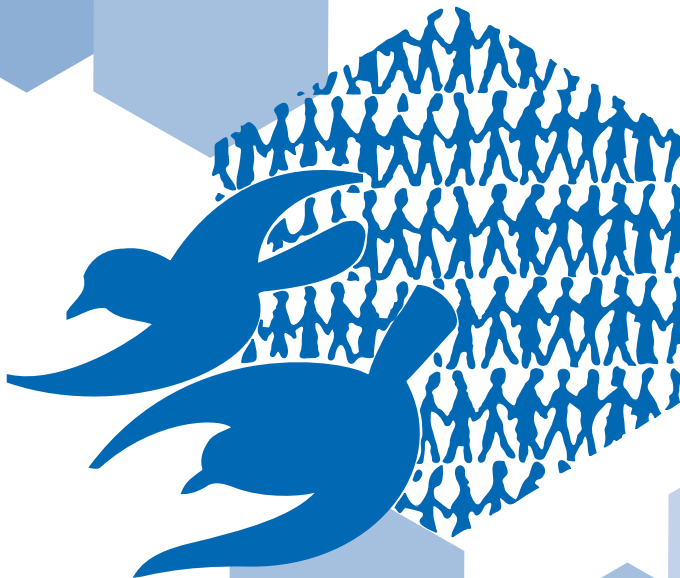


DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique.

Ishaga COULIBALY

Direction Nationale de la Population, Bamako

Balla KEITA

Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Bamako

Mathias KUEPIE

CEPS/INSTEAD (Luxembourg) et DIAL (Paris)

Introduction

D'un point de vue économique, la santé constitue, au même titre que l'éducation, une des composantes majeures du capital humain et donc un facteur de productivité (Becker, 1964). Ainsi, L'OMS estime à 1,3% la perte de croissance économique annuelle due au seul paludisme dans les pays les plus touchés¹. Pour le Mali, cela représente environ un manque à gagner annuel de près de 20 milliards de Francs CFA. De façon complémentaire à cette considération économique, la santé est une dimension essentielle du bien être de la population. Au Mali, l'État de santé de la population est loin d'être reluisante, quel que soit l'indicateur de santé retenu. Si on se réfère aux indicateurs de mortalité, révélatrice ultime d'un mauvais état de santé, il ressort que sur 100 bébés qui naissent, un cinquième n'atteint pas l'âge de 5 ans, qu'environ 5 femmes sur mille meurent de suite d'un accouchement. Les facteurs qui sous-tendent cette situation sont de différents ordres. Un des plus importants est le comportement et l'attitude des individus face à la maladie ou aux situations à risque. C'est en effet cette attitude qui va déterminer l'issue de la maladie : guérison, aggravation ou décès. L'objectif visé dans cette étude est d'analyser les facteurs qui déterminent le comportement thérapeutique des individus face aux épisodes de maladie. Autrement dit, en cas de maladie qu'est ce qui va expliquer que certains individus recourent à la médecine moderne pendant que d'autres recourent plutôt à la médecine traditionnelle et que certains ne font rien ou se soignent eux-mêmes ?

1. Cadre théorique

D'un point de vue théorique, le choix du recours thérapeutique va dépendre d'une part des caractéristiques intrinsèques du système de santé (offre) d'une part et, de celles de la population bénéficiaire des soins d'autre part (demande).

1.1. Les facteurs régissant la demande des soins de santé

Du côté de la demande des soins, deux grands groupes de facteurs se conjuguent pour déterminer le type de recours thérapeutique : les facteurs d'ordre socioculturel et les facteurs d'ordre économique.

¹ Cf. Résumé d'orientation pour l'économie du paludisme Center for International Development, Harvard University et London School of Hygiene and Tropical Medicine. www.rbm.who.int/docs/abuja_sachs_fr.doc

1.1.1. Facteurs socioculturels

De la représentation/perception de la maladie au recours thérapeutique dans le monde traditionnel.

Un vaste champ de la recherche anthropologique et ethnologique a montré que dans différentes sociétés traditionnelles, la maladie n'était pas toujours perçue de façon rationnelle mais considérée comme prenant source dans le monde de l'invisible. Ainsi, Cléments (1932) classa les différentes causes de la maladie couramment invoquées dans les sociétés traditionnelles en cinq grands types : incorporation d'un objet maléfique, perte d'une âme, possession par un esprit, violation d'un interdit, agression d'un sorcier. Dans ce contexte de perception transcendante de la plupart des maladies, les solutions/réponses envisagées pour recouvrer la santé passaient, le plus souvent, par le recours aux guérisseurs, magiciens, sorciers, etc. Ces derniers, selon la cause supposée de la maladie, procédaient par rituels, incantations ou administration d'antidotes censés bouter le mal hors du corps ou de l'esprit (cf. Odile Reyverand, 1983).

Mais il convient de souligner que la démarche thérapeutique traditionnelle ne relevait pas de façon exclusive de pratiques ésotériques. Pour un certain nombre de maladies, existait une pharmacopée basée sur des substances végétales ou animales et qui était administrée de façon totalement « profane ». Certains de ces produits agissaient avec une réelle efficacité. Mais le point faible de cette pharmacopée en Afrique particulièrement, est l'absence de documents écrits, explicitant le principe actif, la posologie des traitements et les éventuels effets secondaires (Dozon et Sindzingre, 1986). Ces derniers auteurs soulignent d'ailleurs de façon fort pertinente, que dans tous les cas, la médecine traditionnelle, même celle basée sur les végétaux et animaux, reste embrigadée dans une représentation magico-religieuse de la maladie. Dans le cas du Mali en particulier, la diffusion de l'Islam n'a fait que renforcer cette perception, avec notamment le Marabout, qui mêle de façon encore plus inextricable religion et traitement des maladies (Dozon et Sindzingre, op. cit).

Une rémanence des pratiques traditionnelles malgré la diffusion de la médecine moderne et l'urbanisation.

L'introduction et la diffusion de la médecine moderne a certes dans beaucoup de cas, rencontré l'adhésion des populations, du fait de sa relative efficacité. Mais, elle ne s'est pas traduite par l'abandon total des pratiques thérapeutiques traditionnelles. D'une part parce que les populations africaines restent majoritairement rurales et attachées aux croyances ancestrales associant, de façon implicite ou explicite selon le cas, la maladie aux causes surnaturelles. D'autre part, même urbanisée, les croyances traditionnelles demeurent encore vivaces, les néo-citadins important en ville leur pratiques thérapeutiques du milieu rural. La rémanence de ces croyances se traduit, de nos jours, par la subdivision des maladies en deux catégories (d'ailleurs non complètement disjointes) : celles, bénignes et/ou bien connues pour lesquels le recours à la médecine moderne et/ou profane (à base de plantes connues de tous) est la solution la plus courante. Mais quand la maladie s'aggrave ou quand il s'agit d'une maladie rare ou peu connue, l'imputation à une cause transcendante reprend le dessus et il est alors fait recours à un initié (marabout, guérisseurs, etc.) dont on pense qu'il est le seul capable d'obtenir la guérison. Ainsi, Faye S. L., Lalou R. et Adjamagbo A. (2004) montrent, dans une étude sur les pratiques thérapeutique en cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en milieu rural sénégalais, que les parents recourent essentiellement à la médecine moderne (même si, à cause des problèmes d'accessibilité aux centres de santé, il s'agit essentiellement l'automédication) et/ou aux plantes médicinales traditionnelles en cas de fièvre. Mais quand l'enfant fait une crise ou convulse, la même maladie est dès lors perçue comme ayant une cause surnaturelle et l'enfant est malheureusement conduit chez le guérisseur traditionnel ou chez le marabout.

Avec l'urbanisation : d'une médecine traditionnelle à une médecine populaire ?

Certains auteurs comme Monteillet N. (1999) ont insisté sur le fait qu'actuellement en Afrique, le recours aux soins est moins régi par une conception/perception surnaturelle de la maladie que par le foisonnement d'une certaine « médecine sauvage ». Celle-ci se caractérise, tout d'abord, par la vente informelle des médicaments par des commerçants n'ayant rien à voir avec la médecine moderne. Très souvent, ces médicaments sont fabriqués et/ou importés frauduleusement. Leur consommation présente de nombreux inconvénients, et parfois de réels dangers. Au niveau des inconvénients figure le non respect de la posologie, qui peut entraîner une résistance des germes et faire traîner la maladie. Mais le véritable danger lié à la consommation de ces produits tient au fait que leur composition n'est pas garantie, et qu'ils peuvent s'avérer toxiques pour le consommateur. Ainsi, une étude menée au Cameroun sur la qualité des médicaments vendus dans le circuit informel a révélé qu'entre 12 et 74% des médicaments testés étaient soit sous-dosés, soit ne contenaient pas le principe actif censé combattre la maladie (Léonardo K. Basco, 2004). En outre, les dates de péremptions ne figurent pas sur les produits ou sont carrément ignorées.

Ce paysage est complété par des charlatans mélangeant pharmacopée moderne et traditionnelle et ayant pour seul but, de s'enrichir au maximum sur le dos des populations qui, par manque de moyens ou par ignorance, croient aveuglement aux vertus thérapeutiques des médicaments que leur présentent tous les prétendus guérisseurs. Pour qualifier le fait que les populations africaines d'aujourd'hui utilisent sans trop de circonspection ces formes de thérapeutiques, Monteillet N. (op. cit.) parle de « l'idolâtrie » du comprimé, qui se serait substitué à l'idolâtrie de la thérapie par le recours aux forces de l'invisible.

Finalement, selon cette littérature, le recours thérapeutique dépend significativement des représentations/perceptions des individus autrement dit, de leur capital culturel. Dans le cadre de cette étude, ce capital culturel sera saisi à travers deux variables : le niveau d'instruction des individus et leur milieu de résidence. Pour ce qui est du niveau d'instruction, plus une personne va être éduquée, plus on va s'attendre à ce qu'elle ait une perception plus rationnelle de la maladie et de ce fait, recourt de façon systématique à la médecine moderne, en particulier en cas de maladie sévère. À l'inverse, plus un individu aura un niveau d'instruction faible, plus il sera attaché aux croyances traditionnelles et donc à recourir à la médecine traditionnelle.

Nous utiliserons également le milieu de résidence comme proxy du capital culturel en ce sens que toute chose égale par ailleurs, les citadins, du fait de leur grande exposition aux manifestations de la modernité, pourraient être plus enclins à avoir une conception plus rationnelle de la maladie. Il serait en particulier instructif de comparer le comportement de personnes ayant un faible capital éducatif mais résidant dans les grandes villes à leurs homologues du milieu rural.

Mais même si on est doté d'un capital culturel permettant une bonne appréhension de la maladie, encore faut-il disposer de moyens économiques permettant d'accéder aux soins appropriés.

1.1.2. Facteurs économiques

Le recours thérapeutique moderne hors de portée des pauvres ?

La faiblesse des revenus des pauvres conduit à réduire au strict minimum le recours aux centres de santé modernes et à privilégier des solutions alternatives telles que l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle car la médecine moderne coûte souvent très chère. En effet, une étude réalisée au Cameroun en 2005 (Commeyra C. & NDo R., 2005) estime à 9500 F CFA les coûts en médicaments quand un malade fait appel à la médecine moderne,

contre 1100 F CFA pour l'automédication moderne et 440 F CFA pour l'automédication traditionnelle. Même si l'efficacité de ces deux derniers modes n'est pas du tout garantie, ils risquent, de par leur modicité, d'avoir la préférence des pauvres. Ainsi, en partitionnant la population en 5 grands groupes de niveau de vie, cette étude met en exergue des différences très importantes de comportement face à la maladie entre la catégorie sociale ayant le niveau de vie le plus bas et celle ayant le niveau le plus élevé (seulement 18% des malades se sont adressés à un centre de santé moderne chez les plus pauvres, contre 34% chez les plus aisés). Une autre étude réalisée au Bénin (Marius et al, 2005) aboutit également à la conclusion que les personnes indigentes font moins appel aux centres de santé moderne que les personnes non indigentes en cas de maladie (20% dans le premier groupe, contre 26% dans le second). Mais les différences certes significatives, sont largement moins importantes qu'au Cameroun. Cet état des faits pourraient s'expliquer par la subdivision de la population en deux groupes seulement au Bénin contre cinq au Cameroun. Il s'avère donc important, pour observer pleinement l'effet de la pauvreté, de disposer d'un indicateur robuste du niveau de vie, ce qui n'est pas toujours le cas dans la plupart des données. Dans le cadre de cette étude, nous avons une variable permettant de classer les ménages maliens en quatre groupes économiques hiérarchisés. Il s'agit d'un proxy fiable du niveau de vie car il est issu de la consommation alimentaire et non alimentaire des ménages maliens en 2001² (cf. DNSI, 2004).

Quand bien même les caractéristiques socioculturelles et économiques d'un individu seraient appropriées pour un recours thérapeutique adéquat en cas de maladie (i.e. qui passe par la consultation d'un personnel qualifié), encore faut-il qu'il existe une offre qui puisse satisfaire cette demande. Par ailleurs, si les pauvres se concentrent dans les localités ou les milieux les moins bien desservis en infrastructures de santé, il se peut, qu'en théorie, leur faible recours aux centres de santé modernes soit, au moins en partie, dû à l'inégale répartition géographique des services.

1.2. Offre de santé publique et recours thérapeutique

L'offre de santé publique peut être cernée à travers d'une part l'accessibilité géographique, et d'autre part la qualité du service. L'accessibilité géographique des services de santé se mesure à travers la proportion de la population qui vit dans un rayon donné d'un centre de santé. L'idée étant que toute chose égale par ailleurs, plus la distance est longue, moins les personnes malades seront motivées à aller dans les centres de santé (Fournier et Haddad, 1995). C'est très souvent en milieu rural que ce facteur joue avec le plus d'acuité car non seulement les distances y sont les plus importantes, mais aussi, les moyens de transport, quand ils existent, sont rudimentaires. Les résultats de l'EDS-III (2001) montrent ainsi qu'au Mali, seulement 32% de la population est à moins de 5 km d'un centre de santé communautaire (CSCOM) en milieu rural, alors que cette proportion atteint 83% en milieu urbain. Avec de faibles distances et des moyens de transport plus rapides, 74% de la population des villes maliennes accèdent à un CSCOM en moins de 5 minutes alors qu'en milieu rural, cette proportion n'est que de 21% et que 67% doivent faire plus de 30 minutes. L'accès géographique pourrait donc expliquer une partie du différentiel urbain/rural en matière de recours thérapeutique. En plus de l'accessibilité géographique qui renvoie, d'une certaine manière à la « quantité », d'autres éléments de l'offre comme la qualité vont influencer sur le choix des patients. La qualité de l'offre comprend la compétence technique du personnel de santé et la qualité de l'accueil réservé aux patients. Ainsi, un centre de santé ayant une renommée positive ou négative attirera ou au contraire sera peu fréquenté par la population (Mwabu, 1986 ; Waddington C.J. & Enyimayew K.A, 1989). Dans le domaine de l'accueil des patients, les médecines traditionnelle et populaire disposent d'une longueur d'onde d'avance

² Cf. plus bas pour la description détaillée de cette variable.

sur la médecine moderne de par la proximité culturelle entre les patients et traitants (Dunlop D.W, 1975 ; Bhardwag, S.M, 1975), et aussi du fait d'un véritable souci de mise en confiance du patient par les guérisseurs traditionnels.

Dans le cadre de cette étude, nous ne disposons pas malheureusement d'un indicateur de qualité intrinsèque et nous contenterons donc d'un indicateur d'accessibilité géographique.

2. Méthodologie.

2.1. Présentation des données et des variables

Données

Dans cette étude, nous mobilisons principalement les données de l'Enquête Légère Intégrée auprès des ménages (ELIM) réalisée par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) du Mali en 2003. Cette enquête, Il s'agit d'une enquête comprenant 4122 ménages (et près de 40 000 individus) représentatifs au niveau nationale et au niveau de chaque région du Mali. Elle comporte plusieurs volets : caractéristiques démographiques, éducation, santé, emploi, accès aux infrastructures de base, biens durables et anthropométrie des enfants de moins de 5 ans. Les données de cette enquête ont été appariées avec celles de l'enquête malienne de pauvreté réalisée en 2001 sur le même échantillon de ménages et dont l'objectif était de mesurer de la façon la plus robuste possible, le niveau de consommation³ des ménages maliens (DNSI, 2004). C'est donc l'indicateur de pauvreté qui en est issu qui sera utilisé dans le cadre de cette étude (nous y revenons plus bas).

Variables

Présentation de la variable à expliquer

La variable à expliquer principale est le type de « **recours thérapeutique** ». Elle a été construite à partir de deux autres. La première concerne le fait d'avoir été malade au cours du dernier mois précédent l'enquête. Il s'agit donc pour nous d'une variable filtre car elle permet de sélectionner la sous population ayant eu besoin de recourir aux soins.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION MALIENNE SELON LE FAIT D'AVOIR ÉTÉ MALADE AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES PRÉCÉDENT L'ENQUÊTE

	Effectif (échantillon)	Pourcentage
A été malade	5 821	14,63
N'a pas été malade	35 364	84,67
ND	295	0,70
Total	41 480	100

Source : DNSI, ELIM 2003, Calculs des auteurs

Notre échantillon d'analyse sera ainsi constitué de ces 5821 personnes ayant été malades au Mali en novembre 2003 (l'enquête ayant eu lieu en décembre).

³ Les dépenses des ménages ont été enregistrées quasiment en continu sur les quatre trimestres de l'année 2001. Pour estimer la consommation alimentaire et notamment l'autoconsommation très importante en milieu rural, l'on a également mesuré tout au long de l'année le poids et/ou le volume des aliments consommés. Les quantités ont ensuite été valorisées aux prix moyen du marché observés dans le module dépenses.

Pour tous ceux qui ont été malades, il leur a été demandé s'ils ont consulté un service/personnel de santé et si oui quel genre⁴ ?

Les distributions des modalités de ces variables sont les suivantes :

TABLEAU 2 : PERSONNEL/SERVICE DE SANTÉ CONSULTÉE EN CAS DE MALADIE AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES

	Effectifs (non pondérés)	Pourcentage
A été malade mais n'a pas consulté	2 286	40,61
Service de santé ou personnel consulté		
1-Dispensaire/hôpital privé	527	7,40
2- Dispensaire/hôpital public	1 353	19,96
3- Centre de santé communautaire	938	17,68
4- Médecin, dentiste privé	33	0,50
5- Guérisseur, marabout	468	9,09
6- Hôpital régional	64	0,85
7- Dispensaire/hôpital missionnaire	52	2,01
8- Pharmacien	35	0,93
9- Autres	65	0,97
Total	5 821	100,00

Source : DNSI, ELIM 2003, Calculs des auteurs

Il convient de souligner, pour le déplorer, l'impossibilité d'identifier l'automédication par le recours aux vendeurs ambulants. Ces derniers n'ayant pas été listés parmi les « personnels de santé » alors qu'ils constituent des acteurs du système de santé au Mali qu'on ne saurait négliger (ne serait ce que pour les combattre). Il est fort probable que parmi ceux ayant déclaré n'avoir recouru à aucun service ou personnel de santé, une bonne partie ait recouru aux vendeurs ambulants de médicaments ou se soient servis dans leur stock d'anciens médicaments modernes ou traditionnels.

À partir de la distribution du service ou personnel de santé consulté, nous avons créé une variable synthétique avec seulement trois modalités :

- « aucun recours » connu ;
- recours à la médecine moderne (modalités autres que 5 et 9 du tableau précédent),
- recours à la médecine traditionnelle (modalité 5 et 9 du tableau précédent).

Présentation de quelques variables explicatives principales.

Comme souligné dans le cadre théorique, trois dimensions explicatives sont considérées dans cette étude : la dimension socioculturelle, la dimension économique et la dimension offre des soins. Il s'agit ici de présenter rapidement les variables qui permettent de cerner chacune de ces dimensions.

⁴ En réalité, les questions telles que posées dans l'enquête est les suivantes : « Est-ce que (NOM) a consulté un service/du personnel de santé, un guérisseur ou un marabout pour une raison quelconque au cours des 4 dernières semaines ». Si oui « Quel genre de service/de personnel de santé (NOM) a-t-il/elle consulté principalement ? ».

La variable niveau de vie.

Contrairement aux autres variables qui ont été collectées lors de l'enquête ELIM en 2003, la variable niveau de vie est issue de l'enquête EMEP-2001⁵, après appariement des deux enquêtes qui portent sur les mêmes ménages. Il s'agit d'une variable catégorielle permettant de classer les ménages en quatre catégories de niveau de vie : « moins pauvres », « vulnérables », « pauvres », « très pauvres ». Ces catégories proviennent de la variable « dépenses par tête » qui a été construite en rapportant les dépenses (alimentaires et non alimentaires) annuelles à la taille du ménage. Il convient de souligner que les deux dernières modalités (pauvres et très pauvres) correspondent aux ménages vivant en dessous du seuil absolu de pauvreté tel que défini en 2001 par la DNSI (DNSI, 2004).

TABLEAU 3 : DISTRIBUTION DES MÉNAGES
SELON LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE NIVEAU DE VIE ET PAR MILIEU DE RÉSIDENCE

Groupes de consommation	Bamako		Urbain		Rural		Total	
	Effectif	% pondéré	Effectif	% pondéré	Effectif	% pondéré	Effectif	% pondéré
Moins pauvres	234	59,9	418	42,2	284	12,1	936	22,9
Vulnérables	73	18,0	299	31,2	402	15,3	774	18,5
Pauvres	40	12,8	147	12,9	403	14,6	590	14,1
Très pauvres	32	9,3	159	13,7	1631	58,0	1822	44,5
Total	379	100,0	1023	100,0	2720	100,0	4122	100,0

Source : DNSI, ELIM 2003, Calculs des auteurs

Comme le montre le tableau 3, 45% de l'ensemble des ménages maliens sont très pauvres et 14% sont pauvres. Ce sont donc environ 59% de ménages qui vivent en dessous du seuil absolu de pauvreté. Juste au dessus de ce seuil, se trouvent 19% de ménages classés comme « vulnérables » alors que les plus épargnés par la pauvreté représentent 23%. Par rapport au seuil de pauvreté de 144 022 F CFA établi en 2001, les « très pauvres » ont un niveau de consommation inférieur à 75% de ce seuil, les « pauvres » entre 75% et le seuil de pauvreté, les « vulnérables » entre 1 et 1,5 fois et les « moins pauvres » plus de 1,5 fois le seuil de pauvreté. Il est fort probable que ces différentes catégories de ménages ne soient pas soumises aux mêmes contraintes financière en cas de maladie.

La variable « niveau d'éducation »

Il ressort des données de l'ELIM-2003 que le capital éducatif, mesuré par le niveau d'instruction est plutôt un facteur rare au Mali : plus de deux tiers de la population de 6 ans ou plus n'ont aucun niveau d'instruction ; 19% a fait le fondamental 1. Mais chez les enfants (6-14 ans), le tableau est moins sombre puisque environ 40% ont été scolarisés, ce qui reflète l'effet des nouvelles politiques de lutte contre la pauvreté et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, plus axées sur l'amélioration des indicateurs sociaux que ne l'étaient les programmes d'ajustement structurels. Il s'agira dans cette étude de voir si la minorité qui dispose d'un capital éducatif se démarque des conceptions traditionnelles de la maladie en s'orientant de façon privilégiée vers la médecine moderne en cas de maladie.

⁵ EMEP = Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté. C'est une enquête dont l'objectif était de mesurer le niveau de vie des ménages à travers l'enregistrement de leurs consommations et dépenses (alimentaires et non alimentaires).

TABLEAU 4 : RÉPARTITION LA POPULATION MALIENNE DE 6 ANS ET PLUS
SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

	6-14 ans	15-24ans	25-39ans	40-64ans	65 ans et plus	Ensemble
Aucun	60,8	65,4	79,0	84,2	95,2	71,5
fondamental 1	37,3	16,0	9,5	6,4	2,2	19,2
fondamental 2	1,4	14,5	6,8	3,9	0,6	6,0
Secondaire	0,0	3,5	3,5	3,6	1,2	2,3
Supérieur	0,0	0,4	0,7	1,6	0,5	0,6
ND	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	11075	8321	6575	6400	1511	33904

Source : DNSI, ELIM 2003, Calculs des auteurs

Disponibilité d'un centre dans la localité : de fortes inégalités selon le milieu de résidence

Alors que la quasi-totalité des ménages de Bamako ont déclaré disposer d'un centre de santé dans leur quartier, seulement 29% des ménages ruraux peuvent accéder à une structure sanitaire moderne dans leur localité. Les habitants des villes moyennes sont également bien lotis, puisque plus des trois quarts disposent d'un centre de santé. Il existe donc au Mali en 2003 de fortes inégalités dans la répartition territoriale des centres de santé moderne au détriment du monde rural. C'est donc principalement dans ce milieu où le maillage est très insuffisant qu'il convient de rechercher l'impact de l'offre de santé sur le recours thérapeutique.

TABLEAU 5 : RÉPARTITION (EN %) DES MÉNAGES MALIEN
SELON LA DISPONIBILITÉ D'UN CENTRE DE SANTÉ DANS LEUR LOCALITÉ/QUARTIER

	Bamako	Autres urbain	Rural	Total
Non	3,49	21,57	70,69	54,26
Oui	96,51	78,43	29,31	45,74
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Effectifs	379	1023	2720	4122

2.2. Méthodes d'analyse

Nous mobilisons deux types d'analyses dans le cadre de cette étude : les analyses descriptives et les analyses explicatives.

Analyses descriptives

Il s'agit ici essentiellement de croiser le type de recours thérapeutique avec les principales variables explicatives : Niveau de vie, niveau d'éducation du chef de ménage, milieu de résidence, disponibilité d'un centre de santé.

Analyses explicatives

De la nécessité de tenir compte du caractère sélectif de la maladie

Même si notre objectif est de déterminer l'impact des différents facteurs sur le recours thérapeutique, il est important de tenir compte du fait que ce recours n'est observé que quand

l'individu est tombé malade. Ne pas en tenir compte pourrait générer un biais dans l'estimation des effets des variables d'intérêts. Aussi, dans le cadre de cette étude, nous utilisons une méthode d'estimation en deux étapes. Dans la première étape, nous estimons les facteurs déterminants la probabilité d'être malade⁶, ce qui nous permet de calculer le facteur de correction d'Heckman (l'inverse du ratio de Mills) qui est ensuite introduite dans les équations (séquentielles) d'intérêts de seconde étape que nous explicitons plus bas.

Dérivation de l'inverse du ratio de mills à partir de l'estimation des facteurs influant la probabilité d'être malade.

$$P(M_i=1)=P(M_i^*>0)=P(Z_i\gamma+e_i>0) \text{ (I)}$$

Où M_i^* est une variable latent continue associée à la variable dichotomique M (=1 si l'individu est malade, 0 sinon), Z_i est le vecteur des caractéristiques individuelles ; γ le vecteur des coefficients à estimer et e_i un terme d'erreur normalement distribuée. Après avoir estimé les paramètres de l'équation (I) par des méthodes appropriées, on calcule pour chaque individu, l'inverse du ratio de mills $M(Z_i\gamma)$ estimé de la façon suivante :

$M(\hat{e}_i)=\varphi(Z_i\gamma)/\Phi(Z_i\gamma)$ où $\varphi(\cdot)$ et $\Phi(\cdot)$ sont respectivement les fonctions de densité et répartition de la loi normale centrée réduite.

Estimation des équations d'intérêt : *des équations de régression logistique séquentielles avec adjonction, aux variables explicatives, de la correction du risque de sélectivité de la maladie ($M(Z\gamma)$).*

Pour les deux modèles, les variables explicatives suivantes ont été retenues : niveau de vie, niveau d'instruction, milieu de résidence et existence d'un centre de santé. En plus de ces variables explicatives principales, nous avons ajouté un certain nombre de variables de contrôle : âge du malade, sexe du malade, type de maladie, sévérité de la maladie et inverse du ratio du mills. La procédure « jackknife » est utilisée afin d'obtenir des écart-types robustes.

3. Analyse et interprétation statistiques des résultats

Au Mali, en novembre 2003, 15% de la population a eu à souffrir d'une maladie. Celle-ci est encore trop souvent le paludisme qui est connu pour être endémique en Afrique. La maladie frappe dans des proportions comparables toutes les couches sociales (aussi bien quand on considère le niveau de vie que quand on considère le niveau d'instruction) mais il pourrait y avoir un problème de déclaration différentielle, les personnes défavorisées déclarant moins souvent les épisodes de maladie que les plus favorisées. Mais, s'il y a homogénéité de déclaration, les formes de recours thérapeutique pourraient être bien différentes d'une catégorie sociale à l'autre. Nous allons nous atteler, dans cette partie à la mesure des facteurs qui sous-tendent le type de recours thérapeutique. Comme souligné dans le cadre théorique, ces facteurs peuvent être subdivisés en trois grandes composantes : socioéconomiques, socioculturelles et d'offre. Nous commençons par présenter les analyses descriptives afin d'établir le profil thérapeutique des différentes catégories socioculturelles et économiques. Dans une seconde partie, nous procédons aux analyses explicatives.

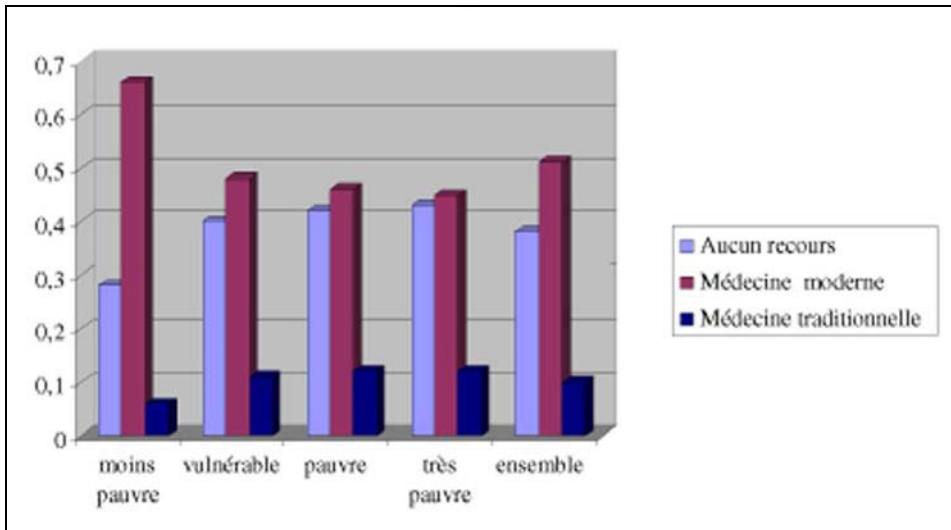
⁶ Ce modèle est estimé avec les mêmes variables explicatives que celui du recours thérapeutique, plus une variable d'identification constituée de zone de résidence (Kaye, Nord, Sud, Bamako) qui joue sur la probabilité d'être malade mais pas sur le type de recours.

3.1. Analyse descriptive du lien entre recours thérapeutique et facteurs socioéconomiques, culturels et d'accessibilité géographique.

a) Recours thérapeutique et niveau de vie du ménage

Comme souligné dans le cadre théorique, le type de recours thérapeutique est conditionné entre autres, à la capacité des ménages à supporter les dépenses y afférant. Les résultats de l'étude montrent de façon claire que le niveau de vie des ménages est un facteur important du recours thérapeutique. Ainsi, les plus aisés (moins pauvres) se démarquent très nettement des autres groupes socio économiques par la part très importante des malades ayant fait appel à un service de santé moderne (66%). De façon corrélative, moins de 30% des malades de cette classe sociale sont restés sans soins et seulement 6% ont fait appel aux tradi-praticiens. Ceci découle du fait que les ménages disposant d'un budget conséquent parviennent à faire face aux dépenses liées à la santé. Les trois autres classes (vulnérables, pauvres et très pauvres) ont quant à eux, des comportements en cas de maladie très similaires : entre 45 et 48% des malades ont recours à la médecine moderne ; entre 11 et 12% ont été soignés par la pharmacopée⁷ traditionnelle et entre 40 et 43% des malades se sont abstenus de tout recours à une structure moderne ou traditionnelle. Comme nous l'avons souligné, le fort taux d'abstention est dû au fait que l'automédication n'est pas du tout captée dans l'enquête ELIM-2003.

FIGURE 6 : TYPE DE RECOURS THÉRAPEUTIQUE SELON LE NIVEAU DE VIE DU MÉNAGE



Que ces trois classes de niveau de vie adoptent quasiment le même comportement thérapeutique signifie que seuls ceux qui occupent le haut de la pyramide sociale parviennent à se différencier. Les analyses multi variées permettront d'approfondir ce résultat.

b) Recours thérapeutique et milieu de résidence

Les malades du milieu urbain sont presque deux tiers (63% pour Bamako et 67% pour les villes secondaires) à faire recours à la médecine moderne. En milieu rural seulement 45% sont concernés, soit autant que ceux qui n'ont consulté aucun service de santé (43%). Cette proportion est de seulement 27% à Bamako et dans les villes secondaires. Quant à la médecine

⁷ En réalité, il ne s'agit pas ici seulement de la pharmacopée mais de toutes les formes médecines traditionnelles

traditionnelle, elle est la plus faiblement utilisée dans les villes secondaires (6%) alors qu'elle concerne près d'un patient sur dix à Bamako et 12% en milieu rural.

Le comportement spécifique des ménages ruraux marqué par une forte abstention thérapeutique et le niveau le plus élevé de recours à la médecine traditionnelle est de mise dans les trois premiers groupes de niveau de vie les plus défavorisés. Mais, les malades ruraux appartenant aux ménages les plus aisés vont faire appel à la médecine moderne dans une proportion comparable aux malades du milieu urbain (60%). De même, la proportion des malades ruraux n'ayant bénéficié d'aucun soin baisse de façon significative dans ce groupe de niveau de vie.

À Bamako, le contrôle du niveau de vie met au jour des comportements très hétérogènes. Ainsi, les plus pauvres de la capitale sont trois fois plus nombreux (30%) que la moyenne nationale à recourir à la médecine traditionnelle en cas de maladie. On peut donc parler ici d'une véritable ruée vers les tradi-thérapeutes. Ce fort penchant à utiliser la médecine traditionnelle être le reflet des efforts d'encadrement des tradi-praticiens par l'État à travers l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)⁸. Mais d'un autre côté, le fait que cette médecine soit essentiellement utilisée par les pauvres dans la capitale malienne qu'il s'agit ici avant tout d'une solution de pis-aller.

Les deux classes de niveau de vie intermédiaire de Bamako, quant à elles se caractérisent par une forte proportion de malades (43%) n'ayant recouru à aucun service de santé. Ceci pourrait être dû à un repli sur l'automédication moderne que nos données ne permettent pas de distinguer.

TABLEAU 9 : RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LE MILIEU,
SELON LE GROUPE DE CONSOMMATION ET LE RECOURS THÉRAPEUTIQUE

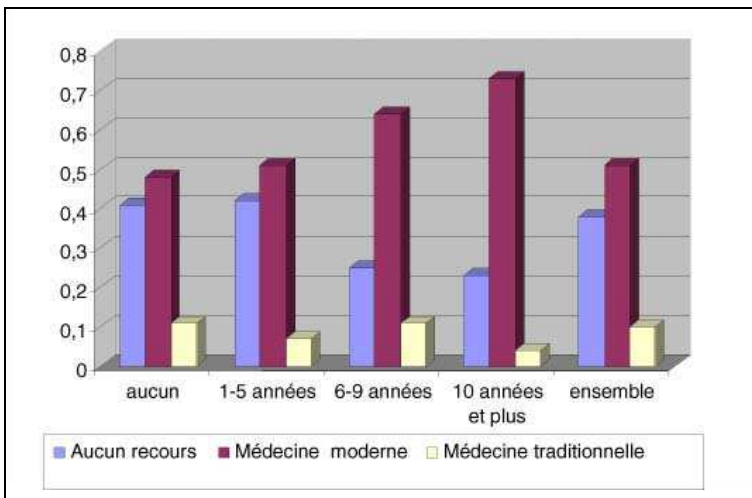
Groupe de consommation	Recours thérapeutique	Bamako	Autres urbains	Rural	Total
Moins pauvres	Aucun recours	0,22	0,28	0,32	0,28
	Médecine moderne	0,72	0,68	0,60	0,66
	Médecine traditionnelle	0,06	0,04	0,08	0,06
Vulnérables	Aucun recours	0,43	0,24	0,47	0,40
	Médecine moderne	0,53	0,65	0,40	0,48
	Médecine traditionnelle	0,04	0,11	0,13	0,11
Pauvres	Aucun recours	0,43	0,32	0,44	0,42
	Médecine moderne	0,42	0,63	0,43	0,46
	Médecine traditionnelle	0,14	0,05	0,13	0,12
Très pauvres	Aucun recours	0,16	0,26	0,46	0,43
	Médecine moderne	0,55	0,69	0,43	0,45
	Médecine traditionnelle	0,30	0,05	0,12	0,12
Total	Aucun recours	0,28	0,27	0,43	0,38
	Médecine moderne	0,63	0,67	0,45	0,51
	Médecine traditionnelle	0,09	0,06	0,12	0,10

⁸ Ce dernier procède, entre autres, à l'analyse des échantillons des produits des tradi-thérapeutes avant de leur délivrer des attestations pour la vente de leurs médicaments.

c) *Recours thérapeutique, niveau d'instruction du chef et groupe de consommation du ménage*

Le niveau d'instruction du chef de ménage influence de façon substantielle le recours thérapeutique. Ainsi, plus le chef de ménage est éduqué, plus la proportion des malades recourant à la médecine moderne s'accroît, passant de 48% chez les malades dont le chef est « sans instruction » à 73% chez ceux dont le chef a atteint les niveaux secondaire ou supérieur. À l'inverse la population malade n'ayant recouru à aucun système de santé baisse quand le niveau du chef augmente : 41% lorsque le chef de ménage est sans instruction contre 23% lorsqu'il a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. La Proportion de malades qui se sont contentés de la médecine traditionnelle est trois fois plus élevée dans les ménages dont le chef n'a pas été scolarisé (11%) que dans ceux dont le chef a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

FIGURE 7 : TYPE DE RECOURS THÉRAPEUTIQUE SELON LE NOMBRE D'ANNÉES D'ÉTUDE DU CHEF DE MÉNAGE



Le contrôle simultané du niveau de vie et du niveau d'instruction du chef met en évidence l'interaction positive entre les deux facteurs. Ainsi quand le chef de ménage a le niveau d'éducation le plus élevé et en même temps fait partie des moins pauvres du Mali, pratiquement quatre cinquième des personnes malades font recours à la médecine moderne et moins de 3% font appel aux tradi-praticiens.

d) *Recours thérapeutique et disponibilité des infrastructures sanitaires*

Sur l'ensemble de la population malade vivant dans les localités avec un service de santé, 61% ont eu recours à la médecine moderne contre 31% qui n'ont recouru à aucune forme de médecine et seulement 8% qui ont recouru à la médecine traditionnelle. Les proportions sont respectivement de 47, 40 et 13 % pour les malades ne disposant pas de service de santé dans leur localité. La forte proportion de malades ayant recouru à la médecine moderne (61%) traduit l'importance de la disponibilité des infrastructures de santé dans le choix du recours thérapeutique. Par ailleurs, l'analyse du lien entre la pauvreté et le type de recours en cas de maladie fait ressortir que le groupe de consommation des moins pauvres se distingue de façon substantielle des autres. Ainsi, en cas de disponibilité des infrastructures sanitaires, jusqu'à 70% des individus de ce groupe ont eu recours à la médecine moderne contre une proportion

comprise entre 53 et 57% dans les autres groupes les moins aisés. Même en cas de non disponibilité des infrastructures sanitaires dans la localité, 52% des malades du groupe des moins pauvres font quand même recours à un service de santé (contre moins de 40% dans les autres groupes).

TABLEAU 11 : TYPE DE RECOURS THÉRAPEUTIQUES EN CAS DE MALADIE SELON LA DISPONIBILITÉ DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET LE DEGRÉ DE PAUVRETÉ DU MÉNAGE

Groupe de consommation	Type de recours	Centre de santé dans la localité		Total
		Non	Oui	
Moins pauvres	Aucun recours	0,39	0,25	0,28
	Med moderne	0,52	0,70	0,66
	Med traditionnelle	0,09	0,05	0,06
Vulnérables	Aucun recours	0,46	0,36	0,41
	Med moderne	0,37	0,57	0,48
	Med traditionnelle	0,17	0,07	0,11
Pauvres	Aucun recours	0,55	0,30	0,42
	Med moderne	0,38	0,53	0,46
	Med traditionnelle	0,07	0,17	0,12
Très pauvres	Aucun recours	0,48	0,35	0,43
	Med moderne	0,39	0,55	0,45
	Med traditionnelle	0,13	0,10	0,12
Total	Aucun recours	0,47	0,31	0,38
	Med moderne	0,40	0,61	0,51
	Med traditionnelle	0,13	0,08	0,10

3.2. Analyses explicatives

Des analyses descriptives, on peut tirer les constats suivants.

Les malades vivant dans les ménages moins pauvres ayant le niveau de vie élevé se démarquent de façon substantielle des malades appartenant aux autres groupes par un recours à un service et/ou personnel de santé notamment moderne. En dehors des plus aisés, les 3 autres classes ont des types de recours similaires. Selon le milieu de résidence, les malades vivant en milieu rural sont moins nombreux à ne recourir à la médecine et/ou un personnel que ceux des milieux urbains (Bamako et villes secondaires). Le niveau d'instruction est positivement corrélé au recours à la médecine, particulièrement moderne. La disponibilité d'un service de santé dans la localité détermine le recours à la médecine moderne.

Mais, avant de conclure à un effet propre de ces différents facteurs socioéconomiques, culturels et d'offre, il importe de contrôler de façon simultanée l'ensemble des variables pouvant expliquer le recours thérapeutique. Pour ce faire, nous construisons deux modèles de régression logistique. Le 1^{er} cherche à mettre en évidence les effets nets des facteurs sur le recours à un service/personnel de santé quelconque en cas de maladie. Le second modèle, quant à lui, tente d'isoler, pour les malades ayant recouru à un service de santé, les facteurs qui déterminent le choix de la médecine traditionnelle plutôt que la médecine moderne. Nous corrigeons nos estimations de la sélectivité non observée de la maladie (cf. partie méthodologique). Pour tenir compte du plan de sondage et du fait que les régressions contiennent une variable issue d'une estimation (le facteur de correction), les tests de significativité des coefficients utilisent la méthode « jackknife ».

TABLEAU 12 : DÉTERMINANTS DU COMPORTEMENT FACE À LA MALADIE AU MALI
RÉSULTAT DE RÉGRESSIONS LOGISTIQUES SÉQUENTIELLES.

	Odds ratio abstention thérapeutique (contre recours à un service quelconque)	Odds ratio recours aux soins traditionnels (contre modernes)
Niveau de vie du ménage (MR= très pauvre)		
Moins Pauvre	0,74	0,73
Vulnérable	0,96	1,17
Pauvre	1,03	0,33**
Niveau d'instruction du CM MR=Sans niveau)		
0-5 ans (fondamental 1)	1,27	1,15
6-9 ans (fondamental 2)	0,65	0,49**
10 ans et plus (secondaire ou plus)	0,63**	1,10
Non déterminé	0,29	1,23
Existence d'un centre dans la localité (MR=Non)		
Oui	0,60**	0,45
Milieu de résidence (MR=Bamako)		
Autres villes	0,85	0,87
Rural	1,18	0,68
Age du malade (MR=15-49 ans)		
0-4 ans	0,76	0,96
5-9 ans	1,07	1,12
10-14 ans	0,92	0,78
50-59 ans	0,86	1,19
60 ans ou plus	1,36	0,87
Sexe (MR=feminin)		
Masculin	1,13	0,59**
Type de maladie (mr=fièvre/paludisme)		
Diarrhée	1,03	1,94*
Toux	1,16	1,49
Autre maladie	0,51***	1,51
Accident	0,51	2,36*
Problème de dent	0,83	3,03**
Problème de peau	0,75	1,74
Problème d'oreille	0,56**	1,18
Problème à l'œil	0,75	1,56
Sévérité de la maladie (mr=pas d'incapacité temporaire)		
Incapacité de moins d'une semaine	0,56***	0,97
Incapacité de une à deux semaines	0,40***	1,01
Incapacité de deux semaines ou plus	0,38***	0,81
ND	1,35	1,18
facteur de correction de la sélectivité due à la maladie	1,43	0,73
Effectifs	5754	3535
NB :1- les écart-types ont été obtenus à partir du Jackknife, pour tenir compte du plan de sondage complexe et de la présence d'une variable estimée dans une première étape. 2 ***= significatif à 1% ; **=significatif à 5% ; *=significatif à 10%		

Incidence de la Solvabilité économique sur le recours thérapeutique : la médecine traditionnelle : solution de repli des pauvres ?

Dans la première phase du processus thérapeutique, celle qui concerne la décision de recourir à un service de santé, le niveau de vie du ménage et donc sa solvabilité, semble ne pas jouer de rôle significatif. Mais une fois la décision de se soigner prise, le pouvoir économique du ménage entre en jeu. En l'occurrence, les malades des ménages en haut de la hiérarchie socioéconomique vont moins souvent (51% moins de risque) recourir à la médecine traditionnelle que ceux des ménages appartenant aux ménages les plus pauvres. Finalement, face à la maladie, les pauvres et les riches sont, dans les mêmes proportions, conscients de la nécessité de recourir à un service de santé ; mais à cause de contraintes de coût différentes, les premiers vont plus souvent s'orienter vers la médecine traditionnelle, pendant que les seconds vont faire appel aux services de la médecine moderne plus efficace. Par ailleurs, le fait qu'il faille attendre la dernière catégorie socioéconomique la plus aisée pour observer une différence significative de comportement face à la maladie pourrait signifier qu'au Mali, les coûts (directs et indirects) d'accès à certain segment de la médecine moderne restent trop élevés la plupart des ménages, même ceux qui se trouvent au milieu de la hiérarchie des niveaux de vie.

Incidence du niveau d'éducation du chef de ménage : le capital éducatif ne permet d'améliorer la santé qu'à des niveaux élevés.

Il convient de rappeler que le niveau d'instruction du chef de ménage est censé mesurer modèle socioculturel du ménage. Ainsi les ménages dont les chefs sont non ou faiblement éduqués auraient pour modèle culturel de référence un modèle plutôt traditionnel. Dans le cadre théorique, nous avons montré que ce modèle se caractérise par une imputation partielle ou totale de la maladie à des origines métaphysiques ou surnaturelles. Or si cette assertion est vraie, on s'attend à une moindre utilisation de la médecine moderne au profit des guérisseurs et marabouts. Les croyances aux causes métaphysiques peuvent aussi avoir pour conséquence une relative passivité en cas de maladie, surtout si l'on lie la guérison à une volonté divine. Les résultats montrent qu'il faut que les chefs de ménages aient dépassé le fondamental (plus de 9 années pour que les comportements face à la maladie se différencient, avec notamment des baisses significatives des risques d'abstention thérapeutiques et/ou de recours à la médecine traditionnelle. Comme pour le niveau de vie, le capital éducatif n'améliore les comportements exemplaires en matière de santé qu'à partir de niveaux élevés.

Influence du milieu de résidence : vivre en ville n'accroît ni les chances d'aller consulter un cas de maladie, ni celles de recourir à la médecine moderne.

Dans la partie consacrée à l'analyse descriptive, il est ressorti que les malades vivant en villes (à Bamako et dans les villes secondaires) étaient largement plus nombreux à recourir à un personnel ou à un centre de santé en cas de maladie (72% pour Bamako et 73% pour les autres villes) que ceux du milieu rural (57%). Après contrôle de l'ensemble des autres facteurs, il n'existe plus de différence de comportement statistiquement significative face à la maladie, même pour les citoyens vivant dans la capitale du Mali. Pourtant, Bamako est la plus grande ville du Mali et largement en avance sur les villes secondaires et sur le milieu rural quant à ce qui concerne un certain nombre de caractéristiques liées à la modernité (exposition aux médias, très faible part du secteur primaire, etc.). On se serait attendu à ce que ces caractéristiques spécifiques (non toujours captées par le niveau d'instruction) entraînent un recours plus important à la médecine en cas de maladie. Que tel ne soit pas le cas pourrait s'expliquer par un recours plus massif à l'automédication (notamment le recours aux vendeurs à la sauvette de médicaments

traditionnels ou modernes). De même, le fait que ruraux et Bamakois⁹, aient les mêmes chances de recourir à la médecine traditionnelle laisse penser que la conception de la ville comme lieu du changement social par excellence, pourrait être remise en cause en matière de santé.

La disponibilité d'un centre de santé dans la localité réduit les chances de l'abstention thérapeutique en cas de maladie, ainsi que celle de recourir à la médecine traditionnelle.

Après contrôle de tous les autres facteurs, l'existence d'un centre de santé continue d'être un facteur favorisant le recours à la médecine, en particulier à la médecine moderne en cas de maladie. Ce résultat qui sembler de prime abord banal, a une portée politique importante. Nous avons souligné dans la partie méthodologique que si la quasi-totalité des habitants de Bamako et une large majorité de ceux des villes secondaires disposaient d'un centre de santé dans leur voisinage, les ménages ruraux étaient toujours très peu nombreux posséder un centre santé dans leur localité. Un maillage plus serré du milieu rural en centres de santé aurait donc un impact direct sur l'amélioration du recours aux soins modernes en cas de maladie.

Conclusion.

L'objectif de cette étude était de déterminer, à travers l'analyse des données ELIM2003, le comportement des ménages maliens en cas de maladie : font-ils appel à la médecine moderne, traditionnelle ou s'abstiennent-ils de tout recours à un service/personnel de santé (en laissant passer la maladie ou en procédant à l'automédication par exemple) ? Afin de répondre à ces questions, nous avons commencé par présenter un cadre théorique qui situe le recours thérapeutique au confluent des facteurs socioculturels, économique et d'accessibilité géographique aux centres de santé. Une fois ce cadre théorique posé, nous avons, dans une seconde partie, présenté les données, variables et méthodes d'analyse. Au sujet de ces dernières, nous avons insisté sur la nécessité de modéliser le recours thérapeutique comme l'aboutissement d'un processus séquentiel qui va du déclenchement de la maladie au choix du type de recours. Cette configuration en forme de « réaction en chaîne » nous amené à recourir à des régressions logistiques séquentielles, avec correction du biais de sélection lié au caractère potentiellement sélectif (sur des facteurs non observés) de la maladie.

Des analyses multivariées, il est ressorti que le niveau d'instruction du chef de ménage, utilisé comme indicateur des facteurs socioculturels, ne jouait de façon significative sur le recours thérapeutique qu'à des niveaux élevés. En effet, ce n'est qu'à partir du niveau secondaire (soit après 10 années de scolarité) que le capital culturel devient un facteur de différenciation comportementale en cas de maladie. Si on suppose que le recours thérapeutique dépend de la perception qu'on a de la maladie, ce résultat implique que cette perception ne se modifie de façon significative que quand le ménage possède un capital éducatif important. Un autre proxy des facteurs socioculturels, en l'occurrence le degré d'urbanisation, n'a aucun impact sur le recours thérapeutique, alors qu'on s'attendait, a priori, à ce que les citadins, plus exposés aux symboles de la modernité et aux changements culturels, adoptent un comportement nettement différent de celui des ruraux face à la maladie même après avoir tenu compte de l'ensemble d'autres facteurs. Que tel ne soit pas le cas signifie que la citoyenneté en soi n'entraîne pas de changement de comportement au Mali.

Au niveau des facteurs économiques, les analyses ont montré que seuls les plus aisés, qui constituent environ 20% de la population malienne se différencient du reste de la population en recourant de façon plus intensive à la médecine moderne en cas de maladie, alors que les pauvres étaient plus enclin à se replier sur la médecine traditionnelle. Les coûts directs et indirects de la médecine moderne seraient, dans certains segments, très élevés et accessibles seulement au plus aisés.

⁹ Les malades des villes secondaires ont moins de risque de recourir à la médecine traditionnelle, même si les différences ne sont pas statistiquement significatives.

BIBLIOGRAPHIE

- BASCO Léonardo K., 2004. Molecular epidemiology of malaria in Cameroon. XIX. Quality of antimalarial drugs used for self-medication. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 70, 245- 250.
- BECKER Gary Stanley, 1964. *Le Capital humain, une analyse théorique et empirique*,
- BHARDWAG, S.M : 1975, « Attitude toward different systems of medicine: a survey in four villages in Pendja, India », in *social science and medicine*, 9, 1975 p603-612.
- CANTRELLE Pierre & LOCOH Thérèse, 1990. « Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest », Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED), Paris, janvier 1990.
- CLEMENTS FORREST E., 1932. *Primitive Concepts of Disease*. University of California Publication in American Archeology and Ethnology, 32 (no. 2) : 185-252.
- DNSI et MACRO INTERNATIONAL, 2002. « Troisième Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2001 », (EDSM-III), Rapport final, Cellule de Planification et de Statistique (Ministère de la Santé), juin 2002.
- DNSI et MACRO INTERNATIONAL, 2007. « Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2006 ». Rapport préliminaire, Cellule de Planification et de Statistique (Ministère de la Santé), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Macro International, avril 2007.
- DNSI et MACRO INTERNATIONAL, 1996. « Deuxième Enquête Démographique et de Santé du Mali », (EDSM-II, 1995-1996). Rapport final ; Cellule de Planification et de Statistique (Ministère de la Santé), décembre 1996.
- DOZON Jean-Pierre et SINDZINGRE Nicole, 1986. « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine » in *La santé dans le tiers-monde, cahier n° XII*, premier semestre 1986, édité par la coopérative d'édition de la Vie mutualité.
- DUNLOP D.W., 1975. « Alternatives to modern Health Delivery System in Africa : Public policy of traditional Health systems » in *Social Science and Medicine*, 9, 1975, p581-586.
- FAYE Sylvain Landry, LALOU Richard et ADJAMAGBO Agnès, 2004. Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais : un effet de la pauvreté ? *African Population Studies/Étude de la Population Africaine*, Vol. 19, No. 2, Sup. A, 2004, pp.221-240.
- FOURNIER Pierre et HADDAD Slim, 1995. « Les Facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en Développement », in *Sociologie des populations*, Gérard Hubert et Piché Victor (dir), PUM- AUPELF-UREF, Montréal, pp289-325.
- INITIATIVE DE BAMAKO, 1999. « Plus de 10 ans après : 1987-1999 », Rapport sur la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako au Mali, Bamako- janvier 1999.
- MONTEILLET Nicolas, 1999. *Aperçu sur un système de soins : Le cas de Mbandjock in anthropologie de la Santé*, n°17, 1999.
- MWABU G.M., 1986. « Health care decisions at the household level : Results of a rural survey in Kenya » in *Social Science and medicine*, 22, 3, 1986, pp315-319.

- REVEYRAND Odile, 1983. Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles, Premier colloque national d'anthropologie médicale (Paris, 28-30 novembre 1983), <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/016144.pdf>
- WADDINGTON C.J. & ENYIMAYEW K.A, 1989: « A price to pay : The impact of User charges in Ashanti-Akin district, Ghana », *International Journal of Health planning and Management*, 5, 1990, pp. 17-49.