

Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique Problèmes méthodologiques

Survey on accede to health care in Africa : methodological problems

D. FASSIN ⁽¹⁾, C. BROUSSELLE ⁽¹⁾

(1) Institut Santé et Développement, 15 rue de l'École de Médecine, F 75006 Paris et Département de Santé Publique, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47 bd de l'Hôpital, F 75013 Paris.

La connaissance des conditions et des déterminants de l'accès aux soins est un préalable nécessaire aux actions de santé publique qui visent à réduire les inégalités sociales devant la maladie [1]. De nombreuses recherches ont été consacrées à cette question dans les pays industrialisés, et notamment en Amérique du Nord [2]; en revanche, les travaux réalisés dans les pays en développement sont peut nombreux surtout peu accessibles [3]; ainsi, en Afrique, une revue de la littérature faite en 1983 n'avait permis de retrouver que dix études sur ce thème [4]. L'objet de ce texte est de discuter, à partir d'une présentation des publications sur l'accès aux soins en Afrique, et d'une expérience personnelle dans trois pays la Tunisie [5], le Burkina Faso [6] et le Sénégal [7], les problèmes de méthodes soulevés par ces enquêtes.

La revue de littérature sur les enquêtes de santé par interviews, faite par A. Kroeger [4] constitue ici une référence essentielle dans ce domaine. Cependant, son caractère extensif – dans l'espace (puisque'elle concerne quatre continents) et dans la thématique (puisque'elle traite à la fois de morbidité et d'utilisation des services) – conduit à faire une analyse parfois hâtive de certains travaux (voir par exemple les inexactitudes concernant les études de C.M.U. Mac Lean et de T.C. Nchinda) et à négliger certains points de méthode pourtant décisifs dans l'interprétation des résultats (la formulation précise des questions ou la sous-déclaration du recours à la médecine traditionnelle, notamment).

Nous nous limiterons ici à l'Afrique et à l'accès aux soins, en nous attachant moins aux données recueillies qu'aux questions méthodologiques qui en sous-tendent la lecture critique.

La recherche bibliographique est faite à partir de trois bases de données consultées pour les dix dernières années : l'Excerpta Medica, le Fichier Pascal du CNRS et les sommaires de Social Science and Medicine, complétées par la vérification des références données par les auteurs des articles ainsi trouvés. Dix-huit travaux ayant donné lieu à publication ont pu être ainsi identifiés dans la littérature : ils sont présentés ici sous forme synoptique, en donnant séparément les méthodes (*tableau I*) et les résultats (*tableau II*). Cette recherche exclut les enquêtes réalisées par les ministères de la santé, les instituts de recherche et les organismes internationaux qui n'ont pas été publiés dans des revues scientifiques. La discussion concerne essentiellement les problèmes de méthode qui rendent difficiles les comparaisons entre eux des résultats et ce texte peut se concevoir comme un manuel de lecture des enquêtes d'accès aux soins. Ainsi, le souci est moins l'exhaustivité de l'investigation bibliographique que la diversité des questions méthodologiques que ces publications permettent d'aborder, en particulier sous l'angle des sciences sociales, qui peuvent se révéler utiles à l'épidémiologiste.

Texte reçu le 24 mai 1988. Acceptation définitive le 19 septembre 1990.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 31.753. ep1

Cote : B

PLC 11

PN 14

04 AVR. 1991

TABLEAU I. - Méthodologie des enquêtes d'accès aux soins en Afrique.

Auteurs (année de publication)	Pays (année d'étude)	Lieu et Zone	Objet de l'étude	Type d'Enquête	Effectifs	Enquêteurs (et personnes interrogées)	Période de rappel	Questions posées (et autres données)
Maclean 1966	Nigeria 1963	Ibadan (urbain)	Comportements et croyances	Transversale (deux enquêtes)	506 (quartier) 282 (collège)	Étudiants (tous habitants et tous élèves)	Aucune	Etes-vous déjà allé à l'hôpital? Utilisez-vous des traitements traditionnels?
Morgan 1973	Nigeria 1967 et 1969	Lagos (urbain)	Comportements et croyances	Transversale (deux enquêtes)	1018 (quartier) 815 (quartier)	Non précisée (tous habitants)	Aucune	Quel médicament avez-vous pris la dernière fois que vous avez été malade? (+ réponse à une campagne de vaccinations)
Ben Youssef 1974	Tunisie (?)	Cap-Bon (urbain et rural)	Comportements et opinions	Transversale	446 (urbain) 232 (rural)	Non précisée (Chefs de ménage)	5 ans	Avez-vous été malade au cours des 5 dernières années? Avez-vous consulté? (+ opinions sur le système de santé)
Belcher 1976	Ghana 1972, 1974 et 1977	Danfa (rural)	Morbidité et comportements	Transversale (passages répétés)	2000 ménages	Elèves du secondaire (chefs de ménage)	2 semaines	Avez-vous été malade au cours des 2 dernières semaines? Qu'avez-vous fait? (+ coût financier et social)
Nchinda 1977	Cameroun 1973-1974	Mesam (rural)	Morbidité et comportements	Transversale	1886 familles	Non précisé (tous habitants)	1 mois	Avez-vous été malade au cours du mois écoulé? qu'avez-vous fait?
Gesler 1979	Nigeria 1976	Calabar (urbain)	Morbidité et comportements	Transversale	444 enfants	Non précisé (mères)	2 semaines	Votre enfant a-t-il présenté l'un des symptômes suivants? Qu'avez-vous fait?
Schulpen 1980	Kenya 1976	Machakos (rural)	Morbidité et comportements	Transversale (passages répétés)	800 ménages	Autochtones et médecins (mères)	2 semaines	Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines? Qu'avez-vous fait? (+ coût financier et temporel)
Fosu 1981	Ghana 1974	Berekuso (rural)	Comportements et croyances	Transversale	60 ménages	Elèves du secondaire (tous habitants)	Aucune	Lorsque vous avez l'une des 18 maladies suivantes où consultez-vous? (+ croyances sur ces maladies)

D. FASSIN ET C. BROUSSELE

TABLEAU I. - (suite)

Auteurs (année de publication)	Pays (année d'étude)	Lieu et Zone	Objet de l'étude	Type d'Enquête	Effectifs	Enquêteurs (et personnes interrogées)	Période de rappel	Questions posées (et autres données)
Lasker 1981	Côte d'Ivoire ?	? (rural et urbain)	Comportements et croyances	Transversale	223 personnes	Non précisée (tous habitants)	Aucune	Où consultez-vous en premier lorsque vous êtes malade? Vous arrive-t-il d'utiliser la médecine traditionnelle? Où consultez-vous le plus souvent?
Uyanga 1983	Nigeria 1979-1980	Est du Pays (rural et urbain)	Comportements et croyances	Transversale	102 (urbain) 115 (rural)	Etudiants (chefs de ménage)	Aucune	Où avez-vous consulté au cours de l'année écoulée?
Herbert 1984	Soudan 1977	Khartoum (urbain)	Morbidité et comportements	Transversale	497 personnes	Non précisé (non précisé)	1 ans	Où avez-vous consulté au cours de l'année écoulée?
Okafor 1984	Nigeria 1981	Bendel (rural)	Comportements et opinions	Transversale	324 ménages	Non précisé (non précisé)	Aucune	Avez-vous déjà consulté à l'hôpital? Où préférez-vous être soigné? Lorsque votre enfant a de la fièvre, que faites-vous? (+ couverture vaccinale + opinions sur le système de santé)
Fassin 1984	Tunisie 1981-1982	Mellassine (urbain)	Comportements et opinions	Transversale	400 enfants	Médecins (mères)	Aucune	Lorsque vous êtes malade où consultez-vous en premier? Où avez-vous accouché dans les 10 dernières années? (+ opinions sur le système de santé)
Abu-Zeid 1985	Egypte ?	Ismailia (rural et urbain)	Comportements et opinions	Transversale	89 ménages (576 personnes)	Médecins (tous habitants)	Non précisé (sauf accouchement: 10 ans)	Lorsque votre enfant est malade où consultez-vous? (+ morbidité)
Lang 1986	Burkina Faso 1984	Bana (rural)	Morbidité et comportements	Transversale (passages répétés)	151 enfants	Autochtones et médecin (mères)	1 semaine	Au cours des 1 ou 2 semaines passées, avez-vous été malade? Qu'avez-vous fait?
Mwabu 1986	Kenya 1980-1981	Marimanti (rural)	Morbidité et comportement	Transversale (passages répétés)	315 ménages (139 suivis)	Non précisé (tous habitants)	Approximativement 1-2 semaines	Si votre enfant a eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines, qu'avez-vous fait? (+ couverture vaccinale)
Malison 1987	Ouganda 1984	Mbale (rural)	Diarrhée et comportement	Transversale	2450 ménages	Autochtones (adulte présent)	2 semaines	La dernière fois que vous avez été malade, qu'avez-vous fait? Où avez-vous accouché la dernière fois?
Fassin 1988	Senegal 1985	Pikine (urbain)	Comportement et différenciation	Transversale	500 ménages	Autochtones (mères)	Variable	

LES ENQUÊTES D'ACCÈS AUX SOINS EN AFRIQUE

TABLEAU II. - Résultats des enquêtes d'accès aux soins en Afrique

Auteur	Morbidité déclarée	Moderne	Recours traditionnel	Pharmacie	Automédication	Abstention	Variables étudiées	Commentaire
Maclean (1966) Nigeria	-	90% (hôpital)	51% (guérisseurs)	-	69% (plantes)	-	Age, sexe, instruction, occupation de la mère	Questions générales et abstraites. Pas d'étude systématique des corrélations.
Morgan (1973) Nigeria	-	46,5%	5,7%	6,4%	36,9%	-	Migration (date de venue en ville), sexe	Plusieurs études rassemblées autour du problème de la migration. Pas d'analyse systématique de l'accès aux soins.
Ben Youssef (1974) Tunisie	-	50,5%	-	-	-	-	Comparaison rural-urbain	Étude s'intéressant surtout à l'utilisation analysée à travers les registres. Peu de données sur l'enquête domiciliaire, sauf les opinions.
Belcher (1976) Ghana	20,8%	27,1%	4,6%	12,4%	54,9%	-	Age, sexe, instruction, type d'affection, distance, coût.	Étude classique d'accès aux soins. Sous-déclaration probable de la morbidité. Importance de la vente ambulante.
Nchinda (1977) Cameroun	27,8%	56,3%	17,0%	7,5%	8,5%	10,7%	Age, sexe, type de maladie.	Étude classique d'accès aux soins. Importance du recours moderne.
Gesler (1979) Nigeria	27,7%	36,2%	6,7%	21,0%	35,3%	-	Age, instruction, ethnie, type de maladie	Exclusivement les enfants. Questionnaire à partir d'une liste de symptômes - Étude des taux de satisfaction
Schulpen (1980) Kenya	25%	20,8%	0,2%	29,9%	5,3%	37,5%	Pas de corrélation étudiée	Étude d'accès aux soins à passages répétés. Analyse de la sous-déclaration.
Fosu (1981) Ghana	-	43,5%	7,8%	2,0%	21,8%	24,8%	Cause naturelle ou surnaturelle présumée	Pas de référence à une période donnée. Analyse statistique en fonction des représentations.
Lusker (1981) Côte d'Ivoire	-	83,5% (hôpital)	44-100% (selon les groupes)	-	-	-	Instruction, revenus, ethnie, religion, activité, cause de la maladie, distance	Indication d'une préférence plutôt que d'un accès réel. Pas de renseignements sur les méthodes.

D. FASSIN ET C. BROUSSELLE

TABLEAU II. - (suite)

Auteur	Morbidité déclarée	Moderne	Recours traditionnel	Pharmacie	Automédication	Abstention	Variables étudiées	Commentaire
Uyanga (1983) Nigeria	-	23-95% (selon les groupes)	5-77% (selon les groupes)	-	-	-	Comparaison rural-urbain en fonction des ressources	Indication d'une préférence plutôt que d'un accès réel. Analyse socio-économique et différenciation public/privé
Herbet (1984) Soudan	incidence indiquée par pathologie	Différenciation public/privé	-	-	-	-	Quartier de résidence	Étude géographique surtout menée à partir des données hospitalières, l'enquête domiciliaire étant un complément.
Okafor (1984) Nigeria	-	10-97% (selon la zone et la question)	3-70% (selon la zone et la question)	-	-	-	Zone de résidence	Indication de préférence et situations abstraites. Variabilité des questions selon les zones étudiées.
Fassin (1984) Tunisie	-	58%	0%	-	-	-	Sexe, taille du ménage, profession du père, instruction des parents, niveau socio-économique, distance.	Exclusivement les enfants. Question relative à une situation non concrète. Sous-déclaration de la médecine traditionnelle. Différenciation public/privé
Abu Zeid (1985) Egypte	-	93,3%	-	6,7%	-	-	Comparaison rural-urbain	Indication sur le lieu de recours habituel. Pas de prise en compte des non-recours. Différenciation public/privé.
Lang (1986) Burkina faso	44% (saison humide) 48% (saison sèche)	14%	11%	-	-	-	Type de maladie	Questionnaire à partir d'une liste de symptômes pour la morbidité. Question générale pour l'accès aux soins.
Mwabu (1986) Kenya	27,8%	-	6,5%	26,3%	5,9%	6,1%	Type de maladie	Concerne les 1 ^{ère} , 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e recours, en fonction de la pathologie.
Malison (1987) Ouganda	20% (diarrhées)	55,2%	3% (plantes)	62% (médicaments)	5% (SRO à domicile)	-	Pas de corrélation	Concerne les enfants et les diarrhées exclusivement.
Fassin (1988) Sénégal	-	7% (SRO sachets) 78,9%	-	-	-	-	Age, statut matrimonial, instruction, niveau socio-économique, expérience urbaine, ethnie, type de maladie	Ne se réfère pas à une période déterminée. Ne tient compte que du recours à des services de santé officiels. Différenciation public/privé.

LES ENQUÊTES D'ACCÈS AUX SOINS EN AFRIQUE

OBJET ÉTUDIÉ ET QUESTIONS POSÉES

Malgré la similitude que semble indiquer le terme générique d'enquêtes d'accès aux soins, les travaux présentés diffèrent par l'objet principal de leur étude et par la question d'entrée en matière, ce dont il est nécessaire de tenir compte lorsqu'on interprète les résultats.

En effet, on peut, en simplifiant, opposer, d'une part, des enquêtes de morbidité qui se fixent de décrire avant tout la fréquence et la distribution des affections dans la population, et secondairement d'identifier les pratiques de soins en fonction des diverses pathologies [6, 8-10, 11-14], et d'autre part, des enquêtes de comportement qui se proposent d'étudier le recours aux soins sans passer par l'épidémiologie des maladies, et éventuellement de déterminer les facteurs qui influent sur ce recours [3, 5, 7, 15-21].

Cette distinction est importante, car à chacun de ces types d'enquêtes, correspondent certains problèmes spécifiques de méthode. Ainsi, pour les premiers, il s'agit de questions concernant les études de morbidité en général [4, 22] : facteurs socio-culturels intervenant dans la reconnaissance de la maladie, variations inter-individuelles dans la déclaration des symptômes, oubli des affections les moins invalidantes et les moins gênantes, etc..., à quoi il faut ajouter les effets propres de la technique d'enquête selon qu'on utilise des questionnaires ouverts [8, 10-14] ou des listes de symptômes [6, 9]. Pour les secondes, il s'agit de questions liées à l'étude des conduites thérapeutiques en général [6, 23] : différences entre accessibilité potentielle et accès réel, divergences entre préférence déclarées et recours constaté, dissimulation des recours aux soins les moins légitimes ou les moins officiels, etc., d'autant plus qu'on formule des questions plus abstraites [17, 18, 20, 21] et qu'on ne se réfère pas à une période donnée [5, 7, 15-21].

C'est par rapport à la question initialement posée que doit se faire la lecture de la suite de l'étude. Si l'on commence par interroger sur un événement morbide précis [3, 6, 14, 19], on bénéficie à la fois d'un support concret, l'histoire de cette maladie, pour la

suite des questions, et d'une possibilité de recueillir toutes les pratiques de soins, y compris l'automédication et l'abstention. Si l'on aborde le sujet directement par une interrogation sur les conduites thérapeutiques en général [5, 10, 15-18, 20, 21], on se réfère à une situation abstraite au lieu d'un contexte donné et on perd les informations concernant le non-recours.

Lorsqu'on s'intéresse à l'événement morbide, le point principal devient la période de rappel ou de souvenance (recall period); en effet la question est toujours à peu près la même : au cours de la période p écoulée, avez-vous été malade ?, mais c'est la durée de cette période qui varie : d'une semaine [6] à cinq ans [3], et même dix ans dans le cas des accouchements [15], entraînant bien évidemment des biais, puisque plus la période est longue et plus la mémoire ne conserve que les faits les plus saillants et les épisodes les plus graves [4]. A l'inverse, dans les études où l'on interroge d'emblée sur les conduites thérapeutiques, la question devient intemporelle, mais c'est sa formulation qui importe; selon qu'on demande : où consultez-vous lorsque vous êtes malade ? [5, 6, 21] ou bien : où préférez-vous être soigné ? [17, 20, 21] ou encore : êtes-vous déjà allé dans telle structure de soins ? [10, 17, 18, 20] selon qu'on interroge : que faites-vous en premier ? [5, 7, 12, 15, 17] puis : en cas d'échec que faites-vous ? [7, 12], selon que l'on précise la maladie [6, 9, 11, 16] ou non, les réponses devront être interprétées différemment; en particulier, il faut bien voir qu'une question abstraite sur une préférence ou sur une attitude en général ne permet jamais d'obtenir une information sur une pratique réelle, comme nous avons pu le constater dans l'enquête à Pikine où les deux questions : où consultez-vous habituellement ? et : où avez-vous consulté la dernière fois que vous étiez malade ? ont reçu des réponses significativement différentes (résultats non publiés).

ENQUÊTEURS ET ENQUÊTES

La relation d'enquête, c'est-à-dire le rapport social qui s'instaure entre l'enquêteur et

l'enquêté à travers le questionnaire. détermine, pour une grande part, les réponses faites et donc la qualité de l'information recueillie [24]. Cette remarque générale vaut particulièrement pour des populations africaines où divers facteurs sociaux et culturels interfèrent avec la réponse [25]. En effet, l'écriture, dans des sociétés à traditions orales, joue à la fois comme instrument de transformation de la parole et donc du savoir qui, sur le papier, prennent une forme fixe et définitive, et comme mode de contrôle politique dans des groupes illettrés où l'administration s'impose par ses pouvoirs symboliques autant que réels [26]. Plus concrètement, les questions, surtout lorsqu'elles portent sur des caractères tels que l'ethnie, la propriété, les revenus, les activités professionnelles, paraissent à la fois incongrues (quel rapport avec la santé ?) et dangereuses (pourquoi me demande-t-on cela ?), incitant ainsi à la méfiance [4] : l'enquête sur l'accès aux soins à Pikine s'est ainsi déroulée à une période où circulaient des rumeurs sur l'expropriation des résidents de certains quartiers illégalement construits, ce qui rendait extrêmement délicates les questions sur la propriété, les revenus ou même la participation à des associations de quartier [7]; plus encore, il est arrivé que, le lendemain d'un entretien avec un vendeur ambulancier de médicaments, une rafle policière ait lieu sur le même marché, paraissant indiquer un lien de cause à effet entre les deux [27]. Il est à cet égard habituel de placer les questions pouvant être considérées comme indiscrettes à la fin de l'entretien. La position sociale de l'enquêteur influe sur la tenue de l'entretien et la qualité des informations : selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, d'une personne instruite ou non, d'un sujet célibataire ou marié, l'attitude de son interlocuteur diffère. Or, ce point n'est pas précisé dans beaucoup d'enquêtes [3, 9, 10, 12, 13, 17, 19, 20]; lorsqu'il l'est, il s'agit d'autochtones spécialement formés pour l'enquête [6, 7, 11, 14] d'étudiants qui y participent à titre d'exercice [8, 16, 18, 21] ou de médecins associés à la recherche [5, 6, 14, 15]. En revanche, presque jamais ne sont précisés l'ethnie, le statut social ou le niveau so-

cioéconomique. Or, ces trois points sont parfois essentiels : certains groupes ethniques ont des affinités particulières (voisinage géographique ou cousinage à plaisanterie), alors que d'autres au contraire se situent en position d'adversaires historiques ou de rivaux potentiels (certains sujets refusent de répondre par méfiance à l'égard d'un enquêteur considéré comme étranger) de même, dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest qui sont pour la plupart à castes, le captif qui entre dans une concession de nobles (en particulier lorsqu'ils sont de sa propre ethnie) est immédiatement identifié en fonction de son statut social et ne peut, au risque de rompre avec les usages, poser certaines questions; enfin, la situation socioéconomique de l'enquêteur intervient dans son appréciation d'éléments tels que le niveau de pauvreté ou les pratiques d'hygiène [23].

A l'inverse, il n'est pas indifférent que l'enquêté soit un chef de ménage, une femme ou un adolescent, et pour une même question, la perception d'un problème de santé ou la présentation d'une position sociale varient en fonction de la personne qui répond. Certains auteurs oublient de mentionner auprès de qui sont faits les entretiens [10, 20] ou bien indiquent simplement que ce sont tous les sujets présents [11-13, 15-19] mais rarement le groupe des personnes interrogées apparaît comme homogène [3, 5, 7-9, 14, 21]. De même, les conditions de l'entretien - cour d'une concession ou chambre à l'écart, personne interrogée seule ou en présence des parents - influent sur la liberté d'énonciation de certains faits : on s'en aperçoit lorsque recourant à des techniques anthropologiques, on répète les entretiens dans des contextes différents [25].

Enfin, la question de la langue est souvent essentielle dans les pays où la diversité ethnique s'accompagne d'une diversité linguistique plus grande encore : dans la région de Dakar, on compte ainsi une quinzaine de groupes ethniques principaux, avec pour certains des dialectes différents au sein d'une même langue, et l'usage du wolof, langue véhiculaire, mais mal maîtrisée par beaucoup et considé-

rée avec défiance par certains, ne résout pas le problème. Peut d'auteurs accordent une importance à cette question en précisant la langue dans laquelle se sont faits les entretiens [3, 8, 9, 13, 14] ou en suggérant que des difficultés ont pu survenir du fait de variations linguistiques [13]. On peut pourtant s'interroger sur la signification de certaines différences de recours au soins constatées entre groupes ethniques parlant des langues distinctes : ainsi, dans une enquête menée au Nigeria dans la langue locale, le Efik-Ibibio, on constate que les autochtones déclarent plus de maladies que les autres ethnies, ce que l'auteur interprète comme le fait que les immigrés importent avec eux de meilleurs savoirs thérapeutiques les protégeant mieux des problèmes de santé, mais qu'on peut plus probablement mettre sur le compte d'une moins bonne compréhension de la question conduisant à une sous-déclaration – il s'agissait d'une liste de 23 symptômes qui était présentée aux mères [9].

DÉCLARATION ET OUBLIS

Les réponses aux interrogations sur la médecine traditionnelle illustrent de manière remarquable le problème de la déclaration et de ses oublis. Selon qui pose quelle question et comme, on obtient, dans le même pays et à peu près à la même époque, 51 % [18] et 5,7 % [19] de recours aux guérisseurs, taux de fréquentation qui tombent même à 0,2 % au Kenya [14] et à 0 % en Tunisie [5] ou pourtant toutes les informations concordent pour indiquer une utilisation fréquente des médecines et des thérapeutes traditionnels. A cela, on peut proposer, outre le problème déjà abordé des différences de formulation des questions, plusieurs interprétations probablement complémentaires les pratiques traditionnelles sont illégitimes au regard de la plupart des Code de la Santé qui régissent l'exercice de la médecine (et parfois même combattues par l'État), ce qui rend l'aveu de leur utilisation peu souhaitable; de plus, les enquêteurs, en se présentant, font généralement référence aux institutions qui financent

et organise la recherche, dont par ailleurs, les techniques (liste de questions, usage de l'écrit, abstraction des formulations, interrogation sur des sujets considérés comme délicats) semblent indiquer le caractère officiel, ce qui conduit les enquêtés à ne pas livrer des informations paraissant en dehors des pôles d'intérêt explicites de l'étude; enfin la méthode elle-même du questionnaire (succession rapide d'interrogations appelant des réponses courtes et précises, référence exclusive à la santé et à ses pratiques, choix de termes indiquant la seule dimension médicale de la maladie, mises en situations abstraites et souvent peu réalistes) ne permet pas l'élaboration d'un discours sur des pratiques qui font intervenir beaucoup plus que les seuls désordres physiques et leurs réponses thérapeutiques [5, 14].

Il faut ajouter que la manière de se comporter et de répondre dans de telles enquêtes, dépend de variables sociales et culturelles, telles que le degré d'instruction ou la position dans la société, dont les effets peuvent être contradictoires d'une enquête à l'autre ainsi, au Nigéria, il semble aller de soi pour les auteurs que les sujets plus instruits déclarent moins de recours aux guérisseurs que les autres [18] alors qu'en Côte d'Ivoire, la constatation inverse reçoit pour explication le fait que les moins scolarisés n'osent pas parler de pratiques traditionnelles aux enquêteurs qui représentent l'école et la modernité [17]. Quoi qu'il en soit, ces variations retrouvées parfois à l'intérieur d'une même enquête [20] et liées à la méthode et non à une vérité des faits [5], doivent rendre très prudent dans l'interprétation de tous les recours non officiels, qu'il s'agisse de thérapeutiques traditionnelles ou de vente ambulante de médicaments [26].

Prudence qui devrait valoir pour l'ensemble des données collectées à partir des questionnaires. En fait, rares sont les études qui s'interrogent sur la validité de ces informations, et une seule a donné lieu à une mesure systématique de ces biais de déclaration [14]. Ainsi, en faisant passer deux équipes successivement, on obtient une variation moyenne

de 25 % (qui atteint 30 % pour l'automédication) lié à la fois à la qualité de l'enquêteur, à la personne de l'enquêté, à la fatigabilité de la population; de plus, si l'on étudie les informations concernant l'utilisation des dispensaires, on constate que l'enquête domiciliaire ignore 25 % des épisodes ayant donné lieu à une consultation; enfin lorsqu'on compare l'automédication déclarée la veille du jour de l'enquête et celle donnée pour les deux dernières semaines, on peut évaluer à 60 % la sous-déclaration dans cette deuxième formule qui est celle habituellement proposée dans les enquêtes [4]. Si l'on ajoute, comme il a déjà été relevé, que ces «oublis» sont sélectifs, et touchent plus spécifiquement certaines pratiques – dans la même région du Kenya, l'utilisation des médecines traditionnelles variant entre 0,2 et 50 % selon les études [14] –, on conçoit que la validité des informations recueillies au cours de ces enquêtes doit toujours être analysée et critiquée.

SONDAGES ET PASSAGES

Aux problèmes posés par la formulation des questions, la situations d'enquête et la précision des réponses, il faut ajouter la variété des techniques d'échantillonnage. La population de référence est ainsi constituée tantôt d'individus [6, 8, 13, 15, 19] tantôt de ménages [3, 5, 7, 9, 11n 12, 14, 16, 20, 21], tantôt des deux comme dans l'enquête nigériane où l'échantillon est double, comprenant d'une par des écoliers du secondaire et d'autre par des chefs de familles [18]; parfois, enfin, elle n'est pas précisée [10-17].

L'unité de lieu est dans certains cas définie comme la totalité de la zone couverte par l'étude [5, 7-9, 12-17, 19-21]; dans d'autres, une zone est choisie, étant considérée comme représentative et homogène, villages [6] ou quartier [18]; ou encore l'étude peut porter sur un ensemble de zones paraissant illustrer la diversité des situations sociales [10]; il arrive même que pour des raisons invoquées de facilité [11] ou de temps [3], on se contente

de mener l'enquête dans un échantillon d'accès plus aisés.

Le tirage au sort est effectué sur des listes diverses : parfois celle des habitants [8, 15, 16] ou des ménages [3, 14] lorsqu'on dispose de recensement, ce qui est le cas pour des pays bénéficiant d'un bon système d'information [15] et pour des projets pilotes de développement sanitaire [3, 8, 14, 16]; parfois, celle des unités politiques ou administratives [7, 12, 13], ou sur la carte des villages ou quartiers [5, 9, 21]; parfois, la prise en compte de tous les ménages ou de tous les habitants ne donne pas lieu à un tirage au sort [6, 11, 18]; enfin, certains auteurs ne précisent pas quelle base de données ils ont utilisée [17, 19, 20]. Le type de stratification varie également selon les études : la plus souvent à partir d'un découpage préalable rural/urbain [3, 21], voire plus complexe [15]; parfois en prenant en compte les caractéristiques socio-économiques [10] ou sanitaires [9]; dans les autres cas, les articles ne mentionnent pas de stratification [5-8, 11-14, 16-20], ou bien il n'y a pas de randomisation [6, 11, 18] on peut signaler anecdotiquement le fait signalé par un auteur que «des limitations de temps et de contraintes financières ont conduit à réduire l'échantillon de 182 ménages initialement tirés au sort à 60» qui pouvaient tout de même être «considérés comme représentatif des 182 [16]...»

Quant au type d'enquête, il s'agit dans la majorité des cas d'études transversales à un seul passage [2, 5, 7, 10, 11, 13, 15-21], et plus rarement d'études longitudinales [6, 8, 9, 12, 14] avec une fréquence de passage variable: une semaine [6] à deux ans [8].

RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS

La comparaison des données fournies par les diverses enquêtes menées en Afrique – et ailleurs [4] – n'est guère possible que pour mettre en évidence les problèmes méthodologiques qui les sous-tendent. on ne peut plus confronter les réponses aux questions: où préférez-vous consulter? et: qu'avez-vous fait la

dernière fois que vous étiez malade? qu'on ne peut rapprocher des taux de morbidité calculés sur des périodes d'une semaine et de cinq ans.

Une problème de classification des recours vient encore compliquer la lecture comparative. En effet, tous les auteurs n'utilisent pas les mêmes catégories: certains ne s'intéressent pas aux médecines traditionnelles [3, 7, 10, 15], d'autres dissocient, à l'intérieur des structures de soins modernes, l'hôpital et le dispensaire [7, 15, 17, 18], d'autres enfin différencient le secteur public et le secteur privé [5, 7, 10]. Plus encore, la définition, et donc le contenu de ces catégories, peuvent varier d'une étude à l'autre: l'automédication peut concerner les thérapeutiques traditionnelles [18], ou les médicaments modernes [8, 11], ou n'être pas précisément définie; l'abstention peut être clairement identifiée [12-14, 16] ou mal différenciée de l'automédication [8, 9, 19]; les pratiques traditionnelles peuvent concerner exclusivement le recours aux guérisseurs [18] ou prendre en compte également l'utilisation de savoirs familiaux [11].

Quant aux facteurs de différenciation, ils sont étudiés de façons très diverses. Certains auteurs ne s'intéressent qu'à un aspect: rural/urbain [3, 15, 21], lieu de résidence [10, 20], type d'affection en cause [6, 12]; d'autres multiplient les croisements de variables. D'une manière générale, il est remarquable que très peu d'études prennent en considération le niveau socioéconomique [5, 7, 17, 21] qui entre pourtant pour une grande part dans les possibilités de recours et qui fait l'objet de travaux beaucoup plus nombreux sur d'autres terrains, tels que l'Amérique latine [4].

CONCLUSIONS

Les enquêtes d'accès aux soins n'éclairent qu'une partie du système de santé puisqu'elles ne tiennent pas compte de la qualité des prestations offertes, ni de l'efficacité des recours étudiés et on ne peut prétendre tirer de l'étude de la différenciation des conduites thérapeutiques une connaissance immédiate des inégalités de santé [24]. Toutefois, l'inté-

rêt, pour les décideurs, de savoir le niveau de la couverture sanitaire et les déterminants des comportements; de recours tient à ce que l'offre de soins est l'un des lieux possibles d'intervention en santé publique [27]. Il est donc indispensable de pouvoir extraire de ces enquêtes les informations les plus fiables possibles. Sans chercher à réduire la méthodologie de ces études à un modèle unique, on peut cependant faire quelques suggestions :

- 1) les questions concernant les recours devraient se référer à épisode précis et récent de maladie, plutôt qu'à un cas général énoncé ou à une simple préférence déclarée.
- 2) la période de rappel devrait être précisée, et si possible limitée dans le temps à deux semaines qui est la durée maximale généralement admise pour réduire les effets d'oubli.
- 3) la relation d'enquête, c'est-à-dire la position sociale des enquêteurs et des enquêtés, les conditions matérielles de l'entretien, et la langue utilisée, devraient être décrites initialement.
- 4) la classification des recours thérapeutiques devrait être assortie de la définition de chaque catégorie utilisée.
- 5) les variables explicatives choisies au départ devraient toutes être présentées dans l'analyse statistique.

Certes, la situation artificielle qui est celle de toute enquête [23] ne pourra jamais permettre d'identifier parfaitement la réalité des pratiques (l'observation de cas concrets est son complément nécessaire), mais une plus grande rigueur méthodologique peut éviter certains pièges liés en particulier à la situation inter-culturelle et permettre la confrontation des résultats de différents travaux, actuellement impossible.

RÉFÉRENCES

1. Strauss A. : Medical organization, medical care and low income groups. *Soc. Sci. Med.*, 1969, 3, 143-177.
2. Mac Kinley J.B. : Some approaches and problems in the study of the use of services - An overview. *J. Health Soc. Behav.*, 1972, 13, 115-152.

3. Ben Youssef A., Wessen A.F. : Utilization of health services in developing countries - Tunisia. *Soc. Sci. Med.*, 1974, 8, 287-304.
4. Kroeger A. : Health interview surveys in developing countries : a review of the methods and results. *Int. J. Epidemiol.*, 1983, 12, 465-482.
5. Fassin D., Mhenni H., Ahmed Ali F. : Une étude sociologique de l'accès aux soins dans un quartier péri-urbain de Tunis. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1984, 77, 717-727.
6. Lang T., Lafaix C., Fassin D., Arnaut I., Salmon B., Baudon D., Zezkiel J. : Acute respiratory infections : a longitudinal study of 151 children in Burkina-Faso. *Int. J. Epidemiol.*, 1986, 15A, 157-168.
7. Fassin D., Jeanne E., Cebe D., Reveillon M. : Who consults and where ? Sociocultural differentiation in access to health care in Urban Africa. *Int. J. Epidemiol.*, 1988, 17, 858-864.
8. Belcher D.W., Wurapa F.K., Neuman A.K., Louric I.M. : A household morbidity survey in rural Africa. *Int. J. Epidemiol.*, 1976, 5, 113-120.
9. Gesler W.M. : Illness and health practitioner use in Calabar, Nigéria. *Soc. Sci. Med.*, 1979, 13D, 23-30.
10. Herbert D.T., Hijazi N.B. : Ill-health and health-care in Khartoum/omdurman. *Soc. Sci. Med.*, 1984, 18, 335-343.
11. Malison M.D., Sekeito P., Henderson P.L., Hawkins R.V., Okware S.I., Jones T.S. : Estimating Health service utilization, immunization coverage, and childhood mortality : a new approach in Uganda. *Bull. Who.*, 1987, 65, 325-330.
12. Mwabu G.M. : Health care decisions at the household level : results of a rural health survey in Kenya. *Soc. Sci. Med.*, 1986, 22, 315-319.
13. Nchinda T.C. : A household study of illness prevalence and health care preferences in a rural district of Cameroon. *Int. J. Epidemiol.*, 1977, 6, 235-241.
14. Schulpen T.W.J., Swinkels W.J.A.M. : Machakos Project Studies. The utilization of health services in a rural area of Kenya. *Trop. Geogr. Med.*, 1980, 32, 340-349.
15. Abu-Zeid H.A.H., Dann W.M. : Health services utilization and cost in Ismailia, Egypt. *Soc. Sci. Med.*, 1985, 21, 451-461.
16. Fosu G.B. : Disease classification in rural Ghana : framework and implications for health behaviour. *Soc. Sci. Med.*, 1981, 15B, 471-482.
17. Lasker J.N. : Choosing among therapies : illness behaviour in the Ivory Coast. *Soc. Sci. Med.*, 1981, 15A, 157-168.
18. Mac Lean C.M.U. : Hospitals or Healers ? An attitude survey in Ibadan. *Human Org.*, 1966, 131-139.
19. Morgan R.W. : Migration as a factor in the acceptance of medical care. *Soc. Sci. Med.*, 1973, 7, 865-873.
20. Okafor F.C. : Accessibility to general hospitals in rural Bendel State, Nigeria. *Soc. Sci. Med.*, 1984, 18, 661-666.
21. Uyanga J. : Rural-urban migration and sickness/health care behaviour : a study of Eastern Nigeria. *Soc. Sci. Med.*, 1983, 17, 579-583.
22. Aiach P., Leclerc A., Philippe A. : Facteurs de différenciation dans la déclaration des symptômes. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1981, 29, 27-44.
23. Fassin D. : *Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar. Psychopat. Afr.*, 1986-1987, 21, 2.
24. Bourdieu P., Chamboredon J.C., Passeron J.C. : *Le métier de sociologue*. Mouton, Paris - la Haye - New-York 1968.
25. Yannopoulos T., Martin D. : De la question au dialogue. A propos des enquêtes en Afrique Noire. *Cah. Et. Afr.*, 1978, 18, 421-442.
26. Goody J. : *The domestication of the savage mind*. Cambridge University Press, Cambridge 1977.
27. Fassin D. : Du clandestin à l'officieux, les réseaux de la vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cah. Et. Afr.*, 1985, 25, 161-177.
28. Fassin D., Jeanne E. : Intérêt des notions de groupes à risques et de zones à risques pour les décideurs en milieu urbain. Symposium Metropolis. Mexico. 20-22 mai 1937, à paraître dans *For. Mond. Santé*.