuxième partie de l'entrevue. Si la réponse est oui continuer l'entrevue.

8. Quelles sont les activités du CS du village? _____

9. Faites-vous quelque chose pour aider le CS du village ? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non , aller à la question 11

10. Qu'est ce que vous faites? _____

11. Est-ce qu'il existe un comité de gestion du
CS de votre village ? [1] Oui [0] Non
[9] NSP

si la réponse est non ou NSP, aller à la question 15

12 Quel est son rôle? _____

13. Connaissez-vous ses membres? [1] le président [5] la représentante des femmes
[2] le vice-président [6] le chef du centre
[3] le trésorier [7] aucun
[4] le représentant des jeunes

14. Le travail que fait le comité de gestion ... [1] Est bon ?
[2] Est plus ou moins bon?
[3] N'est pas bon?
[9] NSP

15. Avez-vous participé à la construction
ou l'équipement du CS? [1] Oui [0] Non

16. Si oui, comment? qu'avez-vous fait? _____

Enquête dans les ménages

Répondant = personne malade

- Demander à rencontrer et à interroger la personne choisie (pour les enfants, s'adresser à la mère ou la personne qui s'en est occupée.)

Identification du Ménage

--	--	--	--	--

Section 3M: CAPACITÉ DE PAIEMENT

1. Y a-t-il des périodes de l'année où vous avez de la difficulté à trouver de l'argent ? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 3

2. lesquelles ? _____

3. Avez-vous rencontré de la difficulté à payer ce qu'il fallait payer pour se soigner la dernière fois que quelqu'un du ménage a été malade? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 5

4. Qu'avez-vous fait ? _____

5. Est-ce que un membre du ménage a déjà été consulté au CS de? [1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 7

6. **Quand quelqu'un du ménage veut aller se faire soigner au centre de santé avez-vous de la difficulté à trouver de l'argent pour pouvoir payer les services?**
- [1] **Souvent**
 [2] **Des fois**
 [3] **Rarement**
 [4] **Jamais**
 [9] **NSP**
7. **Est-ce que le coût pour se faire soigner au centre de santé vous a déjà empêché ou a déjà empêché quelqu'un du ménage de l'utiliser?**
- [1] **Souvent**
 [2] **Des fois**
 [3] **Rarement**
 [4] **Jamais**
 [9] **NSP**

Section 4M: PERCEPTION DES COÛTS

1. **A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner au CS de.....?**
- 1a. **c'est quoi le plus qu'on peut payer au CS de ..?**
- 1b. **c'est quoi le moins qu'on peut payer au CS de. ?**
2. **A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner à l'hôpital de?**
- 2a. **c'est quoi le plus qu'on peut payer à l'hôpital de?**
- 2b. **c'est quoi le moins qu'on peut payer à l'hôpital de?**
3. **A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner chez les guérisseurs?**
- 3a. **c'est quoi le plus qu'on peut payer chez les guérisseurs?**
- 3b. **c'est quoi le moins qu'on peut payer chez les guérisseurs?**
4. **A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner en achetant du médicament en ville (au marché)?**
- 4a. **c'est quoi le plus qu'on peut payer au marché?**
- 4b. **c'est quoi le moins qu'on peut payer au marché?**

5. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner en achetant des médicaments à la pharmacie?
- 5a. c'est quoi le plus qu'on peut payer à la pharmacie ?
- 5b. c'est quoi le moins qu'on peut payer à la pharmacie
6. A votre avis combien ça coûte pour se faire soigner chez les bénévoles ?
- 6a. c'est quoi le plus qu'on peut payer chez les bénévoles
- 6b. c'est quoi le moins qu'on peut payer chez les bénévoles
7. Que pensez-vous du prix que ça coûte pour se faire soigner au centre de santé de?
 [1] Convient bien
 [2] Convient plus ou moins
 [3] Ne convient pas
 [9] NSP
8. À votre avis dans ce centre les malades qui n'ont pas assez d'argent, peuvent-ils s'arranger autrement avec les agents pour obtenir des soins?
 [1] Facilement
 [2] Plus ou moins facilement
 [3] Difficilement
 [4] Impossible
 [9] NSP
9. Si il vous manque de l'argent, est-ce qu'il est possible d'acheter qu'une partie des médicaments prescrits au CS de ?
 [1] Facilement
 [2] Plus ou moins facilement
 [3] Difficilement
 [4] Impossible
 [9] NSP
10. Est-ce qu' aller vous faire soigner ou faire soigner quelqu'un du ménage au CS de vous fait perdre le temps de gagner de l'argent?
 [1] Souvent
 [2] Des fois
 [3] Rarement
 [4] Jamais
 [9] NSP

Section 5 M : PERCEPTION DE LA QUALITE

Pour la totalité des questions de cette section , donnez les choix de réponse.

DIMENSION : COMPÉTENCES

1	À votre avis, les «docteurs» du centre de santé visitent les malades qu'ils reçoivent ...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP
2	À votre avis, les «docteurs» du centre de santé utilisent les appareils pour trouver la maladie...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP
3	À votre avis, les «docteurs» du centre de santé sont-ils capables de trouver les maladies des gens?	<input type="checkbox"/> Bien capables	<input type="checkbox"/> Peu ou pas capables	<input type="checkbox"/> Plus ou moins capables	<input type="checkbox"/> NRP
4	À votre avis, les médicaments que les docteurs du centre de santé prescrivent aux malades...	<input type="checkbox"/> Sont les médicaments qu'il faut	<input type="checkbox"/> Ne sont pas les médicaments qu'il faut	<input type="checkbox"/> Sont plus ou moins les médicaments qu'il faut	<input type="checkbox"/> NRP
5	À votre avis, les docteurs du centre de santé surveillent la guérison des malades ...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP

DIMENSION : RELATIONS INTERPERSONNELLES

6	À votre avis, avec les malades, les docteurs du centre de santé sont...	<input type="checkbox"/> Bien accueillants	<input type="checkbox"/> Pas accueillants	<input type="checkbox"/> Plus ou moins accueillants	<input type="checkbox"/> NRP
7	À votre avis, avec les malades, les docteurs du centre de santé ont...	<input type="checkbox"/> Beaucoup de pitié	<input type="checkbox"/> Pas de pitié	<input type="checkbox"/> Plus ou moins de pitié	<input type="checkbox"/> NRP
8	À votre avis, avec les malades, les docteurs du centre de santé sont...	<input type="checkbox"/> Respectueux	<input type="checkbox"/> Pas respectueux	<input type="checkbox"/> Plus ou moins respectueux	<input type="checkbox"/> NRP
9	À votre avis, le temps que les docteurs consacrent aux malades est...	<input type="checkbox"/> Suffisant	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Plus ou moins suffisant	<input type="checkbox"/> NRP
10	À votre avis, les docteurs expliquent aux malades comment ne plus attraper la maladie...	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Plus ou moins bien	<input type="checkbox"/> NRP
11	À votre avis, les gens qui travaillent dans ce centre de santé sont...	<input type="checkbox"/> Très honnêtes	<input type="checkbox"/> Peu honnêtes	<input type="checkbox"/> Plus ou moins honnêtes	<input type="checkbox"/> NRP

DIMENSION: DISPONIBILITÉ ET ADÉQUATION DES RESSOURCES ET SERVICES

- | | | | | | |
|----|--|---|--|--|---------------------------------|
| 12 | À votre avis, pour traiter les maladies des femmes, les «docteurs» du centre de santé ... | <input type="checkbox"/>
Conviennent
bien | <input type="checkbox"/>
Ne conviennent pas | <input type="checkbox"/>
Conviennent
plus ou moins | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 13 | À votre avis, pour traiter les maladies des hommes, les «docteurs» du centre de santé... | <input type="checkbox"/>
Conviennent
bien | <input type="checkbox"/>
Ne conviennent pas | <input type="checkbox"/>
Conviennent
plus ou moins | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 14 | À votre avis, le nombre de bons docteurs dans le centre de santé est ... | <input type="checkbox"/>
Suffisant | <input type="checkbox"/>
Insuffisant | <input type="checkbox"/>
Plus ou moins
suffisant | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 15 | À votre avis, pour trouver les maladies, les appareils qu'on trouve dans le centre de santé... | <input type="checkbox"/>
Conviennent
bien | <input type="checkbox"/>
Ne conviennent pas | <input type="checkbox"/>
Conviennent
plus ou moins | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 16 | À votre avis, les salles qu'on trouve pour l'attente et la consultation... | <input type="checkbox"/>
Conviennent
bien | <input type="checkbox"/>
Ne conviennent pas | <input type="checkbox"/>
conviennent
plus ou moins | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 17 | À votre avis, les malades peuvent obtenir de ce centre de santé, les médicaments ... | <input type="checkbox"/>
Facilement | <input type="checkbox"/>
Difficilement | <input type="checkbox"/>
Plus ou moins
facilement | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 18 | Les médicaments fournis par ce centre de santé sont... | <input type="checkbox"/>
Bons | <input type="checkbox"/>
Pas bons | <input type="checkbox"/>
Plus ou moins
bons | <input type="checkbox"/>
NRP |

DIMENSION : ACCESSIBILITÉ

- | | | | | | |
|----|---|---|--|---|---------------------------------|
| 19 | Le temps que ça vous prend pour vous rendre à ce centre de santé ... | <input type="checkbox"/>
Conviennent
bien | <input type="checkbox"/>
Ne convient pas | <input type="checkbox"/>
Convient
plus ou moins | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 20 | À votre avis, le temps que l'on met avant d'être reçu par le docteur dans ce centre de santé ... | <input type="checkbox"/>
Conviennent
bien | <input type="checkbox"/>
Ne
convient pas | <input type="checkbox"/>
Convient
plus ou moins | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 21 | À votre avis, les malades qui le souhaitent peuvent-ils être reçus directement par les «docteurs-chef»... | <input type="checkbox"/>
Facilement | <input type="checkbox"/>
Difficilement | <input type="checkbox"/>
Plus ou moins
facilement | <input type="checkbox"/>
NRP |

DIMENSION : EFFICACITÉ

- | | | | | | |
|----|---|---|---|--|---------------------------------|
| 22 | Les malades soignés dans ce centre de santé ... | <input type="checkbox"/>
Guérissent bien | <input type="checkbox"/>
Ne guérissent
pas bien | <input type="checkbox"/>
Guérissent plus
ou moins bien | <input type="checkbox"/>
NRP |
| 23 | Les malades soignés dans ce centre de santé ... | <input type="checkbox"/>
Guérissent
suffisamment vite | <input type="checkbox"/>
Ne guérissent
pas assez vite | <input type="checkbox"/>
Guérissent plus
ou moins vite | <input type="checkbox"/>
NRP |

Section 6M: PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

1. **Y a-t-il des associations villageoises chez vous (dans votre village)?** [1] Oui [0] Non

si la réponse est non aller à la question 7

2. **Laquelle / lesquelles?** _____

3. **Est-ce qu'au moins une de ces associations est reliée à la santé?** [1] Oui [0] Non

si la réponse est non aller à la question 5

4. **Quelles sont les activités de cette (ces) association (s)?** _____

5. **Êtes-vous impliqué dans une ou plusieurs associations au niveau du village?** [1] Oui [0] Non

si la réponse est non aller à la question 7

6. **Lesquelles?** _____

7. **Y a-t-il un centre de santé à ?** [1] Oui [0] Non
[9] NSP

si la réponse est non, passer à la section suivante. Si la réponse est oui continuer l'entrevue.

8. **Quelles sont les activités du CS du village?** _____

9. **Faites-vous quelque chose pour aider le CS du village ?** [1] Oui [0] Non

si la réponse est non , aller à la question 11

10. Qu'est ce que vous faites? _____

11. Est-ce qu'il existe un comité de gestion du CS de votre village ? [1] Oui [0] Non
[9] NSP

si la réponse est non ou NSP, aller à la question 15

12 Quel est son rôle? _____

13. Connaissez-vous ses membres? [1] le président [5] la représentante des femmes
[2] le vice-président [6] le chef du centre
[3] le trésorier [7] aucun
[4] le représentant des jeunes

14. Le travail que fait le comité de gestion ... [1] Est bon ?
[2] Est plus ou moins bon?
[3] N'est pas bon?
[9] NSP

15. Avez-vous participé à la construction ou l'équipement du CS? [1] Oui [0] Non

16. Si oui, comment? qu'avez-vous fait? _____

Section 7 : CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE MALADE

1. Sexe [1] Homme [2] Femme

2. Age _____

3. Instruction de la personne malade: [1] Aucune [4] Primaire
[2] Alphabétisé [5] Secondaire et +
[3] Lit et écrit

Section 8: BESOIN DE SANTÉ

1. De quoi vous êtes-vous principalement plaint ?
(un seul ou au maximum 2 choix de réponse)

- [1] Fièvre
- [2] Douleur abdominale
- [3] Diarrhée
- [4] Toux / Bronchite

- [5] Maux de tête
- [6] Vomissements
- [8] Autre, précisez _____

2. À votre avis, quelle est la cause de cette maladie? _____

3. Considérez-vous qu'il s'agissait d'une maladie

- [1] Grave?
- [2] Moyennement grave ?
- [3] Peu grave ?
- [9] NSP

4. Est-ce que lors de cet épisode, votre capacité à travailler a

- [1] Beaucoup diminué ?
- [2] Un peu diminué ?
- [3] Pas diminué ?
- [9] NSP

5. Est-ce que vous avez pu lors de cette maladie, continuer vos activités quotidiennes ?

- [1] Oui
- [0] Non

6. Considérez-vous que cette maladie a mis votre vie en danger ?

- [1] Oui
- [0] Non

7. Quand exactement a débuté le problème? (nombre de jours) _____

section 9: UTILISATION

1. Quand votre maladie est survenue qu'est-ce que vous avez fait en premier
(jusqu'à 3 choix de recours) ?

- [1] Rien
- [2] Auto traitement - médicaments modernes ou traditionnels(AT), précisez _____
- [3] Centre de santé (CS), précisez _____
- [4] Pharmacie , précisez _____
- [5] Boutique - marché informel , précisez _____
- [6] Praticien traditionnel (PT), guérisseur, précisez _____
- [8] Autre, précisez _____

Premier recours Pourquoi avez-vous? _____

si la personne n'a rien fait ou si "autotraitement", aller au deuxième recours,

1a. Combien ça vous a coûté? _____

1b. Qui a payé? _____

1c. Comment avez vous fait pour trouver de l'argent? _____

... et après qu'est ce que vous avez fait d'autre?

Deuxième recours si la réponse est "Rien" ou si "Autotraitement", aller au troisième recours,

1d. Combien ça vous a coûté? _____

1e. Qui a payé? _____

1f. Comment avez vous fait pour trouver de l'argent? _____

... après ça avez vous fait encore d'autre chose ?

Troisième recours si la réponse est "Rien" ou si autotraitement , aller à la question 2

1g. Combien ça vous a coûté? _____

1h. Qui a payé? _____

1i. Comment avez vous fait pour trouver de l'argent? _____

pour les 4 prochaines question confirmez en vous appuyant sur les réponses à la question 1.

- 2. Alors avez-vous consulté pendant votre maladie? [1] Oui [0] Non
- 3. Avez vous consulté dans un centre de santé public? [1] Oui [0] Non
- 4. Avez vous consulté un ou plusieurs guérisseurs? [1] Oui [0] Non
- 5. Avez vous consulté un ou plusieurs médecins ou infirmiers privés? [1] Oui [0] Non

si la personne a fait quelque chose,

6. Combien de temps votre problème a duré avant que vous fassiez quelque chose? (nombre de jours) _____

si le premier recours n'était pas le centre de santé, mais la personne répond oui à la question 3,

7. Pourquoi avez-vous choisi d'aller au centre de santé de? _____

si la réponse est non à la question 3,

8. Pourquoi n'avez vous pas consulté le centre de santé de

si la personne a eu un recours autre que "Rien" ou "Auto traitement" poser ces dernières questions, sinon remercier la personne, et clore l'entrevue.

9. Est-ce qu'il y avait d'autres ressources à qui vous auriez pu vous adresser et qui auraient coûté moins cher?

[1] Oui [0] Non

si la réponse est non, aller à la question 11

10. Lesquelles?

Pourquoi vous ne l'avez pas utilisé?

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

11. Est-ce qu'il y avait d'autres ressources à qui vous auriez pu vous adresser qui se trouvaient plus proches et que vous n'avez pas utilisé?

[1] Oui [0] Non

si la réponse est non, remercier la personne, et clore l'entrevue

12. Lesquelles?

Pourquoi vous ne l'avez pas utilisé?

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

ANNEXE-2
RÉSULTATS DES ANALYSES EN COMPOSANTES
PRINCIPALES NON-LINÉAIRES
(PRINCALS) pour l'indice de pauvreté

P R I N C A L S - VERSION 0.6
 BY
 DEPARTMENT OF DATA THEORY
 UNIVERSITY OF LEIDEN, THE NETHERLANDS

The number of observations used in the analysis = 524

List of Variables

<u>Measurement</u> <u>Variable</u>	<u>Variable Label</u>	<u>Number of</u> <u>Categories</u>	<u>Level</u>
ÉLECTRIC	électricité	2	Single Nominal
MOTO	moto	2	Single Nominal
VELO	vélo	2	Single Nominal
TÉLÉ	télé	2	Single Nominal
RADIO	radio	2	Single Nominal
TERRE	terre	2	Single Nominal
TOIT	toiture	2	Single Nominal
PROF	profession du chef	5	Multiple
Nominal			
INSTRUC	instruction en cat	3	Multiple
Nominal			
BOVIN	nb de vache en catég.	3	Ordinal
OVIN	nb de mouton en catég.	3	Ordinal
VOLAILL	nb de volaille en catég.	3	Ordinal
VOITURE	voiture	2	Single Nominal
LOGEMENT	logement	3	Multiple
Nominal			

Marginal Frequencies

Variable	Missing	Categories				
		1	2	3	4	5
ÉLECTRIC	0	505	19			
MOTO	0	431	93			
VELO	0	410	114			
TÉLÉ	0	499	25			
RADIO	1	215	308			
TERRE	1	186	337			
TOIT	0	254	270			
PROF	0	296	101	41	71	15
INSTRUC	1	440	24	59		
BOVIN	0	342	102	80		
OVIN	0	354	88	82		
VOLAILL	0	333	90	101		
VOITURE	0	501	23			
LOGEMENT	2	443	62	17		

The iterative process stops because the convergence test value is reached.

Dimension Eigenvalue

1	.2209
2	.1548

Variable: *ÉLECTRIC* électricité
 Type: Single Nominal Missing: 0

Category:		Marginal Frequency	Quantification
1	N_élec	505	-.19
2	Élec	19	5.16

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.06	.07
2	-1.60	-1.92

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.06	.07
2	-1.60	-1.92

Variable: *MOTO* moto
 Type: Single Nominal Missing: 0

Category:		Marginal Frequency	Quantification
1	N_Moto	431	-.46
2	Moto	93	2.15

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.24	.12
2	-1.10	-.54

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension
----------	-----------

	1	2
1	.24	.12
2	-1.10	-.54

Variable: *VELO* vélo
 Type: Single Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Vélo	410	-.53
2 Vélo	114	1.90

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.00	.23
2	.01	

-.84

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.00	.23
2	.01	

-.84

Variable: *TÉLÉ* télé
 Type: Single Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Télé	499	-.22
2 Télé	25	4.47

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.08	.07
2	-1.56	-1.46

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	.08	.07
2	-1.56	-1.46

Variable: *RADIO* radio
 Type: Single Nominal Missing: 1

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Radio	215	-1.20
2 Radio	308	.84

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	
1	.61		.47
2	-.43	-.33	

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	
1	.61		.47
2	-.43	-.33	

Variable: *TERRE* terre
 Type: Single Nominal Missing: 1

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Terre	186	-1.35
2 Terre	337	.74

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	
1	-.82	.49	-.27
2	.45		

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	-0.82	0.49
2	0.45	-0.27

Variable: *TOIT* toiture

Type: Single Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 Tôle	254	-1.03
2 Chaume	270	.97

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	-0.54	-0.23
2	0.51	0.22

Multiple Category Coordinates

	1	2
	1	-0.54
2	0.51	0.22

Variable: *PROF* profession du chef
 Type: Multiple Nominal Missing: 0

Category: Marginal Frequency

1	agric	296
2	comm	101
3	art	41
4	fonct	71
5	A_prof	15

Category Quantification

Category Dimension

	1	2
1	.60	-.15
2	-.48	-.11
3	.00	.51
4	-1.71	.49
5	-.46	.07

Variable: *INSTRUC* instruction en catégoriel
 Type: Multiple Nominal Missing: 1

Category: Marginal Frequency

1	N_Ed	440
2	Prim	24
3	Sec	59

Category Quantifications

	Dimension	
	1	2
1	.30	-.04
2	-.64	-.23
3	-1.98	.42

Variable: *BOVIN* nb de vache en catég.
 Type: Ordinal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Bovin	342	-.68
2 1-3 Bovins	102	.75
3 4 et + Bovins	80	1.96

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	-.12	.47
2	.13	-.52
3	.34	-1.36

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	-.16	.46
2	.42	-.45
3	.14	-1.42

Variable: *OVIN* nb de mouton en catég.
 Type: Ordinal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Ovin	354	-.63
2 1-3 Ovins	88	.63
3 4 et + Ovins	82	2.06

Single Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	-.02	.41
2	.02	-.41
3	.06	-1.34

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension	
	1	2
1	-.04	.41
2	.21	-.40
3	-.03	-1.34

Variable: *VOLAILL* nb de volaille en catég.
 Type: Ordinal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Volaille	333	-.62
2 1-5 Volailles	90	.06
3 5 et + Volailles	101	1.98

Single Category Coordinates

Category	Dimension
----------	-----------

	1	2
1	.08	.23
2	-.01	-.02
3	-.25	-.75

Multiple Category Coordinates

Category Dimension

	1	2
1	.11	.22
2	-.18	.03
3	-.21	-.76

Variable: *VOITURE* voiture
 Type: Single Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 N_Auto	501	-.21
2 Auto	23	4.67

Single Category Coordinates

Category Dimension

	1	2
1	.07	.06
2	-1.46	-1.27

Multiple Category Coordinates

Category Dimension

	1	2
--	---	---

1	.07	.06
2	-1.46	-1.27

Variable: *LOGEMENT* logement
 Type: Multiple Nominal Missing: 2

Category: Marginal Frequency

1	Prop	443
2	Loc	62
3	Logé gratuitement	17

Category Quantifications

Category	Dimension	
	1	2
1	.25	-.14
2	-1.29	.88
3	-1.97	.43

Summary of Analysis

<u>Multiple Fit</u> Variable	Row Sums	Dimension	
		1	2
ÉLECTRIC	.235	.096	.138
MOTO	.326	.264	.063
VELO	.194	.000	.194
TÉLÉ	.230	.122	.107
RADIO	.409	.257	.151
TERRE	.500	.370	.130
TOIT	.327	.276	.051
PROF	.721	.652	.069
INSTRUC	.558	.534	.024
BOVIN	.540	.054	.486
OVIN	.434	.009	.425
VOLAILL	.165	.022	.143
VOITURE	.172	.098	.074
LOGEMENT	.491	.377	.113
Mean:	.379	.224	.155

<u>Single Fit</u> Variable	Row Sums	Dimension	
		1	2
ÉLECTRIC	.235	.096	.138
MOTO	.326	.264	.063
VELO	.194	.000	.194
TÉLÉ	.230	.122	.107
RADIO	.409	.257	.151
TERRE	.500	.370	.130
TOIT	.327	.276	.051
PROF	-	-	-
INSTRUC	-	-	-
BOVIN	.514	.030	.484
OVIN	.426	.001	.425
VOLAILL	.158	.016	.143
VOITURE	.172	.098	.074
LOGEMENT	-	-	-
Mean:	.317	.139	.178

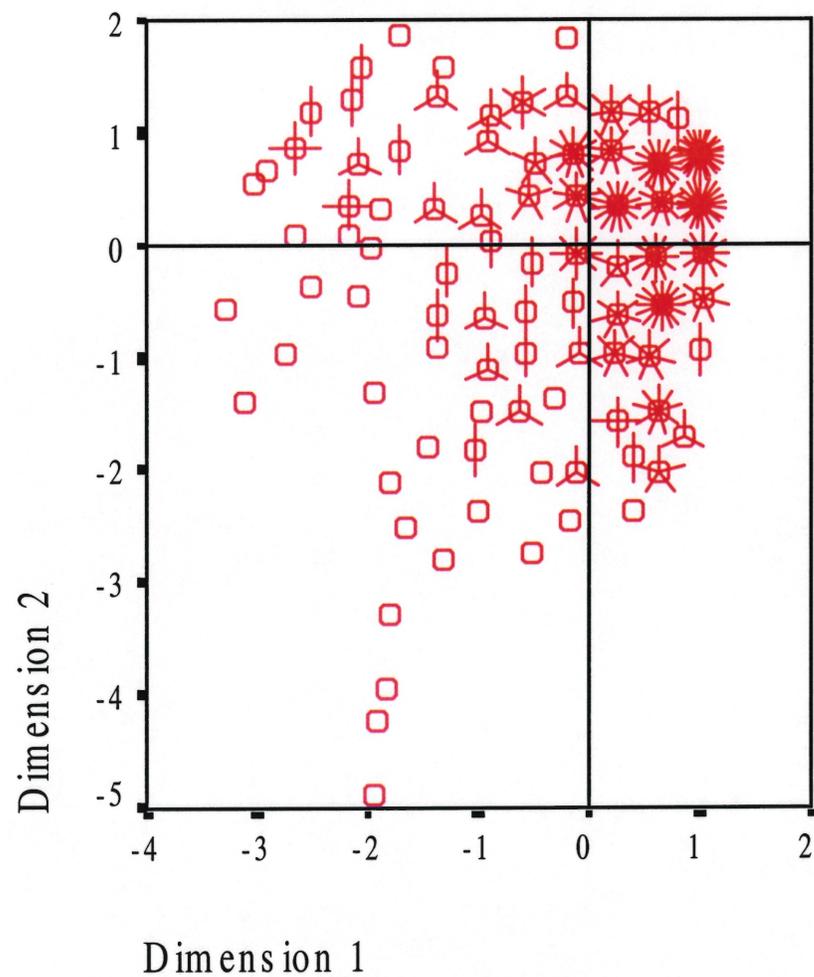
Component Loadings

Variable	Dimension	
	1	2
ÉLECTRIC	-.310	-.372
MOTO	-.513	-.250
VELO	.007	-.440
TÉLÉ	-.350	-.328
RADIO	-.507	-.389
TERRE	.608	-.361
TOIT	.525	.226
PROF	-	-
INSTRUC	-	-
BOVIN	.173	-.696
OVIN	.031	-.652
VOLAILL	-.126	-.378
VOITURE	-.312	-.272
LOGEMENT	-	-

Iteration	Total	Total	Multiple	Single
-----------	-------	-------	----------	--------

Iteration Number	Total Fit	Total Loss	Multiple Loss	Single Loss
5	.3756	1.6244	1.6215	.0029

Object Scores



Cases weighted by number of objects.

ANNEXE-3
RÉSULTATS DES ANALYSES EN COMPOSANTES
PRINCIPALES NON-LINÉAIRES POUR DONNÉES
DICHOTOMIQUES (HOMALS)
POUR CONSTRUIRE L'INDICE D'INTENSITÉ

HOMALS

```
/VARIABLES=gravité(2) avq(2) danger(2)
/ANALYSIS=gravité avq danger
/DIMENSION=1
/PRINT FREQ EIGEN DISCRIM QUANT
/PLOT QUANT OBJECT NDIM(ALL,MAX)
/MAXITER = 100
/CONVERGENCE = .00001 .
```

H O M A L S - VERSION 0.6
BY
DEPARTMENT OF DATA THEORY
UNIVERSITY OF LEIDEN, THE NETHERLANDS

The number of observations used in the analysis = 524
No low-resolution plots are available due to only one valid dimension.

List of Variables

<u>Variable</u>	<u>Variable label</u>	<u>Number of Categories</u>
GRAVITÉ	Gravité	2
AVQ	Continuer AVQ	2
DANGER	Vie en danger	2

Marginal Frequencies

Variable	<u>Missing</u>	<u>Categories</u>	
		1	2
GRAVITÉ	0	283	241
AVQ	3	343	178
DANGER	0	287	237

>Warning # 17658. Command name: HOMALS
 >The relationship between specified plot dimensions is incorrect. The first
 >dimension must be less than the second one. Plots will be drawn in first
 >two dimensions only.

The iterative process stops because the convergence has been reached in
 8
 iteration(s).

Dimension Eigenvalue

1 .6776

Discrimination measures per variable per dimension

Variable Dimension

	1
GRAVITÉ	.743
AVQ	.610
DANGER	.680

Marginal Frequencies and Category Quantifications

Variable: *GRAVITÉ* Gravité

Category Marginal Frequency

1	Grave	283
2	+/- Grave	241

Category Quantifications

Category Dimensions

1	-.79
2	.94

Variable: *AVQ* Continuer AVQ

Category Marginal Frequency

1	Arrêt AVQ	343
2	AVQ	178

Category Quantifications

Category Dimensions

1	.57
2	1.08

Variable: *DANGER* Vie en danger

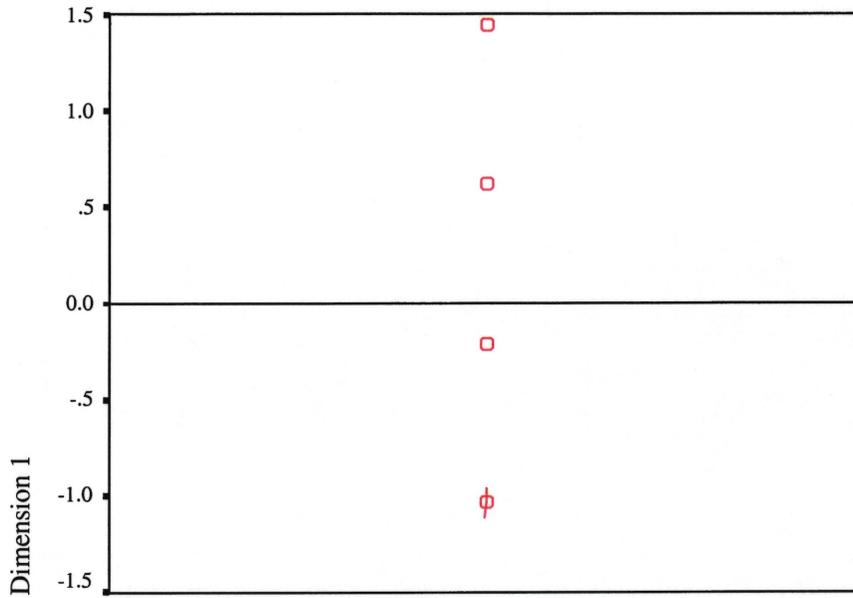
Category Marginal Frequency

1	Danger	287
2	N_Danger	237

Category Quantifications
Category Dimensions

	1
1	-.75
2	.91

Object Scores



Cases weighted by number of objects.

Category Quantifications

