



**Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques**  
**dans deux aires de santé rurales au Mali.**

Protocole provisoire

Cette étude s'inscrit dans le projet de recherche « Health Care For All » réalisé par le Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers dans le cadre de l'accord cadre passé entre la DGCD et l'IMT.

**1. Justification du projet**

Au Mali comme dans bon nombre de pays d'Afrique, les efforts pour augmenter l'accessibilité géographique à travers la construction de centres de santé n'ont pas été suivis de la hausse espérée des taux d'utilisation. Une série de facteurs sont incriminés pour expliquer les faibles taux d'utilisation, et notamment des problèmes d'accessibilité économique, de qualité des soins, de présence et de motivation du personnel de soins (Audibert, Van Roodenbeke 2005). Cette étude vise à mieux comprendre les logiques qui sous-tendent l'utilisation ou la non utilisation des centres de santé en milieu rural au Mali à travers l'étude des itinéraires thérapeutiques, considérant que le recours aux CSCOMs ne peut être étudié déconnecté de son contexte et des offres concurrentes.

**2. Cadre d'analyse théorique des itinéraires thérapeutiques**

Partout dans le monde l'automédication est le plus souvent le premier recours. C'est une décision facile qui peut être prise au niveau de l'individu ou de son entourage immédiat (ex : la mère de l'enfant). Cette automédication peut être à base de remèdes traditionnels (souvent disponibles dans la nature) ou de médicaments modernes si ceux-ci sont faciles d'accès.

En cas d'échec, l'individu / sa famille consulte un thérapeute extérieur choisi parmi l'ensemble des recours thérapeutiques disponibles dans l'environnement. Les recours disponibles sont généralement multiples et peuvent grossièrement être classés en trois catégories :

- secteur traditionnel (guérisseurs, herboristes, marabouts, sorciers, féticheurs...)
- secteur informel (colporteurs de médicaments, injecteurs, secouristes, personnel de santé agissant en « privé »...)
- secteur formel (CSCOM, hôpitaux, privés reconnus)

Ces recours disponibles peuvent être mobilisés simultanément ou successivement (après échec du recours précédent). Les changements de filières sont fréquents. La décision est pragmatique.

Selon les familles/ménages, certains recours seront probablement plus vite mobilisés que d'autres, mais au sein de la même famille, les recours peuvent varier selon

- le type de maladie (selon les classifications nosologiques populaires qui ne correspondent pas aux classifications biomédicales)
- la place du malade dans la famille (Berche 1998)

Plus souvent que pour l'automédication, les mécanismes de décision de recours thérapeutique sont collectifs et impliquent un « groupe de décideurs » qui va apprécier la nécessité du recours et la nature de celui-ci et/ou financer ce recours. Ce « groupe de décideurs » varie dans sa taille et sa composition selon le contexte social, la structure familiale, la maladie, la somme à mobiliser, ou encore la place du malade dans la famille – notamment l'autonomie financière du malade (Berche 1998) ou de la mère de l'enfant (Castle 1993).

Plusieurs facteurs - grossièrement la distance, le coût et la qualité perçue - influencent la décision. Parfois un facteur a un effet tellement rédhibitoire qu'il explique à lui seul le non-recours:

- de grandes distances ne sont consenties que si les alternatives disponibles localement sont jugées insatisfaisantes pour le problème
- des coûts disproportionnés par rapport à l'argent mobilisable entravent l'accès économique
- l'absence de personnel ou un accueil déplorable expliquent que l'on n'ait recours à un service qu'après avoir épuisé les autres ressources

Mais le plus souvent il n'y a pas un facteur prépondérant dans l'absolu mais une interaction de facteurs qui interviennent au cas par cas.

En outre chacun de ces facteurs comprend lui-même plusieurs dimensions et ne peut être réduit à une mesure simple. Il faut distinguer la distance mesurée en km de la distance « perçue » ou encore des significations de la distance pour les intéressés ; le coût exprimé en valeur monétaire du coût « perçu » ; la qualité mesurée sur base de critères technique de la qualité « perçue ».

La distance : il est généralement admis que l'utilisation des services de santé diminue au-delà de 5 km. Toutefois cette distance prend une signification différente selon les moyens de transports disponibles, l'état des routes, l'emplacement ou non du recours envisagé dans un endroit fréquenté pour d'autres raisons (marché, écoles, administrations...), et les significations pour l'individu ou son entourage d'un déplacement « lointain ». On constate aussi que certaines

personnes effectuent volontairement de longs déplacements pour consulter un thérapeute (traditionnel ou moderne) ou une institution de soins particulière.

Le coût : généralement compris comme le montant payé + les coûts indirects. Ce qui influence la décision n'est pas le coût a posteriori mais le coût escompté et ce qu'il représente pour l'individu et son entourage : information sur les coûts ; réputation / rumeurs sur les coûts ; modalités de paiement ; priorités du moment ; mécanismes de mobilisation de l'argent dans la famille et les conséquences sur la vie sociale ; dimension symbolique du paiement (inscription dans des relations sociales) versus pure transaction monétaire ; sentiment que le paiement est proportionnel au bénéfice des soins ; intervention de tiers (mutuelles)...

La qualité : la définition de la qualité n'est pas identique pour la population et les professionnels. La qualité perçue est basée sur l'expérience antérieure, la réputation et la confiance. La confiance (Gilson et al 2005) résulte d'une combinaison de facteurs

- personnels, c'est-à-dire relatifs à la personne des soignants : attitudes de respect et d'écoute, caractéristiques personnelles de genre, ethnie, degré de familiarité avec le malade ou sa famille...
- institutionnels, c'est-à-dire relatifs aux normes gérant le fonctionnement des services : diplômes du personnel, codes éthiques, mécanismes de contrôle, modalités de paiement, disponibilité des médicaments, paquet de soins offerts, horaires...

Lorsque il y a déficit de confiance institutionnelle, la confiance éventuelle se fonde sur des caractéristiques personnelles des soignants. La confiance dans la compétence technique est souvent liée à l'appréciation des attitudes (Gilson et al 2005) ; les qualités humaines sont utilisées comme indicateurs du « don » de soigner.

Ce cadre d'analyse des itinéraires thérapeutiques les pose comme des phénomènes complexes, c'est-à-dire dépendant d'un nombre important de facteurs en interaction (en l'occurrence choix disponibles, appréciation du rapport distance / coût / qualité escompté, dimensions sociales des décisions de recours thérapeutiques) et comprenant une part d'imprévisibilité lié à l'autonomie humaine.

### **3. Finalité et objectifs de l'étude**

Cette étude est basée sur le constat d'une sous-utilisation des CSCom ruraux au Mali par rapport aux besoins. Nous partons du principe que les ménages sont libres de recourir à l'offre de santé qui leur paraît la plus appropriée, et que l'éventuelle augmentation des taux d'utilisation passe par une meilleure adéquation de l'offre des CSCom à la demande plutôt que l'inverse. En travaillant sur les itinéraires thérapeutiques, nous ne cherchons pas à qualifier les ménages de « bons » ou « mauvais » utilisateurs, mais nous visons à mieux comprendre, de leur point de vue, ce qui dans l'offre actuelle des CSComs les attire ou au contraire les

décourage. Nous espérons ainsi contribuer à une réflexion sur le vécu des ménages dissimulé sous l'abstraction des taux d'utilisation, et sur des stratégies susceptibles de mieux répondre à leurs attentes.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

1. Confronter le cadre d'analyse des itinéraires thérapeutiques à la réalité du milieu rural au Mali
2. Identifier différentes logiques qui sous-tendent l'utilisation / la non-utilisation des services de santé
3. Identifier des pistes d'action pour que les centres de santé répondent davantage aux besoins et attentes des populations.

#### **4. Principales questions de recherche**

1. Quels éléments interviennent dans l'analyse comparée de l'offre disponible, et plus particulièrement dans la comparaison du CSCCom et des alternatives ?
2. Comment se différencient les utilisateurs des non utilisateurs vivant à proximité d'un même centre de santé (niveau socio-économique, structure familiale...)
3. Quels sont le profil et les motivations de personnes qui parcourent des distances importantes pour aller dans un CSCCom ?

#### **5. Méthodologie**

La recherche se déroulera dans deux aires du cercle de Sikasso. Les critères de sélection des aires sont (1) la stabilité du chef de poste du CSCCom de l'aire; (2) des indicateurs d'utilisation (taux d'utilisation dans l'aire et nombre de consultants « hors aire ») élevés par rapport à la moyenne du cercle ; (3) des observations antérieures suggérant un niveau de qualité des soins acceptable à un coût abordable au niveau du centre de l'aire; (4) l'intérêt du chef de poste pour l'étude ; (5) des aspects pragmatiques de faisabilité. Le choix des centres ne vise pas la représentativité des CSCCom. D'une part la zone est réputée aisée du fait de la culture du coton. D'autre part il s'agit de centres apparemment performants au delà de la moyenne. Ce contexte a priori favorable a été retenu de manière délibérée pour neutraliser des facteurs évidents de sous utilisation. Ce qui nous intéresse est que, malgré l'apparente qualité et accessibilité économique des soins offerts, les taux d'utilisation y restent inférieurs à 0,5 NC/hab/an, ce qui laisse supposer des besoins non couverts.

Le volet principal de la recherche se déroulera dans des villages de l'aire. Une étude complémentaire sera menée auprès de patients « hors aire » consultant les centres des aires étudiées.

### **5.1. Etude dans des villages de l'aire**

Lors de la phase préparatoire, deux villages seront sélectionnés de manière raisonnée dans chacune des aires. On retiendra des villages « proches », c'est-à-dire dans un rayon d'approximativement 5 km, afin de neutraliser le facteur distance ; toutefois le village dans lequel est implanté le CSCom ne sera pas retenu. Dans la mesure du possible, on sélectionnera un village avec un taux d'utilisation élevé et un village avec un taux d'utilisation bas.

L'étude dans les quatre villages portera sur les modèles et logiques d'utilisation des services par les ménages, le ménage (composé du chef de ménage et de son/ses épouse(s) et enfants) constituant l'unité d'analyse, y compris dans les situations où les mécanismes de décision impliquent la famille élargie au delà du ménage. Elle comportera deux phases de recueil de données successives :

- une première phase par questionnaire visant à décrire les recours disponibles et mobilisés et à recueillir des informations socio-économiques sur les ménages ;
- une deuxième phase par entretiens en profondeur et focus groups visant à comprendre les logiques qui sous-tendent la mobilisation des recours.

Le déroulement de l'étude sera organisé de manière à éviter que les enquêteurs ne soient perçus comme associés au centre de santé, ceci afin de ne pas biaiser l'exploration des alternatives thérapeutiques traditionnelles et informelles. C'est la raison pour laquelle le village dans lequel est situé le centre ne sera pas retenu. Les questionnaires, entretiens et focus groups se dérouleront selon les circonstances en bambara ou senufo.

Informations recherchées à travers les outils de récolte de données dans les villages de l'aire :

	Quest.	Entret.	Focus
1. Quels sont les principaux recours disponibles / mobilisés ? Plus spécifiquement, quelles sont les sources d'approvisionnement pour l'automédication moderne (médicaments) ?	X	X	X
2. Comment se différencient les utilisateurs des non utilisateurs du centre de santé de leur aire (niveau socio-économique, structure familiale...) ?	X		

<p>3. Quels éléments interviennent dans l'analyse comparée de l'offre disponible ? (accès géographique, coût perçu, qualité perçue, autres...) ? En particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est la réputation de ces différents recours en matière de coût et de qualité ?</li> <li>- Les villageois font-ils une distinction nette entre les recours modernes (càd traitant avec des médicaments) formels et informels ?</li> <li>- Quels facteurs entrent en considération dans la décision de recours ou non-recours au CSCom ?</li> <li>- Quels éléments suscitent ou non la confiance (personnelle / institutionnelle) à l'égard du centre de santé</li> <li>- Y-a-t'il dans l'offre alternative au CSCom des caractéristiques qui sont appréciées mais font défaut au CSCom ?</li> </ul>		X	X
--	--	---	---

**Questionnaire :**

Echantillon : 50 ménages / village. Les villages dans lesquels se déroulera l'étude comptent entre 950 et 1500 habitants. Sur base d'une moyenne de 8 personnes par ménage, le nombre estimé de ménages par village sera situé approximativement entre 120 et 190 ménages. Selon les villages, l'échantillon représentera donc entre la moitié et le quart des ménages. La sélection des ménages tiendra compte des grandes familles susceptibles d'être des unités décisionnelles. On prendra d'abord au hasard un ménage par famille, ensuite si le nombre de 50 n'est pas atteint on prendra au hasard un second ménage par famille en commençant par les familles comptant le plus grand nombre de ménages.

Contenu du questionnaire :

- descriptif des recours thérapeutiques mobilisés
- questions spécifiques sur le recours à l'automédication traditionnelle et moderne, à des thérapeutes traditionnels (guérisseurs, féticheurs, marabouts), à l'offre moderne informelle (secouristes ambulants ou fixes, personnel retraité...), et à l'offre moderne formelle (CSCom, autres centres de soins publics ou privés).
- descriptif du dernier épisode de maladie du ménage ayant entraîné des recours au delà de l'automédication
- indicateurs du profil social et économique du ménage

Les questions doivent permettre de récolter des données sur (1) le descriptif des recours mobilisés ; (2) les caractéristiques sociales et économiques associées au recours / non recours au CSCom. Secondairement elles doivent aussi permettre de construire l'échantillon raisonné pour les entretiens.

Personne interrogée : le chef de ménage ; il connaît probablement mieux les dépenses, et il serait par ailleurs peu acceptable dans le contexte local de s'adresser directement à un autre membre du ménage ; on indiquera sur le formulaire du questionnaire les éventuels autres membres du ménage ayant contribué aux réponses.

Complément : rencontres informelles avec des thérapeutes locaux :

Si l'opportunité se présente, le chercheur principal rencontrera informellement certains thérapeutes locaux, en particulier du secteur moderne informel, en vue d'avoir une vision de leur point de vue sur les services qu'ils offrent.

### **Entretiens en profondeur**

Chaque entretien sera considéré comme une étude de cas.

Echantillon : échantillon de 6 ménages par village (soit 24 études de cas) ayant récemment (moins d'un mois) eu recours à un thérapeute (càd épisode dépassant l'automédication) ; inclusion dans l'échantillon (sur base des informations des questionnaires)

- de ménages ayant eu recours au CSCom / à d'autres recours
- de ménages différenciés sur le plan social et économique (éducation, ressources, structure familiale)

Contenu :

- descriptif d'un itinéraire thérapeutique récent : historique de la maladie, recours successifs mobilisés, déplacements et personnes mobilisées, coûts, mécanismes de décision, motivations des choix ...
- analyse comparée de l'offre (en particulier comparaison CSCom et autres offres) ; pour rappel, l'étude des itinéraires thérapeutiques n'est pas un objectif en soi, mais un détour méthodologique pour comprendre les raisons d'utilisation / de non utilisation du CSCom.

Personne interrogée : de préférence le malade lui-même ou (si enfant) la personne qui s'en est occupé, assisté de l'accompagnant : en particulier lorsque le malade est une femme, l'accompagnant est parfois mieux informé que le malade sur certains aspects de l'itinéraire.

## **Focus group**

Echantillon : 3 par village (soit 12 focus group)

Contenu : cerner la réputation des offres disponibles pour dégager, par contrastes, ce qui est apprécié / non apprécié au niveau du centre de santé.

Participants :

- un groupe de femmes de 35 à 45 ans (probablement membres d'une association)
- un groupe d'hommes du même âge
- un groupe d'enfants de 10 à 15 ans (souvent sans détour et bonne source d'information)

La composition des focus groups (notamment selon le critère utilisateurs / non utilisateurs du CSCom) devra être précisé à partir des résultats du questionnaire.

### **5.2. Etude « hors aire »**

L'objectif de cette étude complémentaire est d'analyser le profil et les motivations de personnes qui parcourent des distances importantes pour aller dans un CSCom hors de leur aire.

Echantillonnage :

La démarche pour identifier ces patients sera la suivante :

- lors de la phase préparatoire dans les aires de santé, identification à partir des registres de consultation du centre de villages « hors aire » d'où proviennent un nombre important d'utilisateurs du centre ; pour chaque centre, sélection raisonnée d'un village « hors aire » à fréquentation élevée malgré des offres plus proches
- réalisation de un ou deux entretiens de groupe dans chaque village ; objectifs : (1) descriptif de l'offre existante et de sa réputation ; (2) repérage de ménages utilisateurs du CSCom considéré
- compléter l'échantillon (6 à 8 entretiens par village) en demandant aux interviewés de désigner d'autres ménages utilisateurs du CSCom

Contenu :

Le contenu de ces entretiens sera centré sur le recours au CSCom :

- fréquence et caractéristiques de recours du ménage au CSCom (un / plusieurs membres du ménage ; épisodes aigus / chroniques ; en première intention ou après échec d'autres recours....)
- autres offres locales mobilisées
- motivations de recours au CSCom



- caractéristiques sociales / économiques des ménages

Personne interrogée : le chef de ménage

## **6. Programmation :**

Phase préparatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- présentation de l'étude aux autorités sanitaires de la Région et du cercle</li> <li>- sélection de deux aires ; présentation de l'étude aux chefs de poste et aux autorités communales</li> <li>- analyse des taux d'utilisation par villages dans les deux aires</li> <li>- sélection de deux villages par aire</li> <li>- échantillonnage des « hors aire » pour chaque centre</li> </ul>	7 jours de terrain en octobre 2005
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise de contact avec les autorités villageoises, inventaire des ménages, premier inventaire de l'offre disponible</li> <li>- constitution de l'équipe d'enquêteurs</li> <li>- élaboration et test du questionnaire</li> </ul>	7 jours de terrain début novembre 2005
Phase 1 : questionnaire + étude « hors aire »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- administration des questionnaires dans les villages</li> <li>- entretiens de groupe et individuels avec les « hors-aire »</li> </ul>	12 jours de terrain fin novembre - début décembre 2005
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- saisie et exploitation des questionnaires</li> <li>- traduction / transcription des entretiens hors aire</li> </ul>	Décembre 2005 - Janvier 2006
	Rapport technique phase 1	Fin janvier 2006
Phase 2 :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- constitution de l'équipe d'enquêteurs</li> <li>- échantillonnage des ménages sur base des questionnaires (entretiens)</li> <li>- élaboration et test des outils</li> </ul>	Fin janvier – début février 2006
	- réalisation des entretiens et focus groups dans 4 villages	13 jours de terrain en février 2006
	- transcription / traductions des entretiens et focus groups	Mars 2006

	Rapport technique phase 2	Mars-avril 2006
Analyse finale	- analyse indépendante des transcripts par 2 à 3 chercheurs et confrontation - rédaction du rapport final	Mai – Juin 2006

## **7. Elements de bibliographie**

Audibert M, Van Roodenbeke E (2005). Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives. Banque Mondiale, Région Afrique, Département du Développement Humain.

Berche T (1998) Anthropologie et santé publique en pays Dogon. Karthala

Castle SE (1993) Intra-household differences in women's status: household function and focus as determinants of children's illness management and care in rural Mali. *Health Transit. Rev.* 3 (2): 137-157

Gilson L, Palmer N, Schneider H (2005). Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Soc Sci Med* 6 : 1418-1429

Green M (2000) Public reform and the privatization of poverty: some institutional determinants of health seeking behaviour in southern Tanzania. *Cult.Med.Psychiatry* 24(4): 403-430