

# PLURALISME THERAPEUTIQUE ET STRATEGIES DE SANTE AU CAMEROUN.

Par : Mbouyap Kamtcha Yves-Merlin  
yvesmbouyap@hotmail.com

## SOMMAIRE

<b>Schéma conceptuel</b>	3
<b>Hypothèses</b>	4
<b>Cadre d'analyse</b>	5
<b>Analyse statistique et interprétations :</b>	5
Variables et modèles statistiques d'analyse	6
Risques relatifs du modèle logit multinomial	7
<b>Conclusion et recommandations</b>	11
<b>Annexe :</b>	14
L'Offre des services de santé au Cameroun	
Questionnaire de l'enquête	15
<b>Bibliographie</b>	

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>CENAME</b>	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
<b>DSRP</b>	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>IDH</b>	Indice de développement humain
<b>MCP</b>	Médecine complémentaire et parallèle
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>MTR</b>	Médecine traditionnelle
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPTE</b>	Pays pauvres très endettés
<b>RSM</b>	Recours aux soins et aux médicaments

Depuis la récession économique des années 80, le Cameroun comme beaucoup d'autres pays africains, connaît une stagnation et même une dégradation des prestations sociales de base. La dévaluation du CFA et la baisse des salaires des fonctionnaires au début des années 90 aidant, très peu de gens arrivent à satisfaire leurs besoins de base tels que l'alimentation, la santé, le logement, l'éducation alors que l'urbanisation avance rapidement.

Pour ce qui est de la santé, les indicateurs de couverture sanitaire ne sont pas reluisants. En 2002, le financement public de la santé ne représentait que 1% des besoins réels selon les autorités sanitaires du pays. On estime notamment à moins de 50% l'accessibilité aux soins de santé de base que délivrent les centres de santé moderne. A titre d'illustration, on estime à 1 le nombre de médecin pour 10000 habitants contre près de 4 attendu par l'OMS. Le nombre d'infirmiers représente également à peine la moitié de ce qui est attendu, pour ne citer que ces exemples.

Face à ces difficultés, les besoins que les patients ne peuvent satisfaire dans les hôpitaux s'accumulent et l'on peut observer tout naturellement une diversification des options thérapeutiques parfois très dangereuses pour la santé. Pendant longtemps, il a été difficile d'évaluer l'ampleur de la situation mais fort heureusement, une première enquête nationale sur le recours aux soins et aux médicaments a été menée fin 2002 auprès de 5000 ménages par le Ministère de la Santé Publique, certains partenaires au développement et l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD). C'est donc le volet recours aux soins de cette enquête qui nous a inspiré ce travail dont l'objectif général est de fournir aux décideurs politiques ainsi qu'à tous les prestataires qui interviennent dans le secteur de la santé des informations utiles sur les stratégies qu'adoptent les populations camerounaises pour se soigner. La recherche des facteurs motivant le recours à chaque type de soins sont des axes prioritaires qui pourront aider d'une part à lutter efficacement contre les pratiques dangereuses comme l'automédication, d'autre part à réduire les facteurs de désaffection des centres de santé et enfin à promouvoir l'intégration, la sécurité, l'efficacité et la qualité de la médecine traditionnelle, très utilisée mais longtemps stigmatisée.

Plus spécifiquement, cette étude vise:

- L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des patients ainsi que les caractéristiques de leurs ménages ;
- L'analyse des différents types de recours ainsi que leurs variations selon quelques caractéristiques sociodémographiques et culturelles ;
- L'évaluation de l'importance du pluralisme thérapeutique et la mise en exergue des facteurs expliquant le choix de chacun des différents types de recours thérapeutiques adoptés.

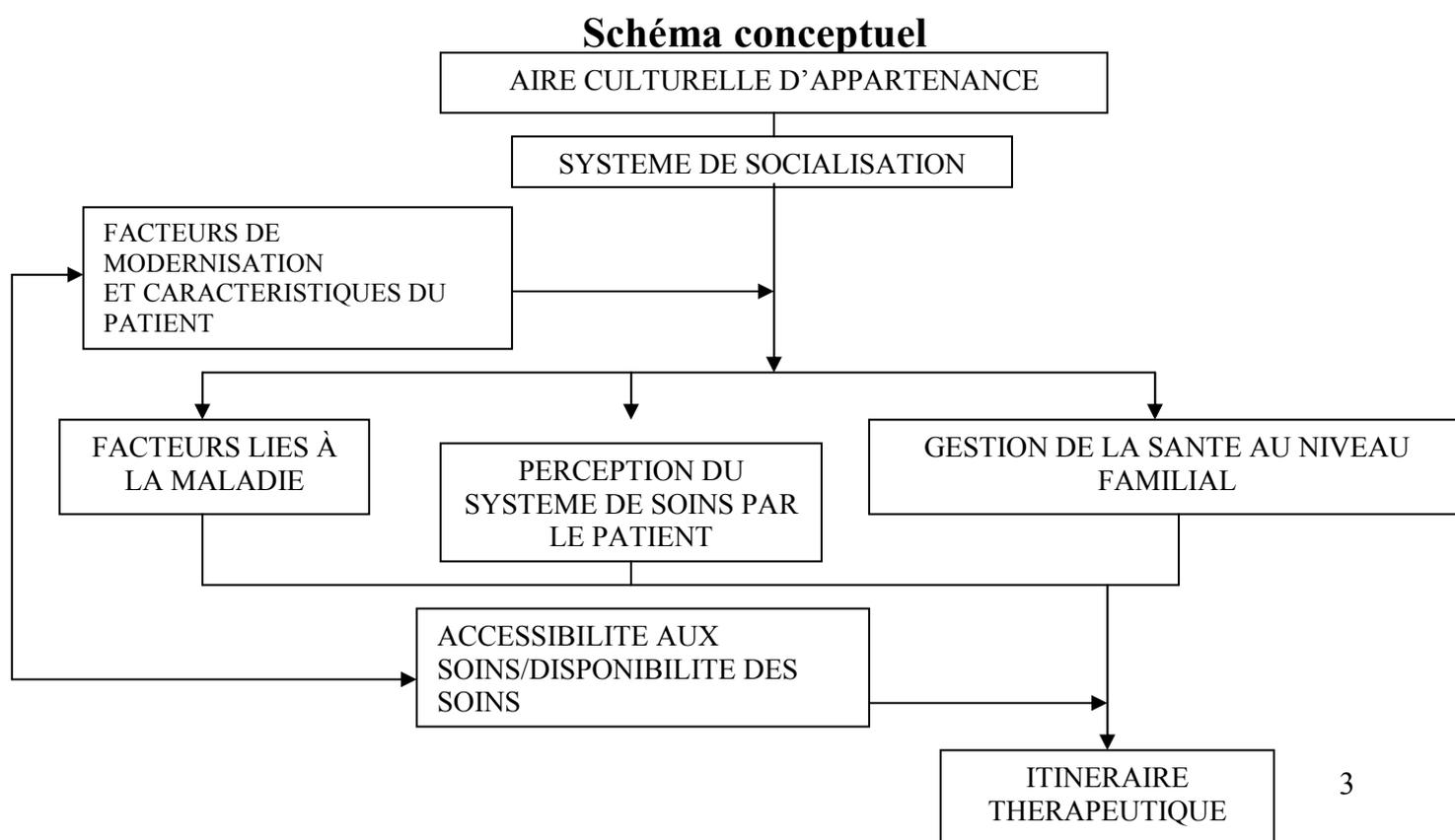
L'enquête ayant saisi les types de recours successifs des patients lors d'un épisode morbide et dans une période de référence, nous présentons sommairement les types de recours thérapeutiques selon le rang de recours dans le tableau suivant.

**Tableau :** Répartition des trois premiers recours selon le choix et le rang de recours (en %)

Type de recours	Rang de recours			Total
	1	2	3	
Automédication moderne	41,7	25,0	14,2	1374
<b>Biomédecine (hôpitaux)</b>	23,8	50,3	39,6	1154
Abstention thérapeutique	20,8	4,3	16,0	619
Automédication traditionnelle	10,1	13,7	14,2	415
Consultation traditionnelle	2,7	4,6	10,4	127
Prière	0,8	2,0	5,7	47
Total	2698	932	106	3736

On constate avec ce tableau que le début d'un épisode morbide est dominé, comme nous l'avons vu dans la littérature par une propension à l'attentisme. En effet, un premier recours seulement sur quatre a sollicité une consultation, les autres ayant sollicité en majorité une automédication ou s'étant abstenus de tout traitement. C'est dans les recours ultérieurs que le choix semble le moins déséquilibré avec certes une domination des recours aux centres de santé mais aussi un accroissement substantiel de la demande de la médecine traditionnelle qui devient par exemple le second en importance (un quart des recours) au troisième recours.

En ce qui concerne particulièrement les facteurs de désaffection des centres de santé moderne, une revue de la littérature sur les déterminants du recours aux soins nous a permis d'élaborer un schéma conceptuel à partir duquel se sont dégagées quelques hypothèses de travail suivies d'un schéma d'analyse qui nous permettra d'opérationnaliser ces dernières sur la base bien sûre des données collectées.



# Hypothèses

**H1.** Les comportements thérapeutiques sont influencés par le processus de socialisation qui attribue, d'une part, des rôles différents aux hommes et aux femmes, et d'autre part, des valeurs différentes entre générations, en fonction du patrimoine culturel de chaque individu. Nous présumons par conséquent que les femmes plus que les hommes auront tendance à recourir à la médecine traditionnelle et que cette tendance serait aussi observée entre la vieille et la jeune génération.

**H2.** Le coût des soins influence la fréquentation des formations sanitaires. En général, les coûts de soins traditionnels sont inférieurs à ceux de la médecine moderne, mettant ainsi la tradithérapie à la portée de toutes les bourses. Il en découle que, toutes choses égales par ailleurs, le choix de la médecine traditionnelle lors d'un premier recours dépendra des avantages comparatifs de ses coûts et surtout de sa flexibilité sur la médecine occidentale. Dans ces conditions, les ménages les plus démunis auront le plus recours à la médecine traditionnelle.

**H3.** Au Cameroun, la médecine traditionnelle a longtemps été méconnue à travers l'attitude hostile des autorités politiques envers ce secteur de soins. La crise économique a par ailleurs entravé le processus de modernisation (développement et extension des infrastructures, accroissement du pouvoir d'achat des populations etc...) de la société, favorable à l'utilisation de la biomédecine. On s'attend donc à ce que l'échec de la médecine occidentale ravive les croyances étiologiques des individus qui se tourneront en majorité vers la médecine traditionnelle.

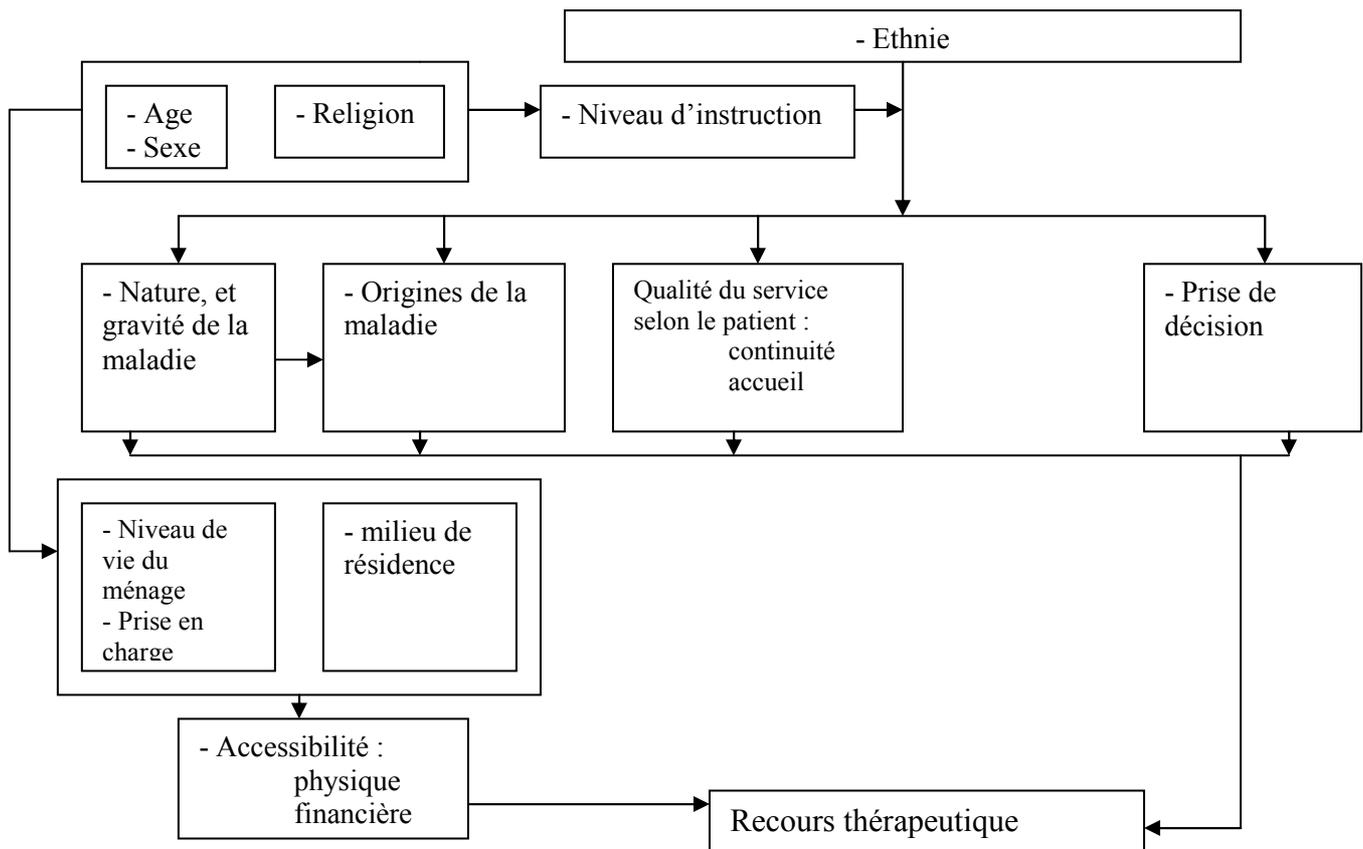
**H4.** La perception des individus sur un système de soins, ainsi que sur son efficacité déterminera leur recours à ce mode de thérapie. Toutes choses égales par ailleurs, plus un système est jugé compatible avec leurs croyances ou leurs attentes, plus les individus auront recours à ce système.

**H5.** Les facteurs de modernisation ayant une influence sur le comportement thérapeutique des individus de par les changements qu'ils introduisent dans la perception et les conditions de vie des individus, on s'attend à ce que l'urbanisation et la scolarisation véhiculent de la culture occidentale et la religion chrétienne, plus réceptive du changement, notamment des valeurs occidentales œuvrent, en temps que principaux facteurs de modernisation, en faveur des centres de santé comparés aux tradipraticiens.

**H6.** L'éloignement géographique des centres de santé du fait des coûts supplémentaires qu'il engendre dans la quête d'une thérapie moderne, influence le type de recours thérapeutique lors d'un épisode morbide. On s'attend donc, toute chose égale par ailleurs, que cet éloignement influence positivement la demande de la médecine traditionnelle.

La structure causale retenue implique l'existence d'une variable dépendante d'une part et d'autre part, des variables indépendantes intermédiaires qui sont elles-mêmes affectées plus en amont par un ensemble d'autres variables indépendantes dites antérieures. La variable dépendante est mesurée par le type de recours thérapeutique qui peut être soit un recours aux centres de santé et hôpitaux modernes soit une automédication ou encore le recours à la médecine traditionnelle. Le schéma causal retenu est donc le suivant :

## Cadre d'analyse



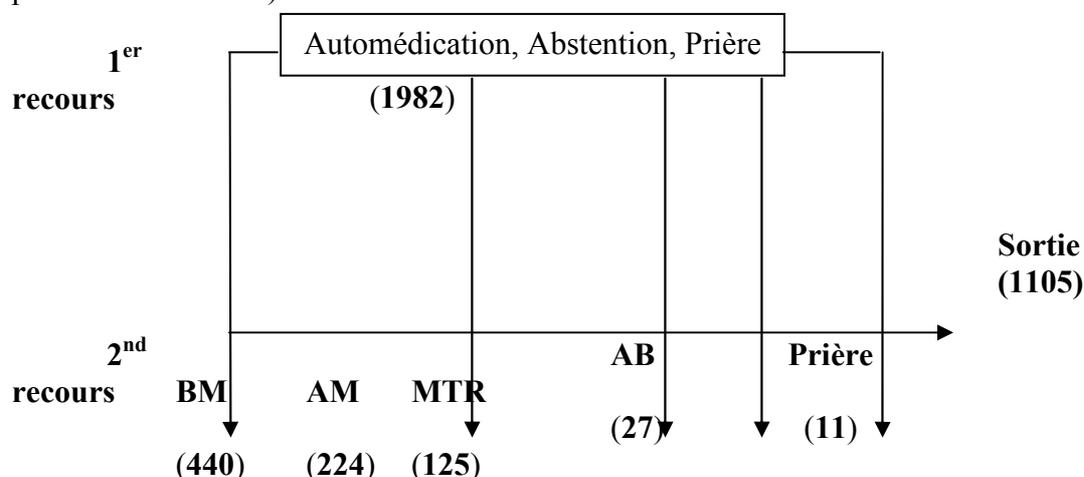
Notre travail consiste pour cette partie à dégager d'abord la contribution partielle puis nette des différentes variables indépendantes retenues dans notre schéma d'analyse. Pour ce faire, nous employons la technique statistique de la régression logistique multinomiale qui consiste en résumé, pour une variable qualitative à plus de deux modalités, à fixer à chaque fois une modalité de référence différentes et à comparer la probabilité qu'un évènement se réalise à celle de la survenance d'un évènement opposé ; les évènements ici étant respectivement le recours à la médecine moderne, le recours à la médecine traditionnelle et le recours à l'automédication. Les différents modèles ainsi élaborés permettent de mesurer la relation entre chaque variable indépendante et la variable dépendante en prenant en compte l'influence éventuelle des autres.

## Analyse statistique et interprétations

Les différents facteurs qui affectent l'itinéraire thérapeutique des individus en général ont été relevés dans la littérature, ce qui nous a permis d'établir le cadre conceptuel permettant de rendre compte de la structure causale existant entre les différents concepts puis de construire le modèle d'analyse. Ce qui va suivre ne sera qu'une application de ce modèle à la réalité camerounaise (données de l'enquête sus mentionnée).

## Variables et modèles statistiques d'analyse

**Figure :** Cheminement suite à un premier recours quelconque (automédication ou prière ou abstention).



BM=médecine moderne  
 AM= automédication moderne  
 MTR= médecine traditionnelle  
 AB=abstention

Compte tenu de la définition de la médecine traditionnelle, le groupe résiduel « prière » a été ajouté au groupe MTR et nous avons laissé tomber le groupe des abstentionnistes du second recours. On obtient donc une variable à trois modalités distribuée comme suit :

**Tableau :** Modalités de la variable dépendante

Modalité	Effectif	Pourcentage
Biomédecine	440	55
Médecine traditionnelle	136	17
Automédication moderne	224	28
<b>Total</b>	800	100

Bien que cette étude soit plus orientée vers la comparaison entre la biomédecine et la MTR, nous avons retenu le logit multinomial afin de prendre en compte le recours à l'automédication moderne car de cette façon nous pourrions comparer aussi les recours à la biomédecine et à la MTR au recours à l'automédication.

Nous avons construit quatre modèles dont trois modèles partiels correspondant respectivement aux caractéristiques individuelles et de modernisation, aux caractéristiques du ménage, et les caractéristiques de l'institution sanitaire et un dernier modèle global qui prend en compte toutes les caractéristiques précédentes et dont les influences significatives sur le choix des différents comportements thérapeutiques seront véritablement les déterminants de ces conduites car ce dernier modèle permet de mesurer la relation entre chaque variable indépendante et la variable dépendante en prenant en compte l'influence éventuelle de toutes les autres. Ce n'est d'ailleurs que celui-ci que nous avons retenu pour figurer dans ce document.

Les risques relatifs des modalités d'une variable seront considérés comme significatifs au seuil de 10 % ; c'est-à-dire que sera considéré comme significatif, tout risque relatif dont la valeur obtenu a au moins 90 % de chance d'être juste.

**Tableau** : Contribution nette des variables indépendantes à l'explication des conduites thérapeutiques.

<b>Modalité et paramètre du modèle</b>	<b>Risque relatif</b>
<i>Médecine traditionnelle comparée à la biomédecine</i>	
<b>SEXE</b> .....	
Masculin	R
Féminin	1,060
<b>AGE</b> .....	1,015**
<b>MILIEU DE RESIDENCE</b> .....	
Yaoundé/Douala	R
Semi urbain	0,641*
Rural	0,349***
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b> .....	
Sans niveau	0,781
Primaire	1,075
Secondaire 1 <sup>re</sup> cycle	1,859**
Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle et +	R
<b>RELIGION</b> .....	
Chrétien	R
Musulmans	1,052
Autres	2,662***
<b>LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE</b> .....	
Enfant du CM	R
Chef de ménage (CM)	0,402***
Conjoint(e) du CM	0,751
Autres	0,624*
<b>SEXE DU CHEF DE MENAGE</b> .....	
Masculin	R
Féminin	0,575***
<b>AGE DU CHEF DE MENAGE</b> .....	0,981***
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION DU CHEF DE MENAGE</b> .....	
Sans niveau	R
Primaire	0,553***
Secondaire 1 <sup>re</sup> cycle	0,353***
Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle et +	0,287***
<b>TAILLE DU MENAGE</b> .....	0,894
<b>NIVEAU DE VIE DU MENAGE</b> .....	
Très pauvre	R
Intermédiaire	0,670**
Moyen	0,505***
Aisé	0,533**

<b>PRISE EN CHARGE.....</b>	
Malade lui-même	R
Son ménage	0,458***
Assurance	0,085***
Autres	0,861
<b>CONTINUTE DU SERVICE.....</b>	
Oui	R
Non	7,881***
<b>ACCESSIBILITE PHYSIQUE.....</b>	
Oui	R
Non	2,372***
<b>COÛT DES SOINS.....</b>	0,999***
<b>PREMIER RECOURS.....</b>	
Automédication moderne	1,184
Automédication traditionnelle	0,152***
Abstention	R
<i>Automédication comparée à la biomédecine</i>	
<b>SEXE.....</b>	
Masculin	R
Féminin	0,471***
<b>AGE.....</b>	1,011**
<b>MILIEU DE RESIDENCE.....</b>	
Yaoundé/Douala	R
Semi urbain	0,485***
Rural	0,399***
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION.....</b>	
Sans niveau	0,244***
Primaire	0,461***
Secondaire 1 <sup>re</sup> cycle	0,650
Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle et+	R
<b>RELIGION.....</b>	
Chrétien	R
Musulmans	1,314
Autres	1,138
<b>LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE.....</b>	
Enfant du CM	R
Chef de ménage (CM)	0,778
Conjoint(e) du CM	1,513
Autres	0,695
<b>SEXE DU CHEF DE MENAGE .....</b>	
Masculin	R
Féminin	1,382*
<b>AGE DU CHEF DE MENAGE.....</b>	0,988***

<b>NIVEAU D'INSTRUCTION DU CHEF DE MENAGE.....</b>	
Sans niveau	R
Primaire	0,730
Secondaire 1 <sup>re</sup> cycle	0,540***
Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle et +	0,684
<b>TAILLE DU MENAGE.....</b>	1,064
<b>NIVEAU DE VIE DU MENAGE.....</b>	
Très pauvre	R
Intermédiaire	0,591***
Moyen	0,481***
Aisé	0,284***
<b>PRISE EN CHARGE.....</b>	
Malade lui-même	R
Son ménage	1,212
Assurance	0,721
Autres	2,075***
<b>CONTINUTE DU SERVICE.....</b>	
Oui	R
Non	3,348**
<b>ACCESSIBILITE PHYSIQUE.....</b>	
Oui	R
Non	1,020
<b>COÛT DES SOINS.....</b>	0,999***
<b>PREMIER RECOURS.....</b>	
Automédication moderne	0,009***
Automédication traditionnelle	1,380*
Abstention	R
<b>Prob &gt; chi2 = 0,0000</b>	
<b>Pseudo R2 = 0,3522</b>	

**NB :**

- Le recours à la biomédecine est la modalité de référence dans la variable dépendante
- Dans les variables indépendantes : R= modalité de référence ;

**Seuil de significativité de 10 % = \***

Remarque : 1 % = \*\*\*, 5 % = \*\* sont

aussi significatifs à 10 %.

Les résultats du modèle global du tableau ci-dessus suggèrent que de toutes les variables considérées dans le modèle seuls le sexe du patient n'influence significativement le choix entre biomédecine et MTR (médecine traditionnelle). Ainsi, plus l'individu augmente en âge, plus il a tendance à recourir aux soins de santé traditionnels ; ceci est conforme à nos présomptions compte tenu du fait que les générations les plus anciennes aujourd'hui sont plus imprégnées des valeurs, connaissances et pratiques traditionnelles que les générations récentes. Mais cette différence selon l'âge peut être aussi la conséquence de l'absence de sécurité sociale pour la très grande majorité de la population qui, lorsqu'elle devient inactive, éprouvent beaucoup de difficultés à s'offrir des médicaments. De même, ceux qui n'ont atteint que le premier cycle du secondaire ont près de deux fois plus de chance de recourir à la MTR par rapport à ceux du second cycle et du supérieure comparée à la

biomédecine. Le niveau d'instruction du chef de ménage influence dans le même sens ; les individus vivant dans un ménage dirigé par un chef de ménage de niveau d'instruction primaire, secondaire premier cycle ou secondaire second cycle et plus ont respectivement 45 %, 65 %, 71 % de chance de moins de recourir à la MTR plutôt qu'à la biomédecine pour se soigner, comparés aux analphabètes. Par ailleurs, lorsque le patient n'est ni chrétien ni musulman il a deux fois plus de chance de se soigner à la médecine traditionnelle que les chrétiens. L'accroissement du niveau de vie du ménage, comme prévu, influence négativement le recours à la MTR ; ainsi, dans les ménages de niveau de vie intermédiaire, moyen ou élevé leurs membres ont respectivement 33 %, 50 %, 47 % de chance de moins de recourir à la MTR plutôt qu'à la biomédecine pour se soigner comparés à ceux des ménages très pauvres. Lorsque la prise en charge est assurée par le ménage ou un assureur, le malade a respectivement 54 % et 92 % moins de chance de recourir à la MTR que si c'est lui-même qui se prend en charge. Ceci signifie que le maintien du recours à la MTR est aussi favorisé par l'absence de la sécurité sociale qui viendrait en aide aux patients. Le modèle indique, pour ce qui est de la qualité et de l'accessibilité, que ceux qui vivent à plus d'une heure de marche d'un centre de santé ont près de deux fois plus de chance de recourir à la MTR comparée à la biomédecine que ceux dont les centres de santé leur sont plus accessibles. De même, ceux dont la pharmacie ou le centre de santé est souvent fermé ont près de huit fois plus de chance de se soigner à la MTR que les autres. L'influence du coût des soins dans le modèle indique que s'il y a augmentation simultanée des frais de consultation et de médicament dans le secteur traditionnel et de la biomédecine le patient préférera se soigner dans un centre de santé. Par contre les résultats les moins attendus de ce modèle viennent du milieu de résidence du patient et dans une moindre mesure du sexe du chef de ménage. En effet, il révèle que les patients du milieu rural (65 % de chance de plus) et ceux du milieu semi-urbain (36 % de chance de plus) fréquentent plus les centres de santé que ceux de Yaoundé et Douala ; la situation est d'ailleurs pareille quand on compare le recours à la l'automédication et le recours à la biomédecine. Cette situation est sans doute la conjugaison des facteurs comme la paupérisation croissante des masses urbaines, la déshumanisation (mauvais accueil, longues attentes, etc.) du milieu hospitalier et le fort développement du secteur informel en ville, une meilleure maîtrise des médicaments par les citoyens mieux instruits qui s'approvisionnent eux-même ; ce dernier facteur est d'ailleurs confirmé par le résultat de la comparaison entre automédication et biomédecine car il révèle que les moins instruits préfèrent les centres de santé, recourant ainsi moins à l'automédication moderne. On note enfin que contrairement à ce que l'on pourrait penser, les membres des ménages dirigés par les femmes recourent moins que les autres à la MTR comparées à la biomédecine ; de même, les patients de sexe féminin, moins que ceux de sexe masculin, recourent à l'automédication moderne comparée à la biomédecine.

Pour revenir sur le recours à l'automédication comparée au recours à la biomédecine, le modèle révèle que l'autothérapie augmente avec l'âge, sans doute épargne-t-on les enfants parce qu'ils sont plus fragiles que les adultes. En outre les membres des ménages dirigés par les femmes recourent plus à l'automédication moderne comparée à la biomédecine. Le recours à l'automédication semble diminuer dans le ménage quand l'âge du chef de ménage augmente. Dans les ménages de niveau de vie intermédiaire, moyen ou élevé leurs membres ont respectivement 41 %, 52 %, 72 % de chance de moins de recourir à l'automédication plutôt qu'à la biomédecine pour se soigner comparés à ceux des ménages très pauvres. Par ailleurs, ceux dont la pharmacie ou le centre de santé est souvent fermé ont 3 fois plus de chance de se soigner seul que les autres. L'influence du coût des soins dans le modèle indique que s'il y a augmentation simultanée des coûts d'automédication et de la biomédecine le patient préférera se soigner dans un centre de santé.

En définitive, les résultats obtenus révèlent qu'au Cameroun, que le sexe, l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie, la prise en charge, la qualité et le coût des soins déterminent le choix entre la biomédecine, la MTR et l'automédication moderne car toute chose égale par ailleurs, chacune de ces variables détermine le choix d'une part, entre la MTR et la biomédecine et, d'autre part entre cette dernière et l'automédication. Quand on considère la biomédecine et la MTR, seuls la taille du ménage et le sexe du patient ne semblent pas déterminer le choix ; en revanche, le sexe du chef de ménage y intervient. Les coûts de soins élevés surtout en période de crise économique, l'absence de prise en charge et surtout la qualité des services de santé en milieu urbain, poussent les gens à se soigner eux-même ou à recourir à la consultation traditionnelle. En milieu rural, c'est surtout les facteurs culturels, l'accessibilité physique et les coûts de soins qui sans doute orientent les patients vers la MTR. On est véritablement dans un cercle vicieux où on a l'impression de ne jamais pouvoir se tirer d'affaire car le passage du milieu rural au milieu urbain s'accompagne d'une amélioration de l'accessibilité physique au centre de santé mais aussi d'une dégradation de l'accessibilité physique au personnel de santé.

## **Conclusion & Recommandations**

L'objectif général de cette étude était d'évaluer l'ampleur et les déterminants du recours à l'automédication moderne et surtout de la demande des soins traditionnels en comparaison avec les soins de santé hospitaliers afin de guider les actions des différents intervenants du secteur de la santé. Les résultats obtenus montrent que globalement et le temps aidant, les services de santé institutionnels sont le recours les plus utilisés car même si l'automédication moderne semble très répandue au premier recours (40 %) elle ne concerne plus qu'un quart des recours au second recours contre la moitié pour la biomédecine. Il ne faut cependant pas perdre de vue que ce peu d'engouement ou cet engouement tardif pour les centres de santé peut cacher un mal être dans ces lieux car si certains facteurs comme un certain attentisme ambiant ou la familiarité d'avec certaines pathologies ou même encore l'ignorance des dangers de la pratique peuvent expliquer en partie cette situation, il est en revanche lucide, au regard des résultats obtenus en l'occurrence celui portant sur les différences selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, de reconnaître que les hôpitaux ne sont pas très attrayant, surtout dans les grands centres urbains où des pratiques comme l'indifférence des agents de santé ou leur clientélisme sont la plus part du temps décriés. Il est en outre intéressant à remarquer c'est l'accroissement très substantiel de la demande de la MTR avec le rang de recours ; elle passe de 13,6% au premier recours à un quart au troisième recours, ce qui indique une récupération des besoins non satisfaits ailleurs pour des raisons majeures d'accessibilité relevées ci-dessus.

En effet, tous les facteurs pris en compte dans l'analyse et qui vont des caractéristiques individuelles aux caractéristiques des services de santé en passant par les attributs des ménages ont tous révélé des influences majeures, somme toute conformes à nos hypothèses à l'exception notable du milieu de résidence, du genre, et du niveau d'instruction qui ont entraîné des disparités dignes d'intérêt. Ainsi, comparées au recours aux centres de santé, la MTR et l'automédication moderne sont plus sollicitées en ville qu'en campagne. Cette situation est sans doute la conjugaison des facteurs comme la paupérisation croissante des masses urbaines, la déshumanisation (mauvais accueil, longues attentes etc.) du milieu hospitalier en ville, le développement du secteur informel en ville à la suite non seulement de « Bamako » et la fin de l'Etat providence mais aussi de la crise économique et son lot de

licenciements qui a poussé certains à trouver dans la vente de médicaments une source de revenu et enfin une meilleure maîtrise des médicaments par les citoyens mieux instruits qui s'approvisionnent eux même ; d'ailleurs, l'autre résultat atypique révèle que les plus instruits recourent le plus à l'automédication moderne comparée aux centres de santé. Toujours dans le sens des résultats les moins attendus, les femmes recourent moins à l'automédication moderne que les hommes comparée à la biomédecine ; de même les membres des ménages dirigés par les femmes recourent moins que les autres à la MTR comparée à la biomédecine.

Pour le reste, les résultats de cette étude ont confirmé entre autres les effets négatifs des coûts élevés et non flexibles et de la qualité des soins sur la demande des services de nos hôpitaux. En outre, ils ont relevé à quel point l'éloignement ou l'absence des centres de santé et des pharmacies surtout en zone rural constitue un handicap majeur de la couverture sanitaire. L'influence du niveau de vie des ménages vient nous rappeler qu'il ne peut y avoir de stratégie d'accroissement de la couverture sanitaire sans stratégie d'amélioration des conditions matérielles et financières des individus qui permettent entre autres d'améliorer l'alimentation et le cadre de vie. L'influence positive sur le recours aux centres de santé d'une prise en charge collective en cas de maladie présente ainsi les avantages d'un système de sécurité sociale ou du moins des organisations d'entraide sociale.

Comme on peut s'en rendre compte aisément, l'infléchissement des pesanteurs relevées ci-dessus et qui entravent les objectifs de couverture sanitaire demande du temps et surtout beaucoup de moyen eu égard à la situation socioéconomique du Cameroun à leur actuelle et à l'immensité des tâches à accomplir. Il serait donc judicieux que tout en surmontant les facteurs de désaffections des centres de santé que l'on recherche parallèlement aussi bien à limiter les dégâts qu'un secteur traditionnel mal maîtrisé et de plus en plus solliciter peu engendrer qu'à tirer les bénéfices certains qu'offre ce secteur, afin d'augmenter la couverture sanitaire partout et pour tous. Cette stratégie requiert forcément des recommandations de notre part à la lumière des résultats obtenus.

1. Cette première recommandation est d'ordre méthodologique. Elle consiste à suggérer que des aspects qualitatifs soient intégrés aux prochaines enquêtes sur le recours aux soins, notamment les variables de perception des systèmes de soins relatives notamment à l'accueil et à l'efficacité à l'humanisation du cadre et de l'étiologie des maladies et ce indépendamment du recours sollicité. Ceci permettrait améliorer la qualité de l'analyse.
2. L'étude ayant conclu à une désaffection des hôpitaux plus importante en ville qu'en campagne, nous suggérons qu'un accent particulier soit mis sur la qualité de l'accueil et les conditions d'attente dans les hôpitaux des grandes villes afin de les rendre plus attrayantes. Il faudrait notamment réduire considérablement les délais d'accès au médecin car en ville les gens sont plus exigeants et souhaitent plus que tout autre chose avoir accès au moins à un médecin ou mieux à un spécialiste. Il faut aussi réduire les frais, au moins par catégorie sociale, qui s'élèvent à 2500 FCFA pour ne prendre que le cas de l'hôpital central de Yaoundé. Ceci passe par une politique plus soutenue de formation du personnel.
3. Les analyses ayant révélé que les recours à l'automédication et à la MTR augmentent avec l'âge, ces pratiques seraient insuffisamment justifiées si l'on considérait tout simplement que les générations les plus anciennes aujourd'hui sont plus imprégnées des valeurs, connaissances et pratiques traditionnelles que les générations récentes et donc plus proche de la pratique traditionnelle ou que l'on épargne les enfants de l'automédication moderne, pour ensuite s'en donner à cœur joie quand on est plus âgé. Nous devons reconnaître aussi que cette différence selon l'âge peut être aussi la conséquence de l'absence de sécurité

sociale pour la très grande majorité de la population qui lorsqu'elle devienne inactive éprouvent beaucoup de difficultés à s'offrir des médicaments. Nous recommandons par conséquent la mise sur pied d'un système de sécurité social plus large, notamment une restructuration de la CNPS dont l'action est restreinte à certaines catégories et en plus ne couvre à peine que 10% de la population.

4. Bien qu'une accessibilité plus accrue des centres de santé devrait réduire l'automédication, son éradication n'est pas envisageable car elle semble rigide à la baisse. En effet cette pratique est répandue même dans les pays développés et dans toutes les couches de la population comme l'a relevée Molina (1988) en France. Il faudrait donc que tout en informant les populations des dangers de l'automédication que l'on les éduque à l'usage correcte de certains médicaments courants, notamment les anti-paludéens et les antibiotiques qui constituent les principaux médicaments achetés en automédication.

Nous avons vu que pour de multiples raisons (nature de la maladie, coûts, distance etc.) la biomédecine n'a pas pu se substituer à la MTR malgré les efforts consentis à sa disparition et que contrairement à ce que l'on peut penser elle est même plus dans les grandes villes, défiant ainsi l'urbanisation qui devrait en principe la faire reculer. En outre la littérature existante notamment celle de l'OMS met l'accent sur le fait que les expériences vécues un peu partout dans le monde montrent que la MTR ne disparaît pas, elle change au mieux de forme comme c'est le cas aujourd'hui dans les pays développés où l'on parle maintenant de médecine parallèle ou complémentaire. Fort de ce constat, nous suggérons ce qui suit.

5. Que l'on crée un cadre formel et institutionnel d'exercice de la MTR ; cela aurait deux avantages : un contrôle de la pratique de la MTR permettrait en effet d'en tirer le meilleur bénéfice et aussi d'en limiter les dégâts car s'il y a des domaines comme la psychiatrie, les fractures, et des méthodes comme la phytothérapie ou les tradipraticiens récoltent de bons résultats, force est de constater qu'ils ont des limites dans certains domaines comme la chirurgie, certaines maladies virales etc. et que leurs intervention dans ces domaines n'est souvent que le fait de charlatans avides de gain. Ces brebis galeuses ne doivent néanmoins pas masquer le bénéfice certain que l'on peut tirer de la réglementation de ce secteur car il ne faut pas oublier que de l'autre côté il existe également de mauvais médecins. Ce cadre formel devrait permettre de définir notamment le statut de tradipraticien et un code déontologique pour la profession.
6. Enfin La promotion de la collaboration entre la biomédecine et la MTR me semble importante à plus d'un titre. D'abord elle permettrait un échange de connaissances qui pourrait ainsi améliorer les performances de part et d'autre ; on en parle d'ailleurs beaucoup ces derniers temps dans le cadre de la lutte contre le Sida. Les tradipraticiens pourraient bénéficier des notions en biologie et des règles d'asepsie pour mieux appréhender le fonctionnement du corps humain et surtout pour éviter de contaminer en soignant comme c'est souvent le cas. En suite, libèrerait le patient qui préfère généralement mentir que de dire à son médecin qu'il a été ou qu'il va simultanément chez le tradipraticien, faussant ainsi souvent le diagnostic. Cette collaboration dans les faits doit se traduire par exemple par la création d'instituts de formation et de recherche sur les plantes médicinales et autres techniques propres à l'art de la MTR et la prise en compte de certains aspects de la MTR dans la formation des infirmiers et médecins.

# Annexe1

Tableau : Offre des services de santé

Province	Données brutes										Ratios du nombre d'habitants pour ...				
	Population	Médecins	Infirm. IDE et IB	Lits d'hospitali.	Struct. hospitali.	Centres de Santé	Pharmacie	Ecoles de formation	1 Médecin	1 infirm. IDE ou IB	1 lit d'hospitalisation	1 structure hospitalière	1 Centre de Santé	1 Pharmacie	1 Ecole de formation
ADAMAOUA	572.811	58	207	765	16	77	6	1	9876	2767	749	35.801	7.439	95.469	572.811
CENTRE	2.356.627	477	1.654	3.098	75	348	49	14	4941	1425	761	31.422	6.772	48.094	168.331
EST	747.829	51	306	699	23	113	9	2	14.663	2444	1070	32.514	6.618	83.092	373.915
EXTREME-NORD	2.422.738	71	403	1.244	27	172	10	5	34.123	6012	1948	89.731	14.086	242.274	484.548
LITTORAL	1.980.592	282	1.110	3.433	40	202	36	7	7023	1784	577	49.515	9.805	55.016	282.942
NORD	1.239.726	60	282	592	17	118	9	3	20.662	4396	2094	72.925	10.506	137.747	413.242
NORD -OUEST	1.639.059	114	569	2.237	37	143	10	4	14.378	2881	733	44.299	11.462	163.906	409.765
OUEST	1.825.434	144	966	3.829	52	248	59	1	12.677	1890	477	35.105	7.361	30.940	1.825.434
SUD - OUEST	1.145.497	87	497	1.792	26	161	28	5	13.167	2305	639	44.058	7.115	40.911	229.099
SUD	518.983	89	430	1.123	26	107	14	6	5831	1207	462	19.961	4.850	37.070	86.497
CAMEROUN	14.449.296	1.433	6424	18.812	339	1689	230	48	10.083	2249	768	42.623	8555	62.823	301.027

Source: Carte sanitaire juin 1999  
(Ressources publiques / Hors personne de santé administratif central) et privées cumulées)

## Annexe 2

### **REPUBLIQUE DU CAMEROUN**

#### **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Union Européenne (UE)  
Coopération Française (CF)  
Coopération Technique Allemande (GTZ)  
Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD)

### **ENQUETE SUR LES DETERMINANTS DE L'ACCES ET DU RECOURS AUX SOINS ET AUX MEDICAMENTS – (CAMEROUN)**

#### **QUESTIONNAIRE MENAGE**

##### **IDENTIFICATION DU MENAGE :**

Q001	Province :	.....	/_/_/_/
Q002	Arrondissement	.....	/_/_/_/_/
Q003	Localité	.....	/_/_/_/_/
Q004	Quartier (si Ydé/Douala)	.....	/_/_/_/_/
Q005	N° de Strate	/_/_/ (1.Ydé/Dla 2. Urbain 3.Rural)	
Q006	Aire de santé	...../_/_/_/_/	
Q007	N° de ZD	/_/_/_/_/	
Q008	N° de ménage	/_/_/_/_/	
Q009	Nom du chef de ménage	.....	
Q010	Date de la visite (JJ/MM) : /_/_/_/_/_/2002	Q010A Début : /_/_/_/ h/_/_/_/min Q010B Fin : /_/_/_/ h/_/_/_/min	
Nom de l'enquêteur :		Visa contrôleur	
.....		.....	
Nom de l'agent de saisie		Visa agent de saisie	
.....		.....	
Questionnaire entièrement rempli		1	
Questionnaire partiellement rempli		2	
Refus		3	

**CONFIDENTIEL**

Juin-Octobre 2002

**Section 1 : Caractéristiques individuelles des membres du ménage**

Tous les membres du ménage										Individus âgés de 10 ans et plus	
Q101	Q102	Q103	Q104	Q105	Q106	Q107	Q108	Q109	Q110		
Nom et prénoms	Sexe 1. Masculin 2. Féminin	Age 99 ND 98. NSP  (si âge déclaré supérieur à 97 ans inscrivez 97)	Situation de résidence 1. Résident 2. Résident absent 3. Visiteur	Lien de parenté avec le CM 0. Pas de lien 1. Chef de ménage 2. Epouse/Epoux 3. Fils/Fille 4. Père/Mère 5. Frère/Sœur 6. Beau fils/Belle fille 7. Petit fils/fille 8. Autre lien 9. Non déclaré	Statut matrimonial 1. Célibataire 2. Marié 3. Marié polygame 4. Veuf/Veuve 5. Divorcé/Séparé 6. Union libre 9. Non déclaré	Niveau d'instruction 0. Sans niveau 1. Ecole coranique 2. Primaire 3. Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle 4. Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle 5. Supérieur 9. Non déclaré	Religion 1. Catholique 2. Protestante 3. Musulmane 4. Animiste 5. Sans religion 6. Autre (préciser)	Situation d'activité 1. Travailleur 2. Retraité 3. Elève/Etudiante 4. Femme au foyer 5. Sans emploi 6. Rentier 7. Handicapé 8. Autre(à préciser) 9. Non déclaré	Si Q109=1 Profession déclarée		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											

N° de ligne	Individus âgés de 10 ans et plus				Tous les individus				
	Q111	Q112	Q113	Q114	Q115	Q116	Q117	Q118	Q119
	Si Q109=1 <b>Statut dans l'activité</b> 1. <i>Indépendant</i> 2. <i>Employeur</i> 3. <i>Salarié permanent</i> 4. <i>Salarié temporaire</i> 5. <i>Apprenti</i> 6. <i>Aide familiale</i> 7. <i>Autre (à préciser)</i>	A-t-il (elle) exercé une ou plusieurs autres activité(s) ayant généré des revenus au cours des 12 derniers mois ? 1. <i>oui</i> 2. <i>non</i> → Q115	si oui, laquelle (lesquelles) ? Si Q112=1 <i>Activité secondaire1</i>	Si Q112=1 <i>Activité secondaire2</i>	Appartient-il à une association ? 1. <i>oui</i> 2. <i>non</i> → Q117	Quel type d'association ? 1. <i>Association professionnelle</i> 2. <i>Association familiale</i> 3. <i>Association villageoise</i> 4. <i>Association sportive</i> 5. <i>Association religieuse</i> 6. <i>Autre (à préciser)</i>	A-t-il(elle) été malade au cours des 2 dernières semaines ? 1. <i>oui</i> 2. <i>non</i> → Q119	Quand a commencé la maladie ? 1. <i>&lt;=3 mois</i> 2. <i>&gt;3 mois</i>	<b>Eligibili té</b> 1. <i>Eligible</i> 0. <i>Non éligible</i>  (l'individu est éligible si Q117=1 et Q118 = 1)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

## SECTION 2 : Caractéristiques du ménage

<b>Q201</b>	Quel est le statut d'occupation dans le logement ?	Propriétaire Locataire Hébergé ND	1 2 3 9
<b>Q202</b>	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ? (ND=99)		/_/_/_/
<b>Q203</b>	De quel matériau est fait le sol de votre maison ?	Terre Bois Ciment Carreaux Autre (à préciser)..... ND	1 2 3 4 8 9
<b>Q204</b>	Quel est le principal matériau de construction des murs de votre habitation ?	Briques en terre Planches de bois Poto poto (terre battue) Semi-dur Dur (Parpaing) Pierres Autres (à préciser)..... ND	1 2 3 4 5 6 8 9
<b>Q205</b>	Quel est le principal matériau du toit ?	Paille Bois Tôles Tuiles Béton Autres (à préciser)..... ND	1 2 3 4 5 8 9
<b>Q206</b>	Quelle est la source principale d'approvisionnement en eau de boisson du ménage ?	Robinet à l'intérieur du logement Robinet dans la cour Fontaine publique Puits aménagés Puits non aménagés Source naturelle (rivière, fleuve, lac) Eau minérale ND	1 2 3 4 5 6 7 9
<b>Q207</b>	Quel type de toilettes utilisez-vous ?	Nature Latrines non aménagées Latrines aménagées WC avec chasse d'eau ND	1 2 3 4 9
<b>Q208</b>	Quel est le principal mode d'éclairage de votre ménage ?	Electricité Lampe à pétrole Bougie Lampe à gaz Aucun mode d'éclairage Autre (préciser)..... ND	1 2 3 4 5 8 9

<b>Q209</b>	Quelle est la principale source d'énergie de cuisson du ménage ?	Gaz Charbon de bois Bois de chauffe Pétrole Electricité Autre (préciser)..... ND	1 2 3 4 5 8 9
<b>Q210</b>	Dans votre ménage, possédez-vous les biens suivants ?	Radio ou radiocassette Poste téléviseur Magnétoscope Réfrigérateur/congélateur	Oui/ Non/ ND 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9
<b>Q211</b>	Dans le ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède :	Vélo / Bicyclette Mobylette / Moto Voiture / Camion	Oui/ Non/ ND 1 2 9 1 2 9 1 2 9

### SECTION 3 : Accès aux soins et aux médicaments

<b>Q301</b>	Rencontrez-vous des difficultés pour vous faire soigner dans un centre de santé moderne ?	Oui Non ND	1 2 → <b>Q303</b> 9
<b>Q302</b>	Quelles difficultés ? <b>(plusieurs réponses possibles)</b>	Problème d'accès, éloignement Formations sanitaires souvent fermées Qualité d'accueil du personnel de santé Manque d'argent Autre (à préciser)..... ND	1 2 3 4 8 9
<b>Q303</b>	Combien de temps vous faut-il pour vous rendre à l'hôpital/au centre de santé le plus proche	/__/_/ minutes /__/_/ heures /__/_/ jours	
<b>Q304</b>	Par quel moyens, vous rendez-vous dans ce centre de santé ?	A pied En voiture En vélo ou moto ND	1 → <b>Q306</b> 2 3 9
<b>Q305</b>	A combien évaluez-vous le coût total de ce trajet (aller et retour) ?	_ _ _ _ _ _  FCFA	
<b>Q306</b>	Rencontrez-vous des difficultés pour trouver les médicaments dont vous avez besoin ?	Oui Non ND	1 2 → <b>Q308</b> 9
<b>Q307</b>	Quelles sont ces difficultés ? <b>(plusieurs réponses possibles)</b>	Problème d'accès, éloignement Hôpitaux/pharmacies souvent fermés Manque de disponibilité des produits Manque d'argent  Autre (à préciser)..... ND	1 2 3 4 8 9
<b>Q308</b>	Combien de temps vous faut-il pour vous rendre à la pharmacie la plus proche	/__/_/ minutes /__/_/ heures /__/_/ jours	

<b>Q309</b>	Par quel moyen vous rendez-vous à la pharmacie ?	A pied En voiture En vélo ou moto ND	1 → <b>FIN</b> 2 3 9
<b>Q310</b>	A combien évaluez-vous le coût total de ce trajet (aller et retour) ?	_ _ _ _ _  FCFA	

**Je vous remercie pour votre collaboration**

Nom et Prénom de l'enquêté : .....

N° d'ordre de l'individu tiré [ ] [ ] [ ]

Date de la visite (JJ/MM) : / / / / 2002 Début : / / / h / / / min

Fin : / / / h / / / min

**Vous avez été malade au cours des 15 derniers jours. Pouvez-vous me donner des informations concernant ces maladies.**

Recours aux soins					
Q101	Q102	Q103	Q104	Q105	Q106
De quelle maladie avez-vous souffert dans les quinze derniers jours ?	N° d'ordre du recours	Qu'avez-vous fait pour cette maladie ? (type de recours) 1. Consultation moderne 2. Consultation traditionnelle → Q105 3. Automédication moderne → Q106 4. Automédication traditionnelle → Q106 5. Prières → Q107 6. Ne rien faire → Q107	Pourquoi avez-vous choisi de faire une consultation moderne? 1. Proximité du centre de santé 2. Efficacité des traitements 3. Pas confiance au guérisseur 4. Maladie grave/douloureuse 5. Habitude 8. Autre( à préciser) 9. ND <b>(ensuite → Q108)</b>	Pourquoi avez-vous choisi de faire une consultation traditionnelle? 1. Prix abordable 2. Proximité du guérisseur 3. Nature de la maladie 4. Mauvais accueil du personnel de santé 5. Facilité de paiement 6. Absence fréquente du personnel de santé 7. Habitude 8. Autre( à préciser) 9. ND <b>(ensuite → Q111)</b>	Pourquoi avez-vous choisi de faire une automédication ? 0. Manque d'argent 1. Maladie connue 2. Mauvais accueil du personnel de santé 3. Absence fréquente du personnel de santé 4. Pas de confiance au guérisseur 5. Conseil d'une tierce personne 6. Habitude 7. Maladie peu grave 8. Autre( à préciser) 9. ND <b>(ensuite → Q121)</b>
1 <sup>ère</sup> maladie	.....	[ ]	1 <sup>ère</sup> raison : [ ]..... 2 <sup>ème</sup> raison : [ ]..... 3 <sup>ème</sup> raison : [ ].....	1 <sup>ère</sup> raison : [ ]..... 2 <sup>ème</sup> raison : [ ]..... 3 <sup>ème</sup> raison : [ ].....	1 <sup>ère</sup> raison : [ ]..... 2 <sup>ème</sup> raison : [ ]..... 3 <sup>ème</sup> raison : [ ].....
.....	.....	[ ]	1 <sup>ère</sup> raison : [ ]..... 2 <sup>ème</sup> raison : [ ]..... 3 <sup>ème</sup> raison : [ ].....	1 <sup>ère</sup> raison : [ ]..... 2 <sup>ème</sup> raison : [ ]..... 3 <sup>ème</sup> raison : [ ].....	1 <sup>ère</sup> raison : [ ]..... 2 <sup>ème</sup> raison : [ ]..... 3 <sup>ème</sup> raison : [ ].....

	..... ...	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....
	..... ...	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....
	..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....
2 <sup>ème</sup> maladie ..... ..... .....	..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....
	..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....



Recours aux soins					
(Q101)	(Q102)	Q107	Q108	Q109	Q110
Maladie	N° d'ordre du recours	Pourquoi avez-vous choisi de ne rien faire (ou d'avoir recours à la prière)? <i>01. foi</i> <i>02. Manque d'argent</i> <i>03. Maladie connue</i> <i>04. Difficulté d'accès au centre de santé</i> <i>05. Mauvais accueil dans les centres de santé</i> <i>06. Absence fréquente du personnel de santé</i> <i>07. Habitude</i> <i>08. Pas de confiance au guérisseur</i> <i>09. Maladie peu grave</i> <i>88. Autre( à préciser)</i> <i>99. ND</i>	Dans quelle structure avez-vous été consulté ? <i>01. CSI/PMI</i> <i>02. CMA</i> <i>03. Hôpital national</i> <i>04. Hôpital provincial</i> <i>05. Hôpital de district</i> <i>06. Centre médical confessionnel</i> <i>07. Clinique privée</i> <i>08. Centre de santé privé non lucratif</i> <i>88. Autre (à préciser)</i> <i>99. ND</i>	Quel est le nom de la structure dans laquelle vous vous êtes fait consulter ? (9. ND)	Pourquoi avez-vous choisi cette structure ? <i>1. Prix abordable</i> <i>2. Confiance au personnel de ce centre</i> <i>3. Proximité</i> <i>4. Qualité d'accueil</i> <i>5. Longue attente dans les autres centres</i> <i>6. Pas de choix</i> <i>7. Habitude</i> <i>8. Autre( à préciser)</i> <i>9. ND</i>
1 <sup>ère</sup> maladie	..... ...	1 <sup>ère</sup> raison :       ..... 2 <sup>ème</sup> raison :       ..... 3 <sup>ème</sup> raison :       .....	..... ..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :       ..... 2 <sup>ème</sup> raison :       ..... 3 <sup>ème</sup> raison :       .....	1 <sup>ère</sup> raison :       ..... 2 <sup>ème</sup> raison :       ..... 3 <sup>ème</sup> raison :       .....

	..... ...	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....	..... ..... .....	..... ..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....
	..... ...	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....	..... ..... .....	..... ..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....
2 <sup>ème</sup> maladie ..... ..... .....	..... ...	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....	..... ..... .....	..... ..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....
	..... ...	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....	..... ..... .....	..... ..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :  _ _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ _ .....

	..... ...	1 <sup>ère</sup> raison :  _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ .....		..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :  _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ .....		..... .....	1 <sup>ère</sup> raison :  _ ..... 2 <sup>ème</sup> raison :  _ ..... 3 <sup>ème</sup> raison :  _ .....
--	--------------	---	--	----------------	---	--	----------------	---



	..... ...	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit/à pied)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)
	..... ...	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit/à pied)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)
	..... ...	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit/à pied)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)	_____ (0000000 si gratuit)

Recours aux soins							
(Q101)	(Q102)	Q116	Q117	Q118	Q119	Q120	Q121
Maladie	N° d'ordre du recours	Si oui, lesquels ?	Avez-vous fait tous les examens prescrits ? 1. oui, ➔ Q119 2. non, quelques uns seulement 3. non, aucun des examens (poser Q118 ensuite ➔ Q120)	Si non, pourquoi ? 1. manque de moyens financiers 2. manque de temps 3. problème d'accessibilité 4. contrainte religieuse 5. Pas nécessaire 6. Autre (à préciser)	(si Q117=1 ou 2) Combien avez-vous dépensé pour ces examens ? (en FCFA)	Vous a-t-on prescrit des médicaments ? 1. oui 2. non 9. ND	Avez-vous acheté des médicaments ? 1. oui, ➔ Q123 2. non 9. ND
1 <sup>ère</sup> maladie	..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	1 <sup>ère</sup> raison : ..... 2 <sup>ème</sup> raison : ..... 3 <sup>ème</sup> raison : .....	..... ..... ..... (000000 si gratuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	1 <sup>ère</sup> raison : ..... 2 <sup>ème</sup> raison : ..... 3 <sup>ème</sup> raison : .....	..... ..... ..... (000000 si gratuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	..... .....	..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	1 <sup>ère</sup> raison : ..... 2 <sup>ème</sup> raison : ..... 3 <sup>ème</sup> raison : .....	..... ..... ..... (000000 si gratuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	..... ...	..... ..... ..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	□□□□□□ (000000 si gratuit)	□	□
2 <sup>ème</sup> maladie ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... ..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	□□□□□□ (000000 si gratuit)	□	□
	..... .....	..... ..... ..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	□□□□□□ (000000 si gratuit)	□	□
	..... .....	..... ..... ..... .....	□	1 <sup>ère</sup> raison : □..... 2 <sup>ème</sup> raison : □..... 3 <sup>ème</sup> raison : □.....	□□□□□□ (000000 si gratuit)	□	□



Recours aux médicaments							
	Q122	Q123	Q124	Q125	Q126	Q127	Q128
Maladie	<p><b>Pourquoi n'avez-vous pas acheté de médicaments ?</b></p> <p>1. Manque d'argent 2. Plantes médicinales cueillies 3. Médicaments non disponibles 5. Médicaments trop chers 8. Autre( à préciser) 9. ND</p> <p><b>(ensuite ➔ Q131 ou recours/maladie suivant(e))</b></p>	<p><b>Où avez-vous acheté les médicaments ?</b></p> <p>1. marché 2. pharmacie privée 3. pharmacie communautaire 4. personnel sanitaire 5. boutique 8. autres (à préciser) 9. ND</p>	<p><b>Pour quelles raisons ?</b></p> <p>1. Prix abordable 2. Disponibilité des médicaments 3. Confiance à la qualité 4. Proximité 5. Manque d'argent 8. Autre( à préciser) 9. ND</p>	<p><b>(Si Q103=3 ou 4 ou bien Q120=2) Qui a choisi les médicaments que vous avez achetés ?</b></p> <p>1. Moi même 2. Le pharmacien 3. Un vendeur de marché 4. Une connaissance 8. Autre (à préciser) 9. ND</p>	<p><b>Combien les médicaments vous ont-ils coûté ? (en FCFA)</b></p>	<p><b>Avez-vous pu acheter tous les médicaments qu'on vous a prescrits ?</b></p> <p>1. oui (➔ Q129) 2. non, quelques uns seulement 3. non, pour quelques jours seulement 9. ND</p>	<p><b>Pourquoi ?</b></p> <p>1. Prix élevé 2. Non disponibilité des médicaments 3. Argent insuffisant 4. Autre (à préciser) 9. ND</p>
1 <sup>ère</sup> maladie	1.       ..... 2.       ..... 3.       .....		1.       ..... 2.       ..... 3.       .....		   (000000 si gratuit)		1.       ..... 2.       ..... 3.       .....
.....	1.       ..... 2.       ..... 3.       .....		1.       ..... 2.       ..... 3.       .....		   (000000 si gratuit)		1.       ..... 2.       ..... 3.       .....

	..... ...	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	□	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....
	..... ...	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	□	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....
	..... ...	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	□	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....
2 <sup>ère</sup> maladie ..... ..... ..... .....	..... ...	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	□	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....	□	1.     ..... 2.     ..... 3.     .....

	..... ...	1. □ □ ..... 2. □ □ ..... 3. □ □ .....	□ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□ □	1. □ □ ..... ..... 2. □ □ ..... ..... 3. □ □ ..... .....	□ □	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□ □	1. □ □ ..... ..... 2. □ □ ..... ..... 3. □ □ ..... .....
	..... ...	1. □ □ ..... 2. □ □ ..... 3. □ □ .....	□ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□ □	1. □ □ ..... ..... 2. □ □ ..... ..... 3. □ □ ..... .....	□ □	□ □ □ □ □ □ □ (000000 si gratuit)	□ □	1. □ □ ..... ..... 2. □ □ ..... ..... 3. □ □ ..... .....

		Recours aux médicaments				Prise en charge des soins			
(Q101)	(Q102)	Q129	Q130	Q131	Q132	Q133	Q134		
Maladie	N° d'ordre du recours	Combien de temps après la prescription avez-vous pu acheter les médicaments ? <i>(donner le nombre de jours depuis la prescription jusqu'à l'achat des médicaments)</i> 00 : immédiatement (le même jour)	Pourquoi ? 1. Voir évolution de la maladie 2. Rupture de stock dans les centres de santé 3. Manque d'argent 4. Autre (à préciser).	Qui prend en charge les frais de soins ? 1. vous-même 2. Mari/femme 3. parents 4. Enfant 5. Autre membre 6. Assurance 7. Ami 8. Autre (à préciser)	A-t-il été nécessaire d'emprunter de l'argent pour administrer ces soins ? 1. oui 2. non → <b>recours ou maladie suivant(e)</b>	Si oui, à qui avez-vous emprunté de l'argent ? 1. Famille 2. Tontin.e 3. Collègue 4. Ami 5. Autre (à préciser)	Combien avez-vous emprunté au total ? (en FCFA)		
1 <sup>ère</sup> maladie	..... .....	__ __  jours	1. __ __  ..... ..... 2. __ __  ..... ..... 3. __ __  ..... .....	__ __  ..... .....	__ __	__ __  ..... .....	__ __  ..... .....		
.....	..... .....	__ __  jours	1. __ __  ..... ..... 2. __ __  ..... ..... 3. __ __  ..... .....	__ __  ..... .....	__ __	__ __  ..... .....	__ __  ..... .....		
.....	..... .....	__ __  jours	1. __ __  ..... ..... 2. __ __  ..... ..... 3. __ __  ..... .....	__ __  ..... .....	__ __	__ __  ..... .....	__ __  ..... .....		

	..... ...	__ __  jours	1.  . ..... ..... 2.  . ..... ..... 3.  . ..... .....	. ..... .....		. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....
2 <sup>ème</sup> maladie ..... ..... .....	..... ...	__ __  jours	1.  . ..... ..... 2.  . ..... ..... 3.  . ..... .....	. ..... .....		. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....
	..... ...	__ __  jours	1.  . ..... ..... 2.  . ..... ..... 3.  . ..... .....	. ..... .....		. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....
	..... ...	__ __  jours	1.  . ..... ..... 2.  . ..... ..... 3.  . ..... .....	. ..... .....		. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....
	..... ...	__ __  jours	1.  . ..... ..... 2.  . ..... ..... 3.  . ..... .....	. ..... .....		. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....	. ..... .....



## Bibliographie

Ackerknecht E., *Natural Disease and Rational Treatment in Primitive Medicine*, Bulletin of Medicine, 19, 1946.

Akoto E., Aka K. et Lamle B. S., *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali)*, Yaoundé, Saint-Paul, 2002.

Akoto E., *Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et tendances ; structures et causes*, Louvain-la-Neuve, CIACO, 1985

Albou P., *L'automédication*, III<sup>e</sup> Colloque européen de Psychologie économique, Augsburg, 1978.

Anderson W. et al., *Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS*. AIDS, 1993.

Asuni T., *The dilemma of traditional healing with special reference to Nigeria*, Social Science and medicine, vol. 13B, 1981.

Augé M., *Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'évènement*, in : Augé M. et Herzlich C. (Dir), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines, coll. Ordres Sociaux, 1984.

Benoist J. (Dir), *soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996.

Bhattacharya B., *Programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing*. Journal of Alternative & Complementary Medicine, 2000.

Brenner L., *La géomancie pratiquée par les musulmans*, in: Brenner L. (Dir), *Réflexion sur le savoir islamique en Afrique de l'Ouest*, Université de Bordeaux, Centre d'Etudes d'Afrique Noire, 1985.

Brenner L., *The Esoteric Sciences in African Islam*, in: du Toit and Abdalla (ed) *African Healing Strategies*, New York, Trado-Medic Book, 1985.

Brieger W et al., *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Procedures*. IDO Local Government, Oyo State, Nigeria, 1998.

Chaste C. et Cénac A., *histoire de la médecine : introduction à l'épistémologie*, Paris, Ellipses, 1998.

Commeyras C. et al., *le marché du médicament au Cameroun. Etat des lieux de l'offre, de la demande, des prix de vente, et perspectives pour améliorer l'accessibilité financière*. Yaoundé, OCEAC, 2000.

Constantin F., *Charisma and the crisis of power in East Africa*, in: O'Brien C. and Coulon (Dir), *Charisma and brotherhood in African Islam*, Oxford, Clarendon Press, 1988.

Demay F. et al., *Encyclopédie Microsoft Encarta 2000*, Microsoft Corporation, 2001.

Diarra D et al., *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*, 1999.

Dozon J. P. et sindzingre A. N., *Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle*, in : *La santé dans le tiers monde*, Prevenir, France, 1986.

Engelhard P., Seck M. et Abdallah Ben T., *Vivre et mourir en Afrique*, Dakar, ENDA, n°125, 1988.

Evans-Pritchard E., *Sorcellerie, oracles et magie chez les AZande*, Paris, Gallimard, 1972.

Fassin D., *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 1992.

Fogha T., *Contribution à l'étude de la clientèle de la « thérapie spirituelle » : le cas d'un thérapeute de la ville de Yaoundé*, Yaoundé, CUSS, 1990.

Fontaine M., *Santé & culture en Afrique noire : Une expérience au Nord-Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1995.

Foster G., *Medical anthropology and international health planning*, Social Science and Medicine, vol. 11, n° 10, 1977.

Gaigbe T., *Mortalité infantile à Yaoundé: une étude des saisonnalités*, Mémoire de DEA, Paris I, 1986.

Gruenais M., *Le malade et sa famille*, in : Fassin D. et Jaffré Y. (Dir), *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990.

Gyapong M et al., *Report on Pre-testing of Instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District*, Ghana, 1999.

Hebga M., *Sorcellerie et prière délivrance*, Ed. Clé, Yaoundé, 1985.

Hours B., *L'état sorcier, Santé publique et société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 1987.

Jaffré Y., *Education et santé*, in : *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990.

Janzen J., *Changing Concepts of African Therapeutics: An Historical Perspective*, in: du Toit and Abdalla (ed) *African Healing Strategies*, New York, Trado-Medic Book, 1985.

Jonas W., *Alternative medicine — learning from the past, examining the present, advancing to the future*. Journal of the American Medical Association, 1998.

Kadya Tall E., *L'interprétation du malheur et de la maladie*, in : Fassin D. et Jaffré Y. (Dir), *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990.

Lantum N., *Pros and cons of traditional medicine in Cameroon: Monograph extracted from Abbia*, N° 37-39, Yaoundé, CUSS, 1984.

Lasker J., *Choosing among: Illness Behavior in Ivory Coast*, Social Sciences and Medicine, 15a, 1981.

Last M., *The professionalisation of african medicine: Ambiguities and definitions*, in: Last and Chevunduka (Dir), *The professionalisation of african medicine*, Manchester University Press, 1986.

Lee R., *Comparative studies of health care systems*, Social Science and Medicine, 1982.

Le Gall A. et Brun R., *Les maladies et les médicaments*, Paris, PUF, « que sais-je ? » n°1299, 1976.

Litvack D. et Bodart C., *User Fees Plus Quality Equals Improved Acces to Health Care :Result of a Field Experiment in Cameroon*, Social Sciences and Medicine, 1993.

Lovell N., *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-Est Togo*, Paris, CEPED, 1995.

Mallart G., *Médecine et pharmacopée evusok*, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Nanterre, 1977.

Mason F., *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey*. Toronto, 1995.

MINSATE, *Recours aux soins et aux médicaments*, Yaoundé, IFORD, 2003.

Mizrahi An. et Mizrahi Ar., *La consommation médicale en ville en 1970*. Enquête auprès des ménages sur les soins médicaux, Le Concours médical, 95, France, 1973.

Mizrahi An. et Mizrahi Ar., *L'automédication*, Congrès annuel de la société Française d'Hygiène, de Médecine sociale et de Génie sanitaire, Paris, 1976.

Mizrahi An. et Mizrahi Ar., *La consommation médicale*, Paris, PUF, « L'Economiste », 1982.

Mizrahi An. et Mizrahi Ar., *La consommation des produits pharmaceutiques non prescrits*, Paris, Comité national de prévention médicale, 1984

Mizrahi An. et Mizrahi Ar., *L'influence de l'âge et du sexe sur les consommations médicales*, CREDOC, 1973.

- Mizrahi Ar., *Micro-économie de la consommation*, thèse CREDOC<sup>1</sup>, France, 1978.
- Molina N., *L'automédication*, Paris, PUF, 1988.
- Molina N., *Analyse marketing du comportement d'automédication*, thèse, Clermont-Ferrand, 1980.
- Molina N., *Automédication et perceptions à l'égard de la médecine*, CREDOC, n°2, 1984.
- Molina N., *Le comportement des médecins face à l'information des laboratoires pharmaceutiques*, DEA, Clermont-Ferrand, 1976.
- Molina N., *Transformation de l'image du médecin*, Médecine de l'Homme, Centre catholique des Médecins Français, n°100, 1977.
- Mullings L., *Therapy, ideology and social change: Mental healing in urban Ghana*, Berkeley, University of California press, 1984.
- Mormiche P., *Consommation médicale: les disparités sociales n'ont pas disparu*, in : Economie et Statistiques, n°189, INSEE, 1986.
- Mormiche P., *Pratiques culturelles, profession et consommation médicale*, in : Economie et Statistiques, n°189, INSEE, 1986.
- Moulay V., *Comportements thérapeutiques des ménages urbains en période de récession : le cas de Yaoundé*, Yaoundé, Iford, 1997.
- Ndjitoyap N., *De l'aide à la santé... au médecin*, Yaoundé, Cameroon University Press, 2003.
- Organisation mondiale de la Santé, *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, Genève, sept 2002
- Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, 2002.
- Organisation mondiale de la Santé, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Organisation mondiale de la Santé, *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998-1999)*. Harare, bureau régional de l'Afrique de l'OMS, 2000.
- Ostrow M. et al., *Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1997.
- Rosny (de) E., *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 1992.

---

<sup>1</sup> Centre de Recherche et de Documentation sur la Consommation.

Sofowora A., *Plantes médicinales et médecine traditionnelles d'Afrique*, Paris, KARTHALA, 1996.

Stock R., *Distance and the Utilisation of Health facilities in rural Nigeria*, Social Sciences and Medicine, 1993.

Studdert D. et al., *Medical malpractice implications of alternative medicine*, *Journal of the American Medical Association*, 1998.

Sultan Njoya I., *Histoires et coutumes des Bamoun*. Mémoires de l'institut Française d'Afrique noire, Série population n° 5, centre du Cameroun, Cahors, les presses de l'imprimerie A. Careslaut, 1952.

Swantz M., *Community and healing among the Zaramo in Tanzania*, Social Sciences and Medicine, 13b, 1979.

Tall K., *Guérir à Cubalel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la vallée du fleuve Sénégal*, Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle en ethnologie, Paris, EHESS, 1984.

Tonda J., *les églises comme recours thérapeutiques*, in : Fassin D. et Jaffré Y. (Dir), *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990.

Uyanga J., *Rural Urban Migration and Sickness Health Care Behavior : A Study of Eastern Nigeria*, Social Sciences and Medicine, 1983.

Vallin J. & Lopez A., *La lutte contre la mort*, Travaux et documents n° 108, Paris, INED-PUF, 1985.

Vickers A., *Complementary medicine. Recent advances. Clinical review*. British Medical Journal, 2000.

Viveros M., *La relation entre médecins et malades*, in : Fassin D. et Jaffré Y. (Dir), *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990.

Young J., *Non-use of physicians: Methodological approaches, policy implication, and the utility of decision models*, Social Science and Medicine, vol. 15B, n° N4, 1981.