



Université René Descartes Paris 5

École doctorale de sciences humaines et sociales

DEA de Sciences sociales : culture comportements sociaux

Option Démographie sociale

Mémoire second :

Financement des problèmes de santé

L'exemple de la sous-préfecture de Kanfarandé en Guinée Maritime

Présenté par :

LARMARANGE Joseph

N° étudiant : 20102709

N° national : 0792063455N

Réalisé sous la direction de :

Pr. Jean COPANS

Pr. Yves CHARBIT

Septembre 2003

Remerciements

Pour avoir contribué chacun à leur manière à la rédaction de ce mémoire, je tiens à remercier les personnes suivantes :

- Monsieur le Professeur Jean Copans pour avoir dirigé ce travail,
- Monsieur le Professeur Yves Charbit pour ses conseils avisés et avoir rendu cette enquête possible,
- Véronique Petit pour son soutien tout au long de cette année, pour avoir relu une partie de ce travail et pour ses Société crèmes qui furent un délice après sept semaines de riz et de poisson,
- toute la population de la sous-préfecture de Kanfarandé pour son accueil et en particulier les Kibancoka,
- toute l'équipe du laboratoire PopInter,
- toute l'équipe Guinée (chercheurs et enquêteurs) avec qui j'ai partagé cette première expérience de terrain inoubliable,
- Aurélie, Guillaume et Malika car cette rédaction participe aussi d'un travail de réflexion commun et j'ai pu bénéficier de leurs propres recherches et de leurs avis sur mon travail,
- ma famille qui, bien que non présente au quotidien, m'est d'un appui indispensable.

J'aurais enfin une pensée toute particulière pour Mamoudou, le photographe de Kibanco qui fût également un ami, et M. Yatara qui m'a permis de rentrer en contact avec la population en me servant d'interprète. Ils nous ont tous deux quittés depuis notre retour en France.

Note :

Le chiffre entre crochet situé après un nom d'auteur fait référence à l'ouvrage portant le même numéro en bibliographie page 72.

Certaines des sources sont disponibles auprès du laboratoire :

Populations & Interdisciplinarité

Université René Descartes Paris5
45, rue des Saints-Pères
75006 PARIS
01.42.86.33.52

Vous pouvez également me contacter à l'adresse mail suivante :

joseph.larmarange@paris5.sorbonne.fr

Concernant le district central de Kanfarandé, nous utiliserons le terme historique de Victoria pour le désigner et garderons Kanfarandé lorsque nous parlerons de la sous-préfecture.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	4
Introduction, Problématique & Hypothèses.....	6
I. Présentation du pays et des enquêtes.....	9
1. Présentation de la Guinée.....	9
2. Le système de santé en Guinée.....	13
3. Présentation de l'enquête.....	16
4. Le système de soins dans la sous-préfecture.	22
4.1 Les infrastructures de santé.....	22
4.2 Accessibilité du Centre de Santé.	25
4.3 Les tarifs des soins.....	27
5. La base de données <i>maladies</i>	29
II. Le Constat.....	32
1. Des modèles de financement différents.....	32
2. Le coût du soin.	36
3. Le lieu de soin.	39
4. Le type de maladie.....	42
III. Facteurs explicatifs.	45
1. Niveau individuel.....	45
1.1 Sexe et génération.....	45
1.2 Âge.....	47
1.3 État matrimonial.....	49
1.4 CSP & Revenus de l'activité principale.....	52
2. Niveau familial.	59
2.1 Place dans la famille.....	59
2.2 Niveau de vie de la famille.	61
3. Niveau communautaire.	63

3.1 Les villages.....	63
3.2 L’Ethnie.	65
Conclusion Générale	70
Bibliographie	72
Liste des Tableaux.....	74
Liste des Cartes.....	76
Liste des Figures	76
Liste des sigles et abréviations.....	77
IV. Annexes.	79
1. Tableaux complémentaires.	80
2. Fiche : Test du Khi 2.	95

Introduction, Problématique & Hypothèses

La Guinée est un des pays les plus endettés et les plus pauvres au monde. Moins de 5% du budget de l'État est consacré à la santé. Dans ces conditions, le système de santé est obligé de fonctionner de manière à s'autofinancer et, en l'absence de l'existence d'une sécurité sociale, c'est aux individus de subvenir à leurs dépenses de santé.

Alors que la santé de tous les êtres humains constitue une préoccupation internationale (on ne compte plus les déclarations d'intention à ce sujet), ce n'est pas encore un acquis. Dans une situation de pauvreté, financer ses problèmes de santé ne constitue pas forcément une priorité. Pour certains, la première préoccupation est d'avoir de quoi manger et les dépenses de sont pas prioritaires. Pour d'autres, le coût du soin peut s'avérer trop élever et ils devront s'endetter afin de se soigner s'ils tombent malades

Au cours de l'année écoulée, j'ai eu l'opportunité de participer à une étude réalisée par le laboratoire PopInter : l'enquête Population, Pauvreté & Environnement en Guinée Maritime dans la sous-préfecture de Kanfarandé. J'ai ainsi passé sept semaines à partager la vie des habitants de Kibanco. En tant que blanc européen, j'étais considéré comme une personne riche et j'ai plusieurs fois été sollicité financièrement par certains habitants notamment pour les aider à soigner l'un de leur proche.

Dans un tout autre domaine, j'avais déjà été amené à m'interroger sur les liens entre santé et économie. En tant que membre de l'association de lutte contre le sida AIDES, j'ai participé au programme Afrique de l'association¹. Il nous est apparu que la lutte contre le

¹ Les principes du programme Afrique de AIDES ont été définis de la façon suivante :

- apporter un soutien et travailler au renforcement des capacités des associations africaines de lutte contre le sida qui ont dans leurs objectifs la prise en charge globale des personnes touchées, sans créer d'antennes de AIDES dans d'autres pays,

sida ne pouvait pas faire l'économie d'une lutte contre la pauvreté. AIDES a ainsi mis en place un programme² afin de développer des projets visant à la constitution d'une *épargne santé* afin que les personnes séropositives puissent se prendre financièrement en charge.

J'ai donc été amené à me questionner sur les liens entre l'économique et la santé dans la sous-préfecture de Kanfarandé. En cas de maladie, les habitants de la sous-préfecture peuvent se retrouver dans différentes situations. Dans un certain nombre de cas, ils peuvent se faire soigner gratuitement, dans d'autres ils vont payer leurs soins seuls. Mais il arrive fréquemment que les individus soient obligés d'avoir recours à une tierce personne. Face à un problème de santé, les modèles de financement sont multiples. Nous nous intéresserons donc dans ce mémoire à mettre en évidence ce qui les détermine.

-
- favoriser l'adaptation aux réalités locales des savoirs-faire associatifs initiés par AIDES en France, et centrés sur la participation active des personnes touchées par l'épidémie,
 - renforcer le plaidoyer pour l'accès aux soins et aux traitements à tous les niveaux, plaidoyer porté et défendu par les associations mobilisées en France et en Afrique.

Le réseau Afrique 2000 est une structure souple qui unit depuis 1997 quinze associations de lutte contre le sida d'Afrique francophone (Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée-Conakry, Mali, Niger, Togo) et AIDES, association française. Une des caractéristiques principales de ce réseau est que pour remplir ses objectifs, il mise autant sur une coopération entre associations africaines que sur un soutien venant du Nord. En cinq ans, le réseau a construit des réponses originales et efficaces, et se voit reconnu pour son apport important à la lutte contre le sida dans les pays où il est présent. Des associations d'autres pays africains demandent aujourd'hui à le rejoindre, et c'est là une des raisons de la réalisation du guide des bonnes pratiques « Réponses associatives à la lutte contre le sida en Afrique ». L'expérience accumulée pendant ces cinq années doit pouvoir se transmettre, et permettre à d'autres de progresser. Le réseau vit aujourd'hui un tournant de son histoire. En plus des demandes d'adhésion, les enjeux internationaux de l'accès aux traitements le poussent à se structurer davantage, à définir une instance de coordination et de représentation, mais ses membres souhaitent avant tout garder la souplesse et l'indépendance de chaque association, qui sont parmi les bases de son succès, en évitant la lourdeur et les dérives bureaucratiques.

² Pour plus de détails concernant le FAIC ou Fonds d'Appui à l'Initiative Communautaire, consultez le site internet de AIDES : <http://www.aides.org> .

Dans un contexte de pauvreté, les aspects économiques sont-ils prépondérants, ou bien d'autres facteurs, sociaux ou culturels, interviennent-ils ?

Nous ferons à ce sujet plusieurs hypothèses :

Tout d'abord, le coût du soin est un déterminant proche du modèle de financement. Un individu sera plus souvent amené à demander l'aide d'un tiers que la dépense sera élevée.

Le lieu du soin et le type de maladie n'agissent pas directement sur le modèle de financement, mais interviennent indirectement en jouant sur le coût du soin. En effet, certaines maladies nécessitent des soins plus importants que d'autres, et pour une même maladie, deux lieux de soins ne proposent pas forcément les mêmes tarifs.

Le modèle de financement est fonction des recours possibles pour l'individu. Une jeune fille célibataire ne pourra pas, par exemple, faire appel à un époux. Ces recours possibles vont être caractérisés par l'âge de la personne, son sexe, son statut matrimonial, plus généralement son « cycle de vie », mais aussi ses revenus, le niveau de vie de sa concession, les liens avec la famille élargie, bref par une imbrication des niveaux individuels et familiaux.

Les aspects communautaires tel que le village ou l'ethnie n'ont que peu d'effet. Ils n'agissent pas directement sur les modèles de financement, bien qu'ils puissent avoir une répercussion sur le long terme.

Après une présentation du pays et des enquêtes, nous ferons un premier constat de la situation dans la sous-préfecture avant d'analyser les facteurs explicatifs selon les niveaux individuel, familial et communautaire.

I. Présentation du pays et des enquêtes.

1. Présentation de la Guinée

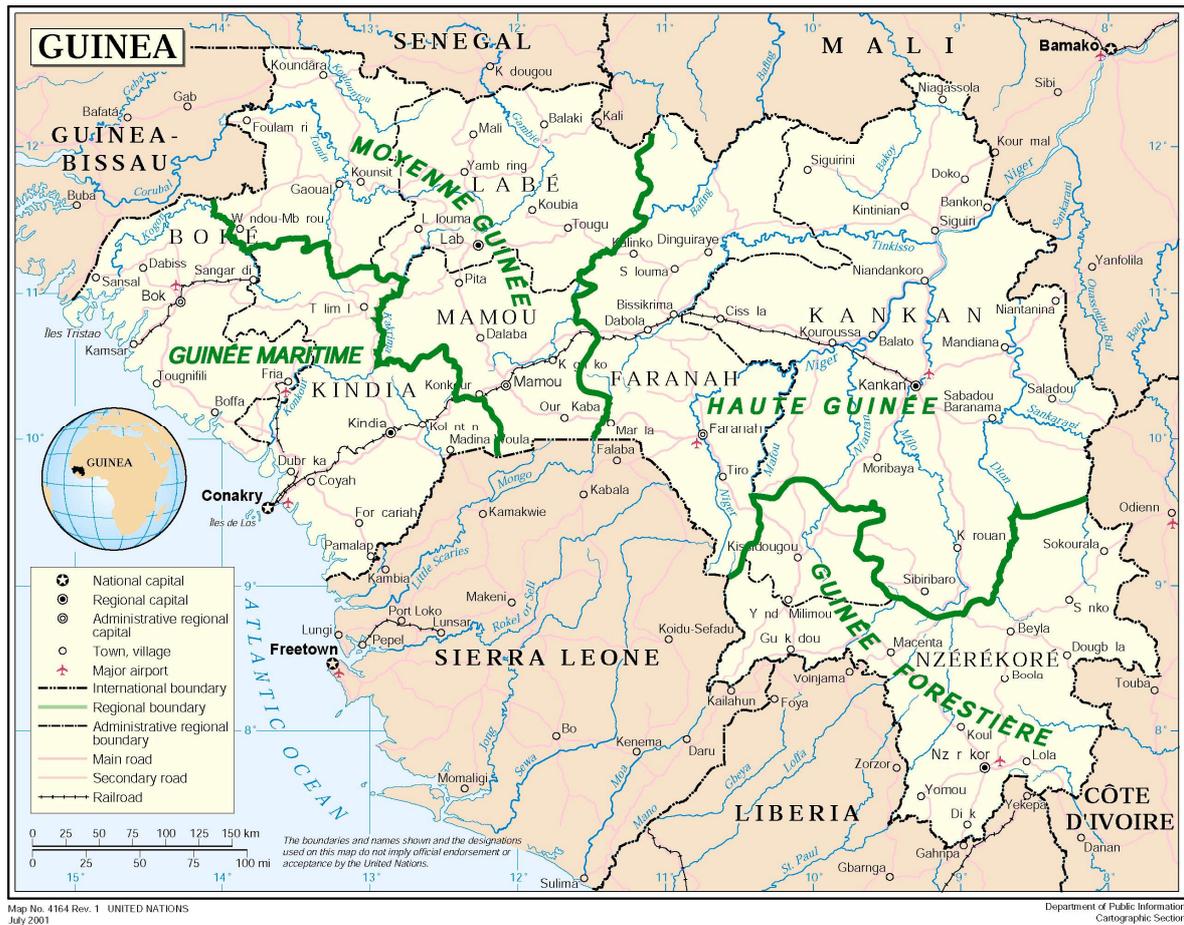
Située en Afrique de l'Ouest, la Guinée couvre une superficie de 245.860 km² (environ la moitié de la France métropolitaine). Selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1996, elle compte 7.156.400 habitants d'où une densité moyenne de 23,1 habitants au km².

La République de Guinée est limitée au nord par le Sénégal et la Guinée-Bissau, au sud par le Liberia et la Sierra Leone, à l'est par le Mali et la Côte d'Ivoire et à l'ouest par l'Océan Atlantique. La façade maritime du pays est de 300 km. La Guinée comporte quatre régions naturelles présentant des particularités du point de vue du climat, du sol, de la végétation et des modes de vie de ses populations. Ainsi, la mangrove³ caractérise la Guinée Maritime ou Basse Guinée, la forêt clairsemée la Moyenne Guinée, la savane la Haute Guinée et la forêt dense la Guinée Forestière (voir Carte I-1).

Le climat est tropical, caractérisé par deux saisons dans l'année : la saison sèche de novembre à avril et la saison des pluies de mai à septembre. En Guinée Maritime, la saison des pluies dure six mois avec de fortes précipitations, notamment de mi-juillet à mi-septembre.

³ La mangrove est une formation végétale caractéristique des littoraux marins tropicaux, où dominent les palétuviers, des arbres aux racines aériennes et verticales qui croissent dans la vase.

Carte I-1
Carte de la Guinée et de ses régions naturelles.

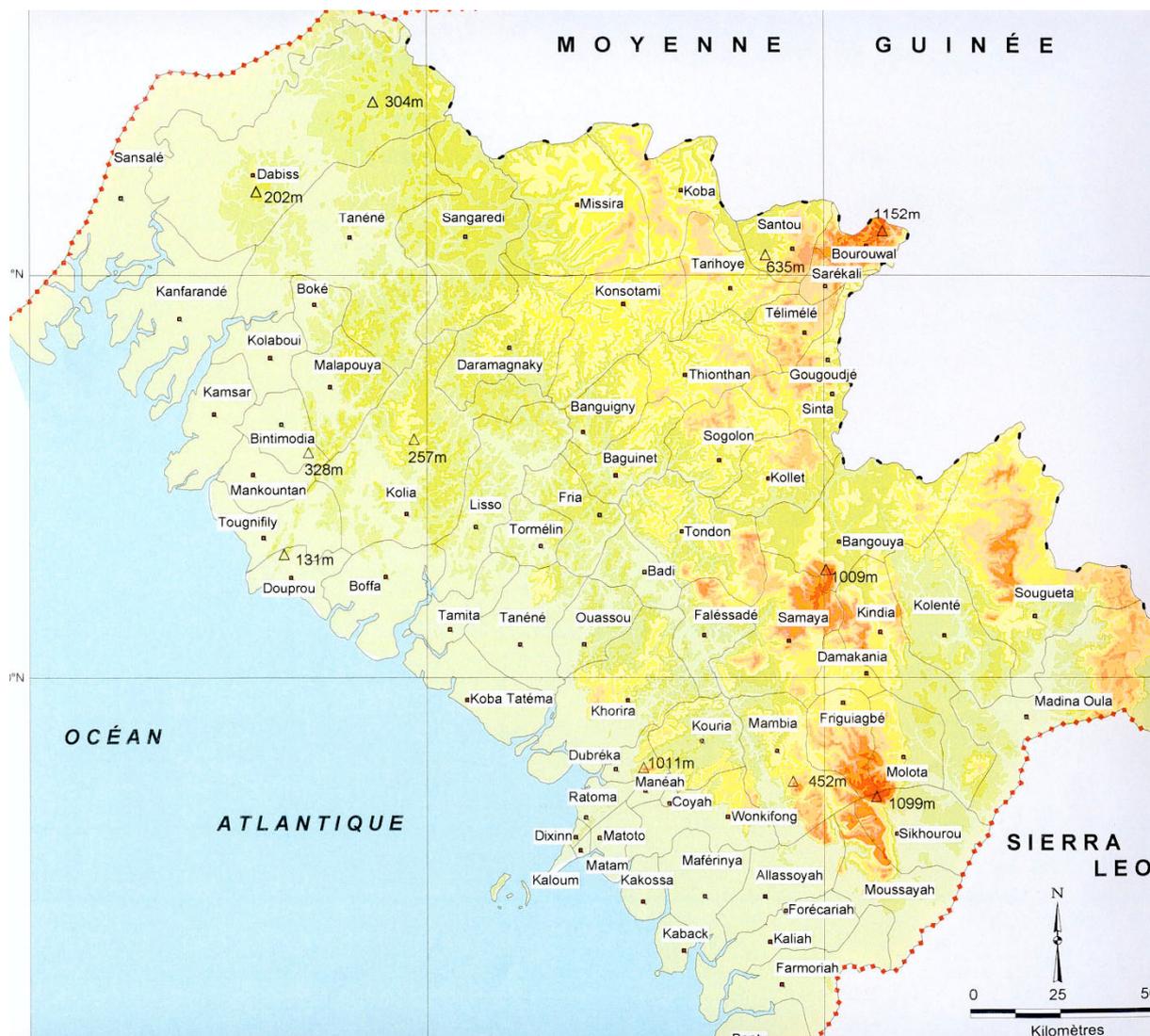


La Guinée Maritime est constituée par la plaine côtière large de 50 à 90 km et couvre une superficie de 36.133 km². Elle est traversée par des fleuves sinueux, au cours lent, la marée de faisant sentir jusqu'à 40 km à l'intérieur des terres. La côte est bordée le plus souvent de mangrove. C'est une région très humide au climat intertropical ou subguinéen.

L'agriculture emploie la majorité de la population (environ les trois quarts). En Guinée Maritime, sont cultivés principalement le riz, l'arachide, le manioc, le fonio et les patates douces. La riziculture occupe une place importante étant donné que le riz est la base de l'alimentation des populations.

La Guinée dispose de ressources minières très importantes. Les activités minières assurent en effet 80% des recettes d'exportation du pays. La Guinée est le deuxième producteur mondial de bauxite derrière l'Australie. Elle possède le tiers des réserves mondiales connues. La Guinée Maritime accueille les trois sites les plus importants du complexe minier du pays : celui de Fria exploité par le consortium FRIGUIA et exporté par le port de Conakry, celui de Boké-Ségarédi exploité par la Compagnie de Bauxite de Guinée (CBG) et dont la production brute est exportée par le port de Kamsar, et enfin le site de Kamsar également exploité par la CBG. La ville de Kamsar se situe à proximité des sous-préfectures de Kanfarandé et de Mankoutan (voir Carte I-2).

Carte I-2
Carte de la Guinée Maritime



Source : Atlas infogéographique de la Guinée Maritime, [6].

Bien que cette industrie représente un fort potentiel de richesses au niveau national, les répercussions locales sont faibles. D'une part, elle ne génère pratiquement pas d'emplois pour les habitants de la sous-préfecture de Kanfarandé. D'autre part, la présence de l'usine provoque une augmentation de la boue dans la baie maritime, ce qui dégrade les digues, fait fuir les poissons et les crustacés et rend la pêche à pied plus difficile. Enfin, les poussières et les gaz nocifs produits entraînent une augmentation des maladies respiratoires dans la région.

Selon le PNUD et la Banque Mondiale, la pauvreté est un phénomène complexe et pluridimensionnel qui ne peut être réduit à la seule dimension économique. Le PNUD a donc élaboré un Indice de Pauvreté Humaine (IPH) qui intègre la proportion de personnes risquant de décéder avant 40 ans, la proportion d'adultes analphabètes, la proportion de personnes privées d'eau potable, celle de personnes n'ayant pas accès aux services de santé et celle d'enfants souffrant de malnutrition. Selon le classement selon l'IPH réalisé par le PNUD, la Guinée occupe entre 1992 et 1994 la 174^{ème} place sur 174 pays. En 1999, elle se classe 161^{ème} et en 2000 162^{ème}. En 2002, elle était 159^{ème} dans le classement de l'IDH⁴. Pour la Banque Mondiale, la Guinée appartient aux pays ayant les plus faibles revenus par habitant (moins de 1 \$US par habitant et par jour) et aux pays les plus endettés. Selon son profil de pauvreté, 40% de la population guinéenne vit sous le seuil de pauvreté (moins de 300 \$US par personne et par an). Nous pouvons donc considérer la République de Guinée comme un des pays les plus pauvres.

⁴ L'IDH ou Indice de Développement Humain prend en compte l'espérance de vie, le taux d'analphabétisme, le taux brut de scolarisation et le PIB. Source : PNUD [11].

2. Le système de santé en Guinée.

La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée en 1978 à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, co-parrainée et organisée par l'OMS et l'UNICEF, stipulait que les Soins de Santé Primaires (SSP) sont le moyen qui permettra d'atteindre la *santé pour tous* dans le cadre d'un développement global.

La Conférence a défini les SSP comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. »

La Déclaration d'Alma-Ata indique que les SSP doivent comprendre au moins les éléments suivants : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ; la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ; la prévention des endémies locales et la lutte contre ces endémies ; le traitement des maladies et lésions courantes; et la fourniture de médicaments essentiels.

La Conférence a souligné que chaque pays doit interpréter et adapter les SSP dans son propre contexte social, politique et de développement. Tous les pays doivent mettre sur pied des systèmes nationaux complets de soins de santé, dont les SSP doivent faire partie intégrante.

En 1988, la Guinée adopte les résolutions de Alma-Ata et lance le programme national de Soins de Santé Primaires / Programme Élargi de Vaccination / Médicaments Essentiels (SSP/PEV/ME) avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS. à cela vient s'ajouter le programme de réforme hospitalière.

Le cadre institutionnel actuel du ministère de la santé ne permet pas d'assurer l'efficacité des structures de service de santé. Les points de rattachement des directions centrales, l'ancrage institutionnel de certains projets et programmes, les pouvoirs de tutelle vis à vis des établissements publics administratifs (EPA), la superposition des fonctions de direction et d'inspection, sont des obstacles à la réussite de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Dans le domaine des infrastructures et de l'équipement, avec les efforts fournis par le Gouvernement, on dénombre actuellement 370 centres de santé et 402 postes de santé fonctionnels, soit un ratio moyen de un centre de santé pour 20.564 habitants, avec une fluctuation très importante entre les régions. Malgré ces efforts, la couverture sanitaire n'est pas encore optimale. À cela s'ajoute un manque important de personnel.

En outre certaines infrastructures construites au début du programme des soins de santé primaires ne répondent plus aux normes requises pour la prise en charge des patients. Il n'existe pas de système performant de maintenance des infrastructures et des équipements.

La part du budget de l'État alloué au ministère de la santé publique (4,5%) est en baisse depuis 1997. Le taux de décaissement de ce budget est faible, en moyenne de 60%. Malgré les dispositions de la politique sanitaire, la verticalité de la majorité des programmes de lutte contre les maladies constitue un obstacle. Elle favorise une approche centralisée et provoque une interférence des services déconcentrés par manque de coordination.

La Guinée fait partie des *pays pauvres très endettés*. Le gouvernement guinéen a mis en place en 1996-1998 un Programme National de Développement Humain (PNDH) afin d'améliorer les conditions de vie de la population. Divers programmes ont été mis en place dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, de l'approvisionnement en eau et des transports. Mais la plupart ont échoué du fait d'un manque de coordination des différents intervenants. Depuis, une approche intégrée de la problématique a vu le jour avec la rédaction d'un Document Stratégique de Réduction de

la Pauvreté (DSRP). « L'objectif général de la stratégie, tel que formulé par les populations, est la réduction significative et durable de la pauvreté en Guinée. Les objectifs spécifiques qui sous-tendent cette réduction de la pauvreté ressortent des principales préoccupations exprimées lors des consultations à la base. Il s'agit d'augmenter les revenus, d'améliorer l'état de santé, le niveau d'éducation et, plus généralement, les conditions de vie et d'épanouissement des populations et particulièrement des plus pauvres.⁵ »

Cela correspond à la logique de la Banque Mondiale (BM) et du Fond Monétaire International (FMI) qui consentent à une remise de la dette en échange d'engagements dans la réduction de la pauvreté à moyen terme, mesurée par des indicateurs économiques, sociaux et démographiques. Il y a donc nécessité d'évaluer et de suivre la pauvreté en Guinée. Ainsi, a été mis en place le SISRP ou Système d'Informations Statistiques de Réduction de la Pauvreté. « Il s'agit notamment d'enquêtes quantitatives et qualitatives dont la principale est l'Enquête intégrée de Base pour l'Évaluation de la Pauvreté. [...] Pour consolider le processus participatif engagé lors de l'élaboration du DSRP et l'intégrer au niveau suivi évaluation de la stratégie, des enquêtes de perception seront réalisées sur les questions de pauvreté, d'impact des résultats des programmes et projets de réduction de la pauvreté. [...] Les résultats de toutes ces opérations seront largement diffusés au niveau des populations.⁶ »

Dans le domaine de la santé, le DSRP préconise que : « l'action publique s'inscrira autour des quatre orientations stratégiques ci-après : (1) l'amélioration de l'accès des pauvres aux services de santé essentiels de qualité, (2) l'amélioration du contrôle social et de la capacité des institutions décentralisées selon le principe de participation communautaire, (3) le renforcement et démedicalisation de la lutte contre le VIH/sida, et (4) la lutte contre les carences nutritionnelles. [...]

⁵ DSRP [7].

⁶ *Ibidem.*

Conformément au processus de décentralisation engagé à l'échelle nationale et au principe de participation communautaire, le développement sanitaire impliquera plus largement mes structures déconcentrées (région, préfecture, sous-préfecture) et décentralisées (CRD, commune urbain et district/quartier). À terme, une autonomie de gestion leur sera accordée, ce qui engagera aussi leur responsabilité dans l'analyse de la situation, la planification, la gestion et l'évaluation des performances réalisées. »

En Guinée, le système de soins s'organise en trois niveaux. Tout d'abord, le *niveau central* qui comprend l'essentiel des organes de décisions dont le Ministère de la Santé Publique et les deux CHU du pays. Puis le *niveau régional* avec notamment une Inspection Régionale de la Santé (IRS) chargée de la gestion du personnel, des vaccins et des médicaments. Chaque région compte un hôpital régional pouvant couvrir l'ensemble des soins. Enfin, le *niveau local* avec la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) et l'hôpital préfectoral. Chaque sous-préfecture comporte centre de santé. Les postes de santé dépendent du centre de santé de leur sous-préfecture. Ils sont installés dans les districts les plus difficiles d'accès.

Parallèlement se développe une offre privée (médecins, pharmacie...). Cela concerne peu les habitants de la sous-préfecture de Kanfarandé.

3. Présentation de l'enquête.

Les enquêtes Population, Pauvreté et Environnement (PPE) initiées par le laboratoire Populations & Interdisciplinarité (POPINTER) de l'université René Descartes Paris 5, en partenariat avec la Direction Nationale de la Statistique de Guinée (DNS), rentrent parfaitement dans le cadre du DSRP. Réalisées grâce à l'appui du Programme des Nations Unis pour le Développement (PNUD), du Service de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC) et de l'Agence Française pour le Développement (AFD)⁷, elles viennent en complément d'autres enquêtes.

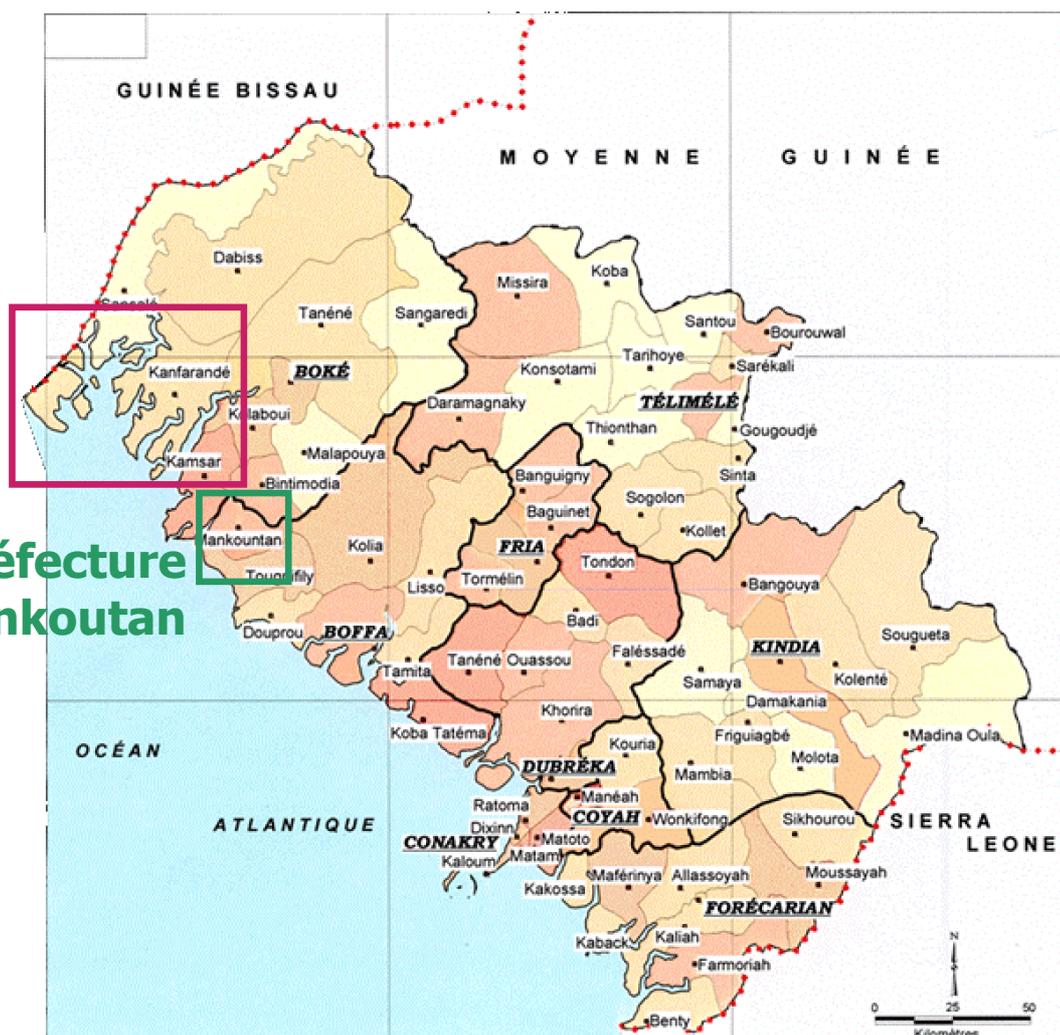
⁷ Exécution confiée à l'Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP).

Carte I-3

Sous-préfectures enquêtées.

Sous-préfecture
de Kanfarandé

Sous-préfecture
de Mankoutan



Source : Atlas infogéographique de la Guinée Maritime [6].

Les enquêtes Population, Pauvreté et Environnement repose sur « une méthodologie déjà testée lors de précédentes enquêtes tant en Afrique qu'en Asie sur différents thèmes : l'adhésion à la planification familiale au Sénégal et à l'île Maurice, les migrations internationales au Mali, les attitudes et comportements face au VIH au Cameroun, Sénégal, Burundi, la politique de population au Vietnam par exemple.⁸ » Il s'agit de monographies de villages reposant sur un recueil de données à la fois quantitatives et qualitatives. Véronique PETIT, directrice scientifique du projet, a clairement mis en évidence les limites de la collecte de données quantitatives dans des

⁸ Introduction de Véronique PETIT au séminaire de présentation des résultats provisoires de l'enquête 2003 [13].

pays en développement comme la Guinée. « Les limites qu'imposent les données quantitatives, données imparfaites en raisons du contexte socioculturel qui est celui de la sous-préfecture de Kanfarandé, montre l'importance qu'il faut accorder au travail de recueil de données dites qualitatives. En effet, seules ces données socio-anthropologiques, historiques permettent de redonner un sens aux données quantitatives. Elles permettent de les recadrer, de les contextualiser. Elles permettent également de faire émerger les logiques sociales qui sont à l'œuvre derrière les chiffres présentés, que ces logiques soient à un niveau individuel, familial ou communautaire. Toutefois il ne faut pas céder à la tentation de déconsidérer les données quantitatives en raison de leur imperfection relative, il faut juste être conscient de leurs limites afin de ne pas les interpréter abusivement.⁸ »

Deux enquêtes ont déjà été réalisées en Guinée Maritime (voir Carte I-3). L'objectif, à terme, est de couvrir l'ensemble des quatre régions naturelles de la Guinée. La sous-préfecture de Kanfarandé a été choisie car elle faisait partie des zones tests de l'Observatoire de la Guinée Maritime (OGM). Dans la sous-préfecture, quatre villages ont été retenus. Ils ont été sélectionnés selon une dichotomie plateau / mangrove afin de pouvoir opérer des comparaisons. Ainsi, trois villages de plateau et un village de mangrove ont été enquêtés dans la sous-préfecture de Mankoutan en 2002, et trois villages de mangrove et un de plateau dans celle de Kanfarandé en 2003. L'effectif de la population des villages a également été pris en compte afin d'avoir un nombre suffisant de personnes enquêtées. Les villages retenus sont Victoria⁹, Kibanco, Koukouba et Lansanaya dans celle de Kanfarandé (voir Carte I-4).

⁹ Il s'agit de Kanfarandé centre. Victoria est le nom historique de ce district central. Afin d'éviter les confusions, nous utiliserons donc Victoria pour désigner le district et Kanfarandé pour la sous-préfecture.

Carte I-4

Carte de la sous-préfecture de Kanfarandé.



Source : Atlas infogéographique de la Guinée Maritime [6].

L'enquête s'est déroulée de mi-décembre 2002 à fin janvier 2003.

Un recensement de la population a d'abord été réalisé dans les villages. Les variables recueillies sont les suivantes :

- âge,
- sexe,
- ethnie,
- statut matrimonial,
- lien de parenté avec le chef de ménage et avec le chef de noyau¹⁰,
- statut résidentiel,
- confiage des enfants,
- scolarité,

¹⁰ On appelle chef de noyau toute personne mariée, vivant dans la concessions dont la femme est présente avec ou sans enfants, apparentée ou non apparentée au chef de famille.

- statut migratoire (motif, durée, destinations des migrations, relations économiques avec la famille).

Outre la composition des familles, une *fiche d'habitation* décrit les caractéristiques du logement : nombre de pièces, existence ou non d'équipements sanitaires et ménagers, moyens de locomotion, accès à l'eau potable. Il est alors possible de construire des indicateurs de pauvreté par rapport aux conditions de vie des ménages (par exemple : nombre de personnes vivant par pièce, type de construction des maisons, nombre de champs possédés).

Dans le cadre de l'enquête quantitative, des questionnaires socio-démographiques ont été administrés aux hommes âgés de 18 à 69 ans et aux femmes de 15 à 69 ans. La collecte a été établie selon un échantillonnage aléatoire. 400 hommes et 400 femmes ont été interrogés. Les questionnaires comportaient les modules suivants :

- caractéristiques individuelles,
- nuptialité et choix du conjoint,
- fécondité,
- santé,
- santé des enfants et planification familiale (pour le questionnaire femme uniquement),
- budget du ménage,
- nature des activités économiques (agriculture, pêche, etc.),
- perception des problèmes liés à l'environnement,
- parcours migratoires.

En complément de l'enquête quantitative, des données d'ordre qualitatif ont aussi été collectées :

- entretiens auprès d'informateurs privilégiés (présidents de districts, chefs religieux, directeurs d'écoles et instituteurs, présidentes des femmes,

responsable du centre de santé, tradipraticiens, responsable des registres démographiques, sages du village).

- entretiens auprès de villageois identifiés et choisis au cours du recensement et de la passation des questionnaires en raison de leurs caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, statut matrimonial, parcours migratoire, nombre d'enfants).

Avec l'ensemble de ces personnes, les thèmes suivants ont été abordés : histoire et stratégies migratoires au niveau individuel et familial, retour au village, division des tâches au sein de la famille, mariage et choix du conjoint, activités économiques, santé et parcours thérapeutiques et pratiques de santé chez les migrants de retour¹¹, scolarisation et éducation des enfants, système d'entraide, prise de décisions dans le ménage.

Enfin, ont été listées et reportées sur des plans des villages les infrastructures sanitaires, scolaires, administratives, économiques, religieuses et culturelles.

Tableau I-1
Bilan de la collecte.

Enquête Quantitative	
Fiches habitation	364
Personnes recensées	5.208
Questionnaires hommes	400
Questionnaires femmes	400

Enquête Qualitative	
Entretiens informateurs privilégiés	26
Entretiens population	93

Données Communautaires	
Listes des infrastructures	4
Plans des villages	4

Source : Rapports du séminaire de présentation des résultats préliminaires [13].

¹¹ On définit par migrant de retour toute personne née au village, présente au moment du recensement et ayant effectué une migration d'une période supérieure à 6 mois.

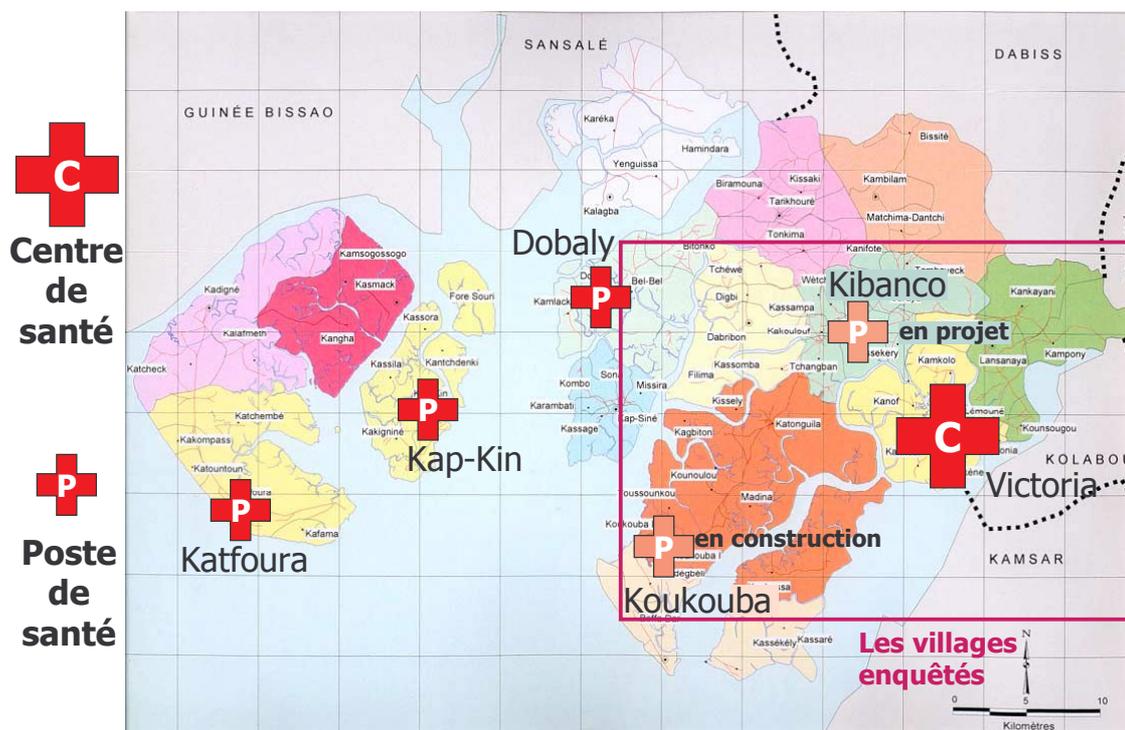
4. Le système de soins dans la sous-préfecture.

4.1 Les infrastructures de santé.

La sous-préfecture de Kanfarandé dispose d'un centre de santé à Victoria et de trois postes de santé à Katfoura, Kap-kin et Dobaly. Par ailleurs, un poste de santé est en construction à Koukouba (voir Figure I-1) et un projet est lancé à Kibanco.

Carte I-5

Structures de santé dans la sous-préfecture de Kanfarandé.



La situation géographique de la sous-préfecture conditionne un accès plus ou moins rapide aux infrastructures les mieux équipées de la région :

- À Boké : un hôpital public et un centre de santé.
- À Kolaboui : un centre de santé.
- À Kamsar : un centre de santé, un dispensaire, un hôpital public, un hôpital privé de la CBG (Compagnie de Bauxite de Guinée).

Aussi sur les quatre villages étudiés, seul Victoria dispose actuellement d'une structure de santé.

Figure I-1

Le poste de santé de Koukouba en construction



Carte I-6

Les Infrastructures de santé proches de Kanfarandé.

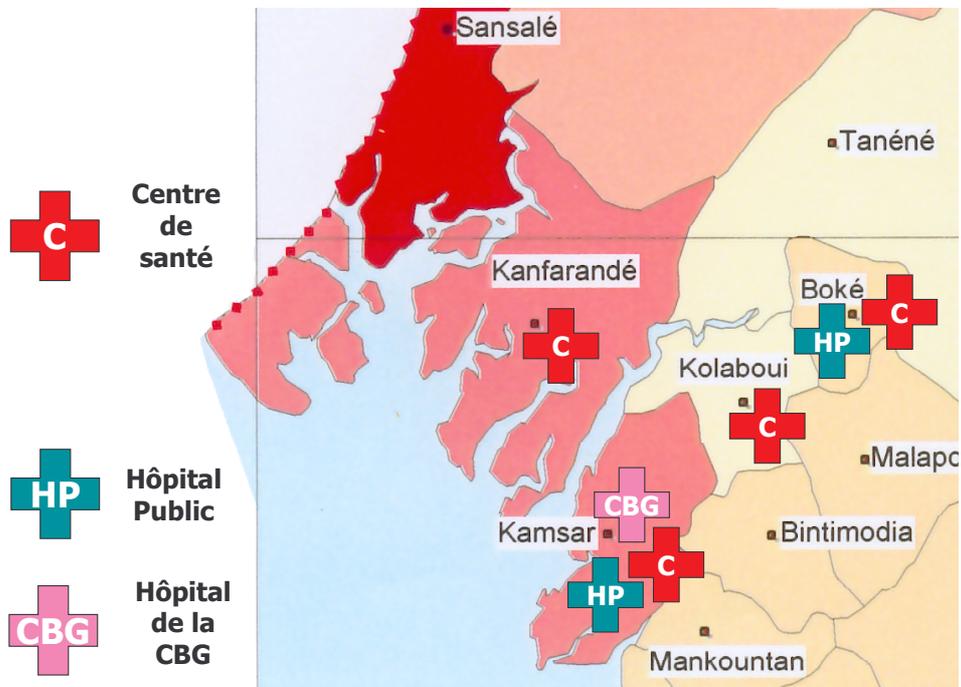


Figure I-2
Le Centre de Santé de Kanfarandé



Le centre de santé de Kanfarandé s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Soins Primaires (SNSP). Sa construction remonte à l'époque coloniale¹². L'ancien dispensaire a fait l'objet d'une extension en 1995, avec le concours des ressortissants de Kanfarandé qui se sont groupés en association, l'UDESKA ou Union pour le Développement Économique et Social de Kanfarandé, afin de promouvoir la sous-préfecture. C'est cette

¹² Il faut savoir que la sous-préfecture de Kanfarandé a connu un développement économique important par le passé, avant de décliner. « La sous-préfecture de Kanfarandé, alors connue sous le nom de Victoria, était, en 1958, la deuxième ville du Cercle de Boké, bien loin devant Kamsar, Bintimodia et Boulléré. À cette époque déjà, l'Arrondissement possédait des infrastructures économiques et sociales appréciables : port et débarcadères, postes et télécommunications, école et centre médical, ainsi que de nombreuses maisons commerciales. En outre, la ville de Victoria, chef lieu de l'Arrondissement, abritait plusieurs délégations des services administratifs centraux : douanes, agriculture, eaux et forêts, travaux publics, garde territoriale, etc. Avec le temps, et depuis bientôt trois décennies, toutes ces infrastructures, notamment économiques, ont fini par disparaître sous l'effet conjugué de divers facteurs parmi lesquels : la politique d'étatisation et de collectivisation liée à la nouvelle orientation économique du pays, l'interdiction, puis la suppression du commerce privé, les effets pervers de la création du complexe industriel et minier de Kamsar, le laxisme des cadres originaires et l'abandon de la sous-préfecture par les autorités publiques de la préfecture. »
Source : UDESKA [16], page 6.

même association qui est à l'origine du poste de santé actuellement en construction à Koukouba et du projet à Kibanco.

Le centre de santé en tant que tel existe depuis 1990. M. GONO en est l'actuel responsable. Il y a été muté en 1998. Il a une formation nationale d'infirmier de trois ans post-baccalauréat. Il est assisté de deux agents de santé et de deux matrones. Un comité de gestion composé de six personnes représente la population. Si le centre de santé ne peut prendre un patient en charge, ce dernier est alors référé à l'hôpital de Boké (la préfecture).

4.2 Accessibilité du Centre de Santé.

L'accès au centre de santé de Kanfarandé est très différent d'un village à l'autre.

- Pour **Victoria** et **Lansanaya**, l'accès est relativement rapide et facile du fait de la proximité (inférieur à 5 km).

Lansanaya
5 km

- 1h à pied
- 20' à vélo
- 10' à moto



- Pour **Kibanco**, l'éloignement géographique (17 km), la piste dégradée et le manque de moyens de transports représentent un frein à l'accès immédiat au centre de santé de Kanfarandé. L'enclavement de ce village réduit donc l'accessibilité aux méthodes de soins modernes. Le plus souvent les malades sont évacués vers Victoria soit à vélo (ce qui représente deux heures de transport) soit à pied, portés dans un hamac (quatre heures environ). Aussi

le centre de santé de Kanfarandé est équipé d'une moto pour permettre aux populations une consultation plus régulière. Les agents de santé peuvent ainsi se rendre une fois par mois à Kibanco afin d'effectuer un suivi médical de la population du village. Toutefois, cette solution a une efficacité limitée en saison des pluies en raison de l'état de la piste qui à cette période est quasi impraticable. Le poste de santé de Kibanco n'est pour l'instant qu'un projet. Une contribution de l'ensemble des habitants a été mise en place afin de pouvoir récolter de quoi acheter les matières premières nécessaires à sa construction.

- Kibanco**
17 km
- 4 h à pied
 - 2 h à vélo
 - 1 h à moto



- À **Koukouba**, l'accès au centre de santé de Kanfarandé est compliqué par l'éloignement géographique (45 km), il faut compter environ une journée de transport. De plus, comme un bras de mer doit être traversé, il est impossible de se rendre au centre de santé à tout moment de la journée. D'ailleurs le centre de santé limite ses visites à Koukouba et n'effectue qu'une visite annuelle à l'école. De ce fait, la population privilégie les structures de santé de Kamsar. D'autant plus que l'accès est facilité depuis quelques années par la gratuité de la barque à moteur pour les personnes allant consulter. La seule contrainte à cette solution est la dépendance

envers les marées. Les Peuls de Madina¹³ bénéficient, eux, d'un accès privilégiés à Boké. Un poste de santé était en construction pendant notre passage. La construction doit probablement être terminée aujourd'hui. Cependant, la question du personnel et matériel n'avait pas encore été réglée à notre départ.

- Koukouba**
45 km
- 1 journée à pied de Victoria
- Koukouba à Kamsar**
- 2h barque à moteur
- 8h pirogue



4.3 Les tarifs des soins.

4.3.1 Le centre de santé de Victoria

Nous avons recueilli les coûts de consultations et de traitements. Ils varient de 600 FG à 2.500 FG pour les personnes de cinq ans et plus (moitié prix avant cet âge). Ils permettent au budget du centre de santé d'être équilibré tout en restant accessible à la majorité de la population. Les prix sont fixes, non négociables. Les frais de santé doivent être versés au moment du soin.

Pour les élèves de Victoria, un système d'entraide a été mis en place par les enseignants, car ces derniers étaient, de par leur statut de fonctionnaire, fréquemment sollicités par les parents d'élèves pour payer les frais de santé. Ce système d'entraide fonctionne grâce à une caisse qui est alimentée par la confection de briques par les

¹³ Madina est l'un des trois secteurs recensés dans le district de Koukouba. Alors que Koukouba I et Koukouba II, les deux autres secteurs sont essentiellement peuplés de Nalou, Madina n'est presque composé que de Peul. Madina se trouve à 45 minutes à pieds de Koukouba I.

collégiens et de gravier et bois ramassés par les écoliers. En cas de maladie d'un élève, les frais de consultation de ce dernier seront pris en charge par cette caisse.

4.3.2 L'hospitalisation

Quand l'hospitalisation s'avère nécessaire, les frais à engager sont très élevés, ils s'élèvent au minimum à la hauteur de 50.000 FG. Les patients doivent réunir la somme nécessaire avant même l'hospitalisation, puisque aucun soin n'est dispensé si le malade n'est pas en mesure de régler la consultation et le traitement.

Nous n'avons pas observé de système communautaire d'entraide à l'exception des élèves de l'école de Victoria dont la caisse peut prendre en charge les frais d'hospitalisation.

4.3.3 Les tradipraticiens :

Le coût des tradipraticiens est très variable. En règle générale, il faut d'abord amener la Kola ou le prix de la Kola. Cette démarche tient plus à la tradition et à la symbolique qu'à un véritable paiement.

Figure I-3

Photo de noix de Kola.



Trois types de démarches de paiement ont été observés :

- Le tradipraticien ne fixe pas de prix. Si le soin à réussi, la personne qui consulte versera une somme d'argent et/ou un complément en nature (poulet, pagne...) selon ses moyens. Cette pratique se rencontre à Victoria et à Kibanco.
- Les guérisseurs fixent un prix modéré à l'avance variant d'environ 500 FG à 5.000 FG accompagné ou non de riz, poulet, et/ou pagne. Ces prix restent négociables. Cette pratique est courante à Kibanco, Koukouba et Lansanaya.
- Certains tradipraticiens de Lansanaya, le plus souvent très renommés, pratiquent des tarifs très élevés pouvant atteindre 200.000 FG voire 500.000 FG.

Notons par ailleurs, que les personnes les plus démunies peuvent dans les deux premiers cas ne rien ajouter au prix de la Kola initialement donné. Le recours à la médecine traditionnelle offre l'avantage de pouvoir négocier le montant et le mode de paiement (comptant, échelonné, paiement différé...).

5. La base de données *maladies*.

La majorité de nos analyses quantitatives ne porteront pas sur une base de données composées d'individus, mais de maladies. Dans les questionnaires, nous avons posés aux hommes et aux femmes des questions sur leurs deux dernières maladies. Les femmes ont également été interrogées pour les deux dernières maladies de leurs enfants.

Nous avons donc construit, à partir des données de ces deux questionnaires, en harmonisant les noms des variables, une base de données où chaque ligne représente une maladie. Nous avons également incorporé dans notre fichier un certain nombre de données issues du recensement qui concerne soit l'individu lui-même, soit le ménage auquel il appartient.

Étant donné que certains individus n'ont déclaré qu'une seule maladie, et d'autres aucune, un tri à plat sur une caractéristique individuelle comme l'âge ne sera pas représentative de notre population. Analyser des caractéristiques liée à une maladie (comme le coût du soin par exemple) selon une ou plusieurs caractéristiques de l'individu sera par contre pertinent.

Les données quantitatives que nous exploitons ne sont pas sans limite. Elles présentent un certain nombre d'imperfections que nous devons garder à l'esprit tout au long de ce mémoire.

Tout d'abord, le terme de maladie n'est pas défini dans les questionnaires. Cela fait donc appel à la subjectivité des personnes interviewées. Ce sont elles qui vont décider ce qu'elles considèrent comme une maladie et ce qui ne l'est pas. Cependant, notre question est formulée de telle manière (*La dernière fois que vous avez été malade, où vous êtes-vous rendu(e) pour vous faire soigner ?*) qu'elle laisse supposer qu'il n'y a maladie qu'à partir du moment où il y a soin¹⁴. Là encore, la notion est subjective. « Les soins constituent au premier abord un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière "normale" ou "autonome" au sein de la collectivité. En plus de l'auto-diagnostic et de l'entretien du corps au quotidien, on peut associer aux soins les tâches d'apprentissage et d'éducation (hygiène, alimentation, prévention), de médiation avec les autres soignants et les institutions, ainsi que les dimensions relationnelles et émotionnelles de l'accompagnement. Parce qu'ils sont rencontre et présence, par leur caractère essentiellement relationnel, ils se déploient en soulevant les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité.¹⁵ »

¹⁴ À condition que l'interprète fasse une traduction fidèle. Que ce soit pour les questionnaires ou les entretiens, il ne faut jamais oublier que toutes les informations dont nous disposons sont passées par le filtre de la traduction. Par exemple, pour les entretiens, s'il nous est possible d'effectuer une analyse sur le fond de ce qui est dit, procéder à une étude lexicale fine n'aurait aucun sens.

¹⁵ SAILLANT Francine et GAGNON Éric [14].

À partir de quel moment considère-t-on un petit ennui de santé comme méritant d'être relaté à un enquêteur ? Certains vont nous citer par exemple des maux de têtes que d'autres auraient considéré comme trop insignifiant pour être déclarés. À cela s'ajoute la question de l'intimité. Les personnes interrogées ne souhaitent pas forcément, par timidité, pudeur ou intimité, nous révéler ce qu'elles ont eu. Je pense notamment à un jeune homme qui était gêné de me dire qu'il avait attrapé une « *chaude-pisse* ».

Les personnes interviewées ont souvent tendance à s'autocensurer en fonction de la représentation qu'elles ont de ce que moi, enquêteur blanc européen, attends comme réponse. Cela joue notamment sur le premier lieu de soin. Certaines personnes déclarent tout d'abord qu'elles sont allées directement au Centre de Santé, alors que, dans la suite de la suite de l'interview, il s'avère qu'elle avait d'abord été consulter un tradipraticien. Or, en tant que blanc européen, certains pensent que je porte un jugement négatif sur les pratiques traditionnelles¹⁶.

Ces questions demandent également aux personnes interrogées un effort de remémoration d'où des données parfois imprécise ou incomplètes.

Tous n'ont pas déclaré deux maladies, soit parce qu'ils ont refusé, soit qu'ils ne s'en souvenaient plus, soit qu'ils n'étaient pas concernés (maladies des enfants pour les femmes qui n'en ont pas encore et celles dont tous les enfants sont adultes). Le maximum théorique de maladies observables est de 2.400¹⁷. Nous en avons recueilli 1.873 qui constituent notre fichier de travail.

Pour chaque maladie, nous connaissons le premier lieu de soin et le cas échéant les seconds et troisièmes lieux. Concernant le montant et le règlement du soin, nous ne disposons de données que pour le premier lieu de soin. Notre travail s'arrêtera donc à ce premier lieu de soin uniquement.

¹⁶ Il faut dire que la médecine traditionnelle africaine a souvent été dénigrée par des occidentaux.

¹⁷ $2.400=400*2+400*4$. Deux maladies pour chacun des 400 questionnaires hommes et quatre (en raison de celles des enfants) pour chacun des 400 questionnaires femmes.

II. Le Constat.

Nous allons d'abord mettre en évidence l'existence de différents modèles de financement, puis nous regarderons l'effet de variables propres aux soins (coût du soin, lieu du soin et type de maladie) sur ces modèles de financement.

1. Des modèles de financement différents.

Face à un problème de santé, les individus peuvent être confrontés à des situations différentes :

- ils peuvent être soignés gratuitement, par exemple en prenant une préparation à base de plantes qu'ils préparent eux-mêmes ;
- ils peuvent régler seuls le montant du soin ;
- ou bien ils peuvent être aidés, totalement ou en partie, pour payer l'intégralité des soins.

Le Tableau I-1 montre quelle a été la situation pour le premier lieu de soin de chacun des problèmes de santé recensés dans les questionnaires.

Tableau II-1
Répartition des maladies selon le type de financement.

Type de financement (1 ^{er} lieu de soin)	Effectif	Pourcentage
Soin gratuit.	353	19,5
La personne paie seule.	708	39,2
La personne est aidée.	745	41,3
<i>Ensemble</i>	<i>1.806</i>	<i>100%</i>

Données manquantes : 67 sur 1.873 (3,6%).
Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Il apparaît que dans un cas sur cinq, la première action de santé est gratuite. Lorsque celle-ci est payante, une fois sur deux la personne a demandé de l'aide. Dans cette dernière situation, les recours sont multiples (Tableau II-2) :

- le conjoint,
- les autres membres de la concession,
- la famille hors concession
- et enfin d'autres personnes telles que des voisins ou des amis.

Tableau II-2
Personnes ayant aidé.

Personne ayant aidé	Effectifs	Pourcentage
Conjoint	336	47,5
Autres membres de la concession	133	18,8
Conjoint + membres de la concession	1	0,1
Famille hors concession	191	27,0
Conjoint + Famille hors concession	1	0,1
Autre personne	36	5,1
Conjoint + Autre personne	1	0,1
Concession + Autre personne	6	0,8
Conjoint + Concession + Autre personne	1	0,1
Concession + Famille hors concession + Autre personne	2	0,3
<i>Ensemble</i>	<i>708</i>	<i>100%</i>

Données manquantes : 37 sur 745 (5,0%).
Base : maladies pour lesquelles la personne a été aidée, 1^{er} lieu de soin.
Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Quand un individu ne peut faire face seul au coût de son problème de santé¹⁸, il va d'abord s'adresser à son conjoint (47,5% des cas), puis à sa famille hors concession (27,0%), les autres membres de sa concession (18,8%) et plus rarement (5,1%) à des personnes avec lesquelles il ne partage ni lien de parenté¹⁹, ni un même lieu de vie (voisins ou amis par exemple). Les recours multiples sont peu nombreux (1,7%).

¹⁸ Ou à celui de son enfant.

¹⁹ Quand nous parlons de lien de parenté, nous faisons référence à une parenté descriptive, c'est-à-dire qui décrit les liens biologiques et d'alliances par le mariage. Les populations locales usaient le plus souvent d'une parenté classificatoire, c'est-à-dire qu'un même terme désignait non un individu mais toute une classe de parents. Par exemple, le terme *frère* pour désigner tous les hommes d'une même famille, du frère biologique au

Il est possible de représenter ces différents recours à l'aide de cercles concentriques (voir Figure II-1). Au centre se situe l'individu. Le seconde cercle correspond au couple : il englobe le conjoint et le premier cercle de l'individu. Le troisième est celui de la concession et englobe le couple²⁰. Nous parlerons alors de famille proche. Certes, au sein de la concession peuvent vivre des personnes sans lien de parenté avec les autres membres²¹, mais, toujours afin de faire simple, nous considérons que le fait d'habiter la même concession créé un certain nombre de liens. Enfin, la famille élargie englobe la famille proche et la famille hors concession.

Pour faire une typologie simple, on se propose de rattacher les quelques recours multiples au cercle le plus large auquel ils font appel.²²

cousin. Un des travaux des enquêteurs a été de faire préciser systématiquement les personnes enquêtées afin d'obtenir le lien de parenté descriptif.

²⁰ Il est possible pour diverses raisons que le conjoint n'habite pas la même concession. Cependant, afin de simplifier notre propos, nous n'en tiendrons pas compte.

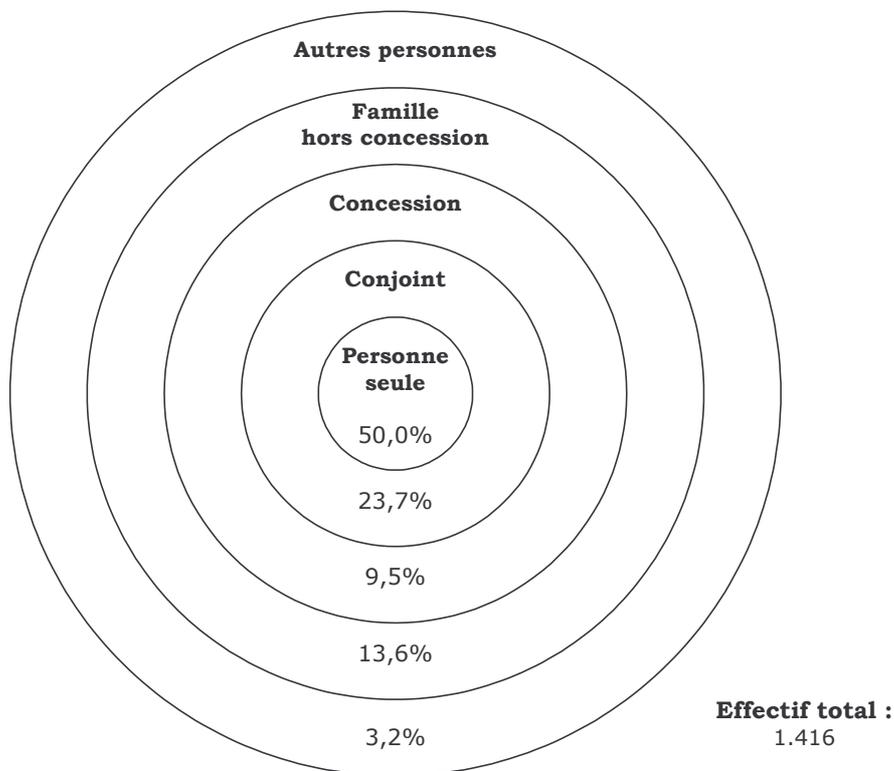
²¹ Dans le recensement, 6,6% des personnes présentes sont déclarées non parente avec le chef de noyau. Avec le lien de parenté avec le chef de famille, on atteint les 10%. Rappelons néanmoins qu'être déclaré non parent dans le recensement ne signifie pas forcément une absence de lien de parenté. En effet, les liens de parenté très éloignés ont été enregistrés au titre de non parent.

On appelle chef de noyau toute personne mariée, vivant dans la concession, dont l'épouse est présente, avec ou sans enfants, apparentée ou non apparentée au chef de famille. On considère qu'il existe un noyau dès qu'il y a un couple (marié ou en union consensuelle). Cependant si une femme marié (par exemple) vit dans la concession de son frère ou de son père tandis que son mari a migré, on la considère comme rattachée au chef de ménage. Ce n'est donc pas un noyau différent. Un homme polygames et ses femmes forment un seul noyau. Les saisonniers sont considérés comme un noyau même s'ils ne sont pas mariés : on ne prend en compte qu'un seul noyau quand ils ont un lien de parenté entre eux.

²² Cette démarche est cohérente avec le premier cercle qui est celui de la personne elle-même. En effet, quand celle-ci est aidée, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne participe pas en partie au règlement du soin. Nous n'avons pas penser à Paris, lors de la préparation des documents d'enquêtes, à intégrer ce renseignement dans le questionnaire. Sur le terrain, cela nous est apparu intéressant de noter si en cas d'aide elle participait également. Cependant, nous ne disposons de cette information dans tous les cas.

Figure II-1

Les différents recours lorsque les soins sont payants.



Données manquantes : 57 sur 1.473 (3,9%).

Base : maladies pour lesquelles le soin est payant, 1^{er} lieu de soin.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Il nous est donc possible de construire une typologie des modèles de financement en fonction du caractère gratuit et/ou payant des soins et du type de recours :

- Soins gratuits,
- Personne paie seule,
- Recours au conjoint,
- Recours à la concession,
- Recours à la famille élargie (hors concession),
- Autre recours.

Tableau II-3

Répartition des modèles de financement.

Modèle de financement	Effectifs	Pourcentage
Soin gratuit	353	20,0
Personne paie seule	708	40,0
Recours au conjoint	336	19,0
Recours à la concession	134	7,6
Recours à la famille hors concession	192	10,9
Autre recours	46	2,6
<i>Ensemble</i>	<i>1.769</i>	<i>100%</i>

Données manquantes : 104 sur 1.873 (5,6%).
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

2. Le coût du soin.

Un même individu peut recourir à différents modèles de financement en fonction de la situation dans laquelle il se trouve. En effet, il peut très bien avoir les moyens de régler seul l'achat de quelques médicaments sur le marché, faire appel à son conjoint lorsqu'il a une dépense un peu plus élevée et demander de l'aide à sa famille élargie lorsqu'il a une importante dépense de santé. D'autre part, la modalité de paiement peut également jouer. Par exemple, une personne qui fait de l'élevage de volaille sera en mesure de régler seule un tradipraticien en nature, alors qu'elle serait obligée d'avoir recours à quelqu'un pour un paiement en liquide.

Tableau II-4

Répartition selon le mode de règlement

Mode de règlement	Effectifs	Pourcentage
Soin gratuit	354	19,5
En argent seulement	1243	68,6
En nature seulement	107	5,9
En argent et en nature	108	6,0
<i>Ensemble</i>	<i>1.812</i>	<i>100%</i>

Données manquantes : 61 sur 1.873 (3,3%).
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Les règlements monétaires sont majoritaires (74,6% contre 11,9%). Nous regarderons donc déjà s'il y a un lien entre le coût des soins réglés en argent et le modèle de financement (Tableau II-5).

Tableau II-5

Modèle de financement selon le coût du soin en argent et valeurs médianes.

Modèle de financement	Coût du soin				Ensemble	Médiane
	1-1.500	1.501-7.500	7.501-50.000	50.001 et +		
Personne paie seule	62,8	46,6	35,6	27,5	51,9	1.200 FG
Recours au conjoint	20,3	26,5	28,2	21,6	23,6	2.000 FG
Recours à la concession	5,3	11,5	16,4	19,6	9,6	4.000 FG
Rec. famille hors concession	9,6	12,3	15,3	13,7	11,5	2.250 FG
Autre recours	2,0	2,9	4,5	17,6	3,4	5.000 FG
<i>Ensemble</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>2.000 FG</i>
<i>Effectifs</i>	<i>562</i>	<i>373</i>	<i>177</i>	<i>51</i>	<i>1.163</i>	

Données manquantes : 188 sur 1.351 (13,9%).

Base : maladies, 1^{er} lieu de soin, soin payant, règlement en argent.

Les montants sont exprimés en Francs Guinéens (2.000 FG = 1 €).

Étant donnée des valeurs extrêmes très importantes, probablement dues à des erreurs de saisies, nous avons préféré utiliser la médiane comme indicateur de tendance centrale car moins sensible aux valeurs extrêmes.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Nous pouvons constater un lien très net entre le coût du soin et le modèle de financement. En effet, plus le coût augmente, moins la personne a la possibilité de pouvoir régler seule, et plus elle a un recours auprès d'autrui.

Il est clair que l'on peut considérer le coût comme un déterminant proche du modèle de financement. Plus le montant du soin est élevé, plus il est probable que l'individu ne puisse pas régler seul ses frais de santé. Il y a donc un effet direct.

Tableau II-6

Modèle de financement selon le mode de règlement.

Modèle de financement	Mode de règlement				Ensemble
	Gratuit	En argent	En nature	En argent et nature	
Soin gratuit	100	-	-	-	20,2
Personne paie seule	-	49,5	67,7	45,6	40,3
Recours au conjoint	-	24,1	16,2	24,3	18,8
Recours à la concession	-	9,9	3,0	8,7	7,5
Recours à la famille hors concession	-	13,0	12,1	19,4	10,7
Autre recours	-	3,4	1,0	1,9	2,5
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>354</i>	<i>1.199</i>	<i>99</i>	<i>103</i>	<i>1.755</i>

Données manquantes : 118 sur 1.873 (6,3%).
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Concernant le mode règlement, nous constatons un écart entre *argent seul* et *nature seul*. Le Tableau II-7 nous renseigne sur le contenu des paiements en nature.

Il s'avère que dans une grande majorité des cas, le règlement en nature correspond à une valeur peu élevée, souvent inférieure à 1.500 FG. Par ailleurs, le profil des modèles de financement du paiement en *nature seulement* correspond à peu près à celui du paiement *en argent pour moins de 1.500 FG* du Tableau II-5.

Tableau II-7

Composition des paiements en nature.

Règlement en nature	Effectifs	Pourcentage
Noix de Kola	144	67,3
Poulet	13	6,1
Pagne / Tissu / Boubou	24	11,2
Alcool / Vin / Pastis	4	1,9
Denrées alimentaires	27	26,5
Autre	34	15,9
<i>Ensemble</i>	<i>214</i>	

Données manquantes : 1 sur 215 (0,5%).
 Il s'agit d'une question à choix multiples. Le total des pourcentages diffèrent donc de 100.
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin, règlement en nature.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

D'autre part, le profil des règlements *en argent et en nature* est proche de celui des paiements *en argent seulement*. Ainsi, dans le cas d'un règlement mixte, ce qui

prédomine, c'est le règlement monétaire sur le règlement en nature. Le Tableau IV-1 en annexe page 80 nous indique que le montant monétaire diffère peu qu'il y ait ou non un complément en nature. Ce dernier correspond d'ailleurs en général à des noix de Kola qui tiennent plus de la symbolique que d'un véritable paiement.

Ainsi, nous pouvons conclure que les modèles de financement ne sont pas déterminés par le mode de règlement. Le règlement *en nature seulement* agit uniquement sur le coût du soin qui, lui, détermine le modèle de financement.

3. Le lieu de soin.

Avant d'aborder le lieu de soin, nous nous devons de préciser les différences que nous ferons entre *médecine moderne* et *médecine traditionnelle*²³.

La **médecine moderne** est souvent appelée « biomédecine », « médecine scientifique » ou « médecine occidentale ». Elle se fonde sur des connaissances établies expérimentalement selon une méthodologie scientifique.

L'expression **médecine traditionnelle** se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels (séparément ou en association) pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé. Pour l'OMS, « *Médecine traditionnelle* est un terme global utilisé à la fois en relation avec les systèmes de médecine traditionnelle tels que la médecine traditionnelle chinoise, l'*ayurveda* indien et l'*unani* arabe et avec diverses formes de médecine indigène. Les thérapies de médecine traditionnelle englobent les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments à base de plantes²⁴,

²³ Nous parlerons de *tradipraticiens* ou de *tradithérapeutes* pour désigner les praticiens de cette médecine.

²⁴ Les médicaments à base de plantes comprennent les plantes, les matières à base de plantes, les préparations à base de plantes et les produits à base de plantes finis, qui contiennent comme ingrédients actifs des parties de plantes ou autres matières végétales ou une combinaison des deux.

parties d'animaux et/ou minéraux et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments, comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles. Dans les pays dont le système de santé prédominant est basé sur l'allopathie ou bien où la médecine traditionnelle n'a pas été incorporée au système de santé national, la médecine traditionnelle est souvent appelée médecine *complémentaire*, *alternative* ou *non conventionnelle*.²⁵ »

BANNERMAN et BURTON et CH'EN WEN confrontent ces deux médecines. « La médecine traditionnelle est une expression assez vague désignant en général les pratiques de soins de santé anciennes et liées à une culture qui avaient cours avant l'application de la science aux questions de santé par opposition à la médecine scientifique moderne officielle ou allopathie. »²⁶

Ainsi, sous le terme de médecine traditionnelle, nous entendrons aussi bien les personnes ayant recours à des traitements à base de plantes, les marabouts et guérisseurs que les traitements à base de talisman²⁷, etc.

Nous avons distingué cinq types de lieux :

- Hôpital
- Consultation de médecine moderne (Centre de santé, médecin privé, dispensaire...)
- Tradipraticien
- Achats de médicaments (pharmacie, marchés, vendeurs ambulants...)
- Automédication par les plantes

²⁵ OMS [9].

²⁶ BANNERMAN Robert, BURTON John, CH'EN WEN Chieh, [1].

²⁷ Il s'agit de versets du Coran écrit à l'encre sur une planchette de bois. La planchette est ensuite lacée et l'eau récupérée constitue le talisman.

Tableau II-8

Modèle de financement selon le 1^{er} lieu de soin.

Modèle de financement	Premier lieu de soin					Ensemble
	Hôpital	Consult. médecine moderne	Tradi-praticien	Achats de médic.	Auto-médicat°	
Soin gratuit	6,3	4,8	35,3	4,0	85,0	19,6
Personne paie seule	30,2	38,8	34,7	68,3	12,5	40,2
Recours au conjoint	18,8	32,8	13,0	11,7	1,3	19,0
Recours à la concession	12,0	12,1	6,1	2,3	-	7,7
Rec. famille hors concession	24,0	9,3	9,6	11,0	-	10,9
Autre recours	8,9	2,2	1,3	2,7	1,3	2,6
<i>Ensemble</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Effectifs</i>	192	539	637	300	80	1.748

Données manquantes : 125 sur 1.873 (6,7%).
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
 Les pourcentages supérieurs à 10% ont été grisés.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Tableau II-9

Coût des soins selon le 1^{er} lieu de soin.

Coût des soins	Premier lieu de soin					Ensemble
	Hôpital	Consult. médecine moderne	Tradi-praticien	Achats de médic.	Auto-médicat°	
Gratuit	7,7	5,1	37,9	3,9	82,9	20,9
1-1.500	6,5	32,3	26,5	82,1	12,2	36,0
1.501-7.500	20,0	43,1	15,0	12,4	1,2	23,0
7.501-50.000	38,7	17,7	3,9	0,7	1,2	10,7
50.000 et +	25,2	1,4	0,3	0,3	-	3,0
Paiement en nature seulement	1,9	0,4	16,4	0,7	2,4	6,4
<i>Ensemble</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Effectifs</i>	155	508	593	307	82	1.645

Données manquantes : 228 sur 1.873 (12,2%).
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
 Les montants sont exprimés en Francs Guinéens (2.000 FG = 1 €).
 Les pourcentages supérieurs à 10% ont été grisés.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Le Tableau II-8 met en évidence une variation importante du modèle de financement selon le lieu de soin. Ainsi l'hôpital et les consultations de médecine moderne se sont presque jamais gratuites²⁸, et le recours à un tiers aidant est fréquent, notamment pour les hospitalisations. Le tradipraticien est dans un cas sur trois gratuit. Les autres fois, les personnes le paient seules ou avec l'aide du conjoint. Il en est de même avec l'achat

²⁸ La consultation est quelques fois gratuites

de médicaments si ce n'est que cela est rarement gratuit. Quant à l'automédication par les plantes, elle ne coûte rien le plus souvent.

Le Tableau II-9 donne le coût des soins pour chacun de ces lieux. Nous voyons que les lieux qui nécessitent le plus souvent un recours sont justement ceux qui sont les plus chers. Après avoir grisé les cellules avec un pourcentage supérieur à 10%, nous constatons que les deux tableaux se superposent presque.

Il semble bien que le lieu de soin n'agisse pas directement sur le modèle de financement. Son action est indirecte. Le lieu du soin va déterminer en partie le coût du soin et c'est le coût du soin qui détermine alors les modèles de financement. Pour confirmer cela, nous avons comparé les modèles de financement selon le lieu de soin à coût égal (voir Tableau IV-2 en annexe page 81). Nous n'avons pas alors constaté de différence net. Ainsi, à coût égal, les lieux de soins n'ont pas d'effet marqué sur le modèle de financement.

4. Le type de maladie.

Dans les bases de données, les maladies ont été saisies sous formes d'une variable texte. Nous avons donc procédé à une recodification afin d'obtenir des catégories ayant des effectifs suffisants.

Le Tableau II-10 présente les modèles de financement selon le type de maladie. Nous voyons que les répartitions ne sont pas uniformes. Chaque maladie présente un profil de modèle de financement différent. Il y a donc bien un différentiel du financement selon la maladie.

Cependant, la maladie va surtout avoir un effet sur le lieu de soin et sur son coût.

Tableau II-10

Modèle de financement selon le type de maladie.

Modèle de financement	Maladie					Ensemble
	Pbs appareil digestif	Fièvre / Corps chaud	Palu- disme	Mal dans le corps	Autre	
Soin gratuit	18,1	20,8	16,4	23,1	23,7	20,0
Personne paie seule	34,1	46,0	44,5	38,5	33,7	40,0
Recours au conjoint	23,9	15,3	20,0	11,7	22,2	19,0
Recours à la concession	9,4	3,8	7,8	12,6	5,8	7,6
Rec. famille hors concession	11,8	11,5	9,2	10,5	12,2	10,9
Autre recours	2,7	2,5	2,1	3,6	2,4	2,6
<i>Ensemble</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>331</i>	<i>365</i>	<i>476</i>	<i>247</i>	<i>329</i>	<i>1.748</i>

Données manquantes : 125 sur 1.873 (6,7%).
 Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Dans son mémoire [10], Malika PASSCHIER a mis en évidence que la maladie avait un effet sur le lieu de soin. Certaines maladies ne se soignent, selon la population, que chez les tradithérapeutes, et d'autres qu'au centre de santé. Nous avons personnellement relevé ces mêmes remarques sur le terrain pendant la passation des entretiens, des questionnaires et au cours de discussions informelles.

Les représentations que les individus ont de chaque maladie induit en grande partie leurs itinéraires thérapeutiques. « Les idées que les gens se font de la maladie, restent, prévalent et orientent leur choix, autant que la réputation dont jouissent les thérapeutes (médecins et infirmiers compris), et déterminent les itinéraires thérapeutiques.²⁹ »

Le Tableau IV-4 en annexe illustre bien la variation du lieu de soin selon la maladie. Le Tableau IV-3 montre, lui, un effet de la maladie sur le coût du soin. En effet, la maladie intervient de deux manières sur le coût du soin. D'une part elle agit sur le lieu de soin qui, nous l'avons montré, intervient sur le coût. D'autre part, le coût d'un traitement diffère selon la maladie. Quelques comprimés d'aspirine pour soigner un mal de tête reviennent moins chers qu'un traitement antipaludéen.

²⁹ LUXEREAU Anne, citée par Malika PASSCHIER [10].

Les différentiels des modèles de financement que nous avons observés sont alors probablement un effet indirect du type de maladie, via le coût et le lieu du soin. Nous avons procédé à des tests statistiques sur les différences de modèles de financement selon la maladie à lieu du soin et coût du soin égaux³⁰. Sur 14 tests, aucun n'est significatif à 1% et seuls deux le sont à 5%.

Ainsi, à coût et lieu du soin égaux, la maladie n'a pas d'effet sur les modèles de financement.

³⁰ Nous avons utiliser des tests du Khi 2. Pour plus de détails voir l'annexe IV.2 page 95 et le Tableau IV-5 page 83. Les résultats obtenus sont à interpréter avec précaution étant donné la faiblesse des effectifs.

III. Facteurs explicatifs.

1. Niveau individuel.

1.1 Sexe et génération.

Les hommes ont moins souvent recours à un tiers que les femmes. Dans 54% des cas, ils paient seuls (contre 29%). Lorsqu'ils se font aider, ils ont recours majoritairement à un membre de la concession, puis à la famille élargie. Ils ne demandent que peu l'aide de leur(s) épouse(s).

On voit que les femmes ont plus souvent recours au conjoint pour elles que pour leurs enfants. Mais cela peut être dû à un effet de sélection car les femmes avec enfant sont majoritairement mariées, alors que dans l'ensemble des femmes il y a aussi des jeunes filles célibataires.

Tableau III-1

Modèle de financement selon le sexe.

Modèle de financement	Sexe et génération			
	Hommes	Femmes	Enfants	Ensemble
Soin gratuit	20,6	18,7	20,7	20,0
Personne paie seule	54,0	29,4	32,2	40,0
Recours au conjoint ^a	1,3	27,8	36,1	19,0
Recours à la concession	13,2	4,2	2,9	7,6
Recours à la famille hors concession	7,1	17,6	7,0	10,9
Autre recours	3,8	2,2	1,2	2,6
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>717</i>	<i>636</i>	<i>416</i>	<i>1.769</i>

Données manquantes : 104 sur 1.873 (5,6%).

^a pour les enfants, il s'agit du conjoint de la mère.

Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Pour la différence entre hommes et femmes, cela peut être éventuellement dû à une différence de revenus. Les hommes touchent un meilleur revenu que leurs épouses³¹. Ils peuvent donc prendre en charge une partie des dépenses de santé du couple.

Pour les enfants, les recours en dehors du couple sont plutôt faibles. Dans 32% des cas, la mère paie seule et dans 36% elle a recours à son conjoint³². Cela ne signifie pas pour autant que les femmes participent moins souvent que leur époux à financer les soins de santé de leur enfant. En effet, parmi les femmes ayant recours au conjoint, une partie participe aussi au financement du soin.

Aurélie GODARD [4] a travaillé sur le budget des hommes et des femmes de la sous-préfecture de Kanfarandé. Elle a ainsi montré que les hommes dépensaient plus que les femmes, mais un peu différemment. Pour les deux sexes, la santé est le troisième poste de dépenses, derrière l'alimentation et l'habillement. 73% des hommes et 59% des femmes déclarent avoir eu au moins une dépense de santé au cours des six derniers mois³³.

Les dépenses des hommes et des femmes ne sont pas destinées aux mêmes personnes. Sur les hommes ayant déclaré avoir eu des dépenses de santé au cours des six derniers mois, 38% disent avoir eu des frais pour eux, 25% pour leur épouse, 37,5% pour la concession et 31% pour leurs enfants³⁴. Chez les femmes, ces chiffres sont de 58% pour elle-même, 4% pour leur époux, 15% pour la concession et 58% pour leurs enfants³⁵. Elles sont donc plus nombreuses³⁶ que les hommes à déclarer une dépense de santé pour leurs enfants.

³¹ Voir Tableau III-4 page 53 et Tableau III-5 page 53.

³² Le conjoint étant dans la grande majorité des cas également le père de l'enfant.

³³ Voir Tableau IV-6 en annexe page 84.

³⁴ Voir en annexe Tableau IV-7 page 84.

³⁵ Voir en annexe Tableau IV-8 page 85.

³⁶ Que l'on prenne les effectifs ou les pourcentages.

Ces chiffres doivent cependant être considérés avec précaution. D'une part ils « souffrent de la sous-déclaration des dépenses. Il est difficile d'obtenir des personnes interrogées un récapitulatif complet de leur dépenses au cours des six derniers mois. Tout d'abord, cela pose un problème de mémoire. Toute enquête se trouve confrontée aux problèmes que peuvent avoir les personnes interrogées à se souvenir de leurs actions au cours des six derniers mois, ou de l'année passée. Ceci est d'autant plus visible que la population étudiée possède une vision du temps toute relative, dépendante des saisons agricoles. Mais il ne faut pas négliger la retenue des enquêtés face à des questions touchant à l'argent. Il est donc possible que certaines dépenses soient passées sous silence, en particulier tout ce qui touche à l'équipement de la maison.³⁷ »

D'autre part, ils sont calculés sur l'ensemble de la population adulte, donc avec une proportion d'hommes célibataires et sans enfant beaucoup plus importante que celle des femmes, du fait du mariage plus tardif des hommes.

Pour en revenir au Tableau III-1, nous noterons que les femmes privilégient le recours à la famille hors concession sur le recours à la famille proche, à l'inverse des hommes. Nous ne devons pas oublier que les femmes mariées habitent dans la famille de leur époux. Il semblerait donc, sous toute réserve, que les femmes favorisent le recours à leur famille d'origine plutôt qu'à celle de leur mari.

1.2 Âge

Nous voyons que dans les trois cas, la proportion de soins gratuits est plus importante chez les personnes les plus âgées. Or, ce sont elles les plus nombreuses à pratiquer l'automédication par les plantes (voir en annexe Tableau IV-9 page 86). Est-ce dû à une meilleure connaissance de la pharmacopée traditionnelle ? Ont-elles été plus imprégnées de la culture traditionnelle ?

³⁷ Aurélie GODARD [4].

Tableau III-2

Modèle de financement selon l'âge actuel, le sexe et la génération.

Modèle de financement	Âge actuel			
	15-29	30-49	50 & +	Ensemble
Hommes				
Soin gratuit	18,3	18,0	28,2	20,6
Personne paie seule	45,4	60,3	54,8	54,0
Recours au conjoint	0,4	1,7	1,7	,13
Recours à la concession	20,8	11,0	6,8	13,2
Recours à la famille hors concession	11,7	5,7	3,4	7,1
Autre recours	3,3	3,3	5,1	3,8
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>240</i>	<i>300</i>	<i>177</i>	<i>717</i>
Femmes				
Soin gratuit	16,2	18,7	24,7	18,7
Personne paie seule	26,5	33,3	26,7	29,4
Recours au conjoint	22,0	36,3	21,0	27,8
Recours à la concession	6,8	1,5	4,8	4,2
Recours à la famille hors concession	26,5	8,2	19,0	17,6
Autre recours	1,9	1,9	3,8	2,2
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>264</i>	<i>267</i>	<i>105</i>	<i>636</i>
Enfants^a				
Soin gratuit	20,9	19,8	24,4	20,7
Personne paie seule	25,9	35,8	33,3	32,2
Recours au conjoint	41,7	34,5	26,7	36,1
Recours à la concession	2,2	3,0	4,4	2,9
Recours à la famille hors concession	7,9	6,0	8,9	7,0
Autre recours	1,4	0,9	2,2	1,2
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>139</i>	<i>232</i>	<i>45</i>	<i>416</i>

^a pour les enfants, il s'agit de l'âge actuel de la mère.

Données manquantes : 104 sur 1.873 (5,6%).

Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Le paiement seul atteint son apogée pour 30-49 ans. Les plus jeunes ne sont pas encore suffisamment autonomes financièrement. Les âgés peuvent moins travailler aux champs et commencent à être à la charge de la famille (d'autant plus que le coût des soins augmente avec l'âge : voir Tableau IV-10 page 87).

Nous voyons que les écarts entre 15-29 et 30-49 sont moins importants chez les enfants et les filles que chez les garçons. Cela est peut-être à mettre en lien avec le statut matrimonial. En effet, les garçons se marient en moyenne la première fois à 27,8 ans, et les femmes à 17,3 ans³⁸. D'où cet écart plus faible chez les femmes. Pour les enfants, la majorité de leur mère sont déjà mariée.

Si le recours à la concession et à la famille hors concession diminue pour les hommes, chez les femmes la famille hors concession est un recours fréquent aux âges jeunes et âgés. Il en est de même pour les enfants chez lesquels le recours à la concession augmente avec l'âge de la mère.

1.3 État matrimonial

Les hommes mariés monogames paient plus souvent seuls que les célibataires et les mariés polygames plus que les mariés monogames. Tout d'abord on peut y voir un effet d'âge. Un homme marié est souvent plus posé qu'un homme célibataire. En effet, il lui faut un minimum de moyens pour pouvoir se marier, ainsi que pour prendre d'autres épouses (pour pouvoir payer la compensation matrimoniale aux parents ainsi que les différents repas de fêtes³⁹). De plus, les hommes polygames disposent en général d'une main d'œuvre plus importante et donc de revenus plus conséquents.

Le recours à la famille proche ou élargie est plus important chez les hommes non encore mariés (de l'ordre d'un tiers des maladies contre 10 à 17% pour les hommes mariés). Cela peut s'expliquer notamment par le fait que ces jeunes hommes⁴⁰ pour la plupart vivent encore sous la responsabilité d'un membre de leur famille. Pour les

³⁸ Source : enquête PPE Kanfarandé, nos calculs sur l'âge au premier mariage à partir des questionnaires.

³⁹ Dans le mariage Nalou par exemple, « la légitimité du mariage dépend de la prestation matrimoniale versée par la famille du futur époux à la famille de la jeune fille. [...] Le futur époux doit alors regrouper l'argent, ce qui peut rendre plusieurs mois. » (GODARD 2003 [4]).

⁴⁰ N'oublions pas le premier mariage tardif des hommes à 28 ans en moyenne.

hommes sortis du mariage, nous voyons une situation intermédiaire avec 25% de recours à la famille proche ou élargie.

Tableau III-3

Modèle de financement selon l'âge actuel, le sexe et la génération.

Modèle de financement	Statut matrimonial actuel					Ensemble
	Célibat.	Fiancé / UC	Marié mono	Marié poly	V/S/D	
Hommes						
Soin gratuit	18,8	10,7	24,0	19,4	19,2	20,6
Personne paie seule	47,1	53,6	51,6	66,7	50,0	54,0
Recours au conjoint	-	-	1,8	1,1	3,8	1,3
Recours à la concession	19,7	21,4	12,4	6,1	11,5	13,2
Recours à la famille hors concession	10,6	14,3	5,1	4,4	11,5	7,1
Autre recours	3,8	-	5,1	2,2	3,8	3,8
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>208</i>	<i>28</i>	<i>275</i>	<i>180</i>	<i>26</i>	<i>717</i>
Femmes						
Soin gratuit	13,4	19,0	18,6	20,3	17,4	18,7
Personne paie seule	17,1	38,1	27,8	31,9	39,1	29,4
Recours au conjoint	3,7	2,4	33,5	34,6	26,1	27,8
Recours à la concession	12,2	9,5	3,1	2,4	-	4,2
Recours à la famille hors concession	50,0	31,0	13,9	9,5	13,0	17,6
Autre recours	3,7	-	3,1	1,4	4,3	2,2
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>82</i>	<i>42</i>	<i>194</i>	<i>295</i>	<i>23</i>	<i>636</i>
Enfants^a						
Soin gratuit	NC	NC	23,1	19,7	NC	20,7
Personne paie seule	NC	NC	28,4	34,1	NC	32,2
Recours au conjoint	NC	NC	39,6	35,4	NC	36,1
Recours à la concession	NC	NC	3,6	2,2	NC	2,9
Recours à la famille hors concession	NC	NC	4,1	7,2	NC	7,0
Autre recours	NC	NC	1,2	1,3	NC	1,2
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>169</i>	<i>223</i>	<i>10</i>	<i>416</i>

^a pour les enfants, il s'agit de l'état matrimonial actuel de la mère.

V/S/D : Veuf / Séparé / Divorcé. Mono : en union monogame.

Poly : en union polygame. UC : Union consensuelle.

NC : Non Calculé, effectif trop faible.

Données manquantes : 104 sur 1.873 (5,6%).

Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Les jeunes filles célibataires ont essentiellement recours à la famille proche et élargie (62%). Elles ne règlent elles-mêmes leurs dépenses de santé que dans 17% des cas. À noter que les 3,7% observés de recours au conjoint correspondent à une aide d'un petit ami non encore officiel.

Les femmes mariées sont plus autonomes. Elles règlent seules leurs frais de santé trois fois sur dix. En terme d'aide, elles disposent de leur conjoint qui contribuent dans 34% des cas. Leur recours à la famille est alors plus faible (entre 12 et 17%) avec une prédominance de la famille hors concession (qui peut correspondre à leur famille d'origine) sur les autres membres de la concession qui sont plus issus de la famille de leur époux.

L'effet du mariage se fait sentir dès les fiançailles. Les jeunes promises sont alors plus autonomes dans le financement de leurs problèmes de santé, mais elles restent plus souvent aidées par leur famille que leur futur époux.

À la sortie de l'union, les femmes gardent leur autonomie, leur ex-conjoint continuant à les aider dans un quart des cas.

Concernant les enfants, nous ne remarquons pas de différence significative, selon que la mère soit en union monogame ou polygame. Nous n'avons pas calculé le profil des enfants dont la mère n'est pas actuellement mariée car ils sont trop peu nombreux pour pouvoir procéder à une analyse.

Enfin, nous pouvons constater que les femmes en union polygame, que ce soit pour elles-mêmes ou leurs enfants, sont un peu plus souvent amenées à régler seules leurs frais de santé. On peut supposer que ceci s'explique par une autonomie financière un peu plus importante des femmes en union polygamique, leur mari ayant un plus grand nombre d'individus à charge et ne pouvant tout gérer lui-même.

Les différences observées pour l'âge et le statut matrimonial actuels se recoupent et permettent d'expliquer en partie les écarts observés selon le sexe. Il apparaît clairement que les modèles de financement dépendent de l'endroit où l'individu se situe dans son « cycle de vie ». Les différents recours qui s'offrent à lui aux différents moments de sa vie ne sont pas les mêmes. Il est évident qu'une jeune fille célibataire ne peut pas attendre d'aide de la part d'un conjoint inexistant.

D'autre part, le capital économique et social d'un individu évolue au cours du temps. Un homme d'un certain âge, installé et ayant une main d'œuvre nombreuse, peut bénéficier a priori de revenus plus importants, lui évitant dans un certain nombre de cas d'avoir recours à l'aide d'autrui pour financer ses ennuis de santé. Les modèles de financement qui s'offrent à lui ne sont alors pas les mêmes que lorsqu'il était encore un jeune homme célibataire vivant chez son père.

1.4 CSP & Revenus de l'activité principale.

Nous nous proposons de reprendre l'idée, proposée par Malika PASSCHIER dans son mémoire, qui consiste à utiliser l'activité économique déclarée comme principale pour construire des Catégories SocioProfessionnelles ou CSP. « En faisant l'hypothèse que l'activité économique des individus conditionne leurs moyens financiers et ainsi la part d'argent consacré aux dépenses de santé, on s'intéresse à la fréquentation des structures de santé selon l'activité exercée. [...] On sous-entend en fait que le lien entre les deux ne traduirait non pas de l'existence de mentalités corporatives en matière de santé, mais serait révélateur de l'influence des ressources financières sur les pratiques de santé.⁴¹ »

Trois catégories socioprofessionnelles sont retenues. La première rassemble les activités se rapportant au secteur primaire (agriculture, pêche, etc.), la seconde les activités dites intermédiaires comme l'artisanat et le commerce, et la troisième des professions dites intellectuelles ou supérieures. Nous devons également tenir compte des personnes qui ne déclarent aucune activité.

Tableau III-4

Revenus hebdomadaires de l'activité principale médians selon la CSP et le sexe.

Catégorie socioprofessionnelle	Revenus hebdomadaires médians (activité principale)	
	Hommes	Femmes
Sans activité	-	-
Paysans	6.000	2.000
Intermédiaires	13.000	5.750
Supérieure	38.750	NC

Étant donnée des valeurs extrêmes très importantes, probablement dues à des erreurs de saisies, nous avons préféré utiliser la médiane comme indicateur de tendance centrale car moins sensible aux valeurs extrêmes.
 NC : Non concerné (aucune femme n'appartient à la catégorie des intellectuels).
 Base : questionnaire hommes, questionnaire femmes.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Comme nous faisons l'hypothèse que la CSP est un indicateur du revenu de l'individu, nous allons vérifier si elle est corrélée avec le revenu hebdomadaire déclaré pour l'activité principale. Bien que cet indicateur ne prenne pas en compte l'ensemble des revenus de la personne, il permet déjà de tester la fiabilité de notre catégorisation. Le Tableau III-4 montre clairement qu'il existe un lien entre nos CSP ainsi définies et le revenu.

Tableau III-5

Revenus hebdomadaires totaux médians selon la CSP et le sexe.

Catégorie socioprofessionnelle	Revenus hebdomadaires médians (toutes activités)	
	Hommes	Femmes
Sans activité	-	-
Paysans	7.700	5.000
Intermédiaires	19.250	6.050
Supérieure	41.500	NC

Il s'agit de la somme des revenus en argent des différentes activités. Nous n'avons pas pris en compte les revenus en nature (récolte par exemple).
 Étant donnée des valeurs extrêmes très importantes, probablement dues à des erreurs de saisies, nous avons préféré utiliser la médiane comme indicateur de tendance centrale car moins sensible aux valeurs extrêmes.
 NC : Non concerné (aucune femme n'appartient à la catégorie des intellectuels)
 Base : questionnaire hommes, questionnaire femmes.
 Source : Enquête PPE Kanfarandé.

⁴¹ Malika PASSCHIER, mémoire de DEA sur les itinéraires thérapeutiques dans la sous-préfecture de Kanfarandé [10].

Lorsque l'on prend la somme des revenus en argent⁴² (Tableau III-5), on retrouve toujours cette corrélation, bien qu'elle soit moins marquée concernant les femmes. Rappelons néanmoins que la variable *revenus* est à utiliser avec précautions car de nombreux biais interviennent dans sa collecte⁴³. « L'ensemble de ces raisons fait qu'il faut

⁴² Il s'agit de la somme des revenus hebdomadaires déclarés en argent. Les revenus en nature comme les récoltes de riz pour l'autoconsommation ne sont donc pas prises en compte.

⁴³ « Les individus interrogés tout d'abord craignent de déclarer leurs revenus exacts, le niveau de leurs dépenses, l'importance de leur patrimoine, leurs possibilités d'épargne car ils redoutent l'utilisation possible des informations qu'ils nous auront données. Ils craignent tout particulièrement qu'elles ne soient utilisées pour déterminer le montant de leur impôt. Cette frilosité des populations à l'égard de ce type d'enquête se retrouve dans tous les pays du monde, que ce soit au Nord ou au Sud.

En effet, la perception des objectifs scientifiques et programmatiques d'une telle enquête [l'enquête Population, Pauvreté & Environnement, NDA] est très difficile à comprendre par la population y compris par les élites locales traditionnelles, car les retombées de ce genre de travail sont peu visibles et n'apparaissent pas concrètement dans la vie quotidienne des personnes interrogées. Nous devons souligner que le sous-préfet de Kanfarandé, et nous le remercions publiquement, a réalisé un important travail de mobilisation sociale en faveur de l'enquête socio-démographique vis-à-vis de ses administrés. De même l'équipe de recherche franco-guinéenne sur le terrain a répondu à toutes les explications demandées par la population.

Le travail de mémoire demandé aux hommes et aux femmes interrogés implique un effort non négligeable, car leurs repères temporels sont essentiellement liés à un calendrier déterminé par leurs différentes activités économiques, agricoles en particulier. De plus, une certaine partie de la population se situe encore dans une tradition orale, sans mémoire écrite. Ces contraintes culturelles font qu'il n'est pas aisé d'obtenir des données chiffrées exactes.

On peut penser qu'on peut avoir une légère surévaluation du niveau de pauvreté, les chefs de ménages ayant tendance à déclarer moins de ressources qu'ils n'en possèdent réellement. On peut aussi penser que en réalité cette sous-déclaration est aussi plus forte chez les groupes les plus favorisés qui souhaitent rester discrets sur leurs revenus, d'autant plus que leurs sources de revenus sont multiples.

La collecte des données démographiques comme celle des données économiques est également affectée par le manque de précision des populations, car il est très difficile d'obtenir des âges ou des dates exacts. L'objectif est plus de pouvoir replacer l'individu dans sa classe d'âges quinquennale que de lui attribuer avec exactitude un âge. Cette difficulté est accrue en ce qui concerne le dénombrement de la population puisque c'est le chef de famille qui doit déclarer pour tous les individus composant son ménage, l'ensemble des âges, des dates de migrations... Ces difficultés de collecte quantitative sont communes à l'ensemble des enquêtes socio-économiques et démographiques conduites en Guinée et dans d'autres pays en développement. » (Véronique PETIT, Introduction au séminaire 2003 de présentation des résultats préliminaires de l'enquête [13]).

considérer les données quantitatives, en particulier celles qui sont de nature économique, comme des indicateurs, des tendances, sachant qu'il ne faut pas les prendre à la virgule près.⁴⁴ » Malika PASSCHIER a montré pour les hommes que derrière les valeurs moyennes se cachent des écarts importants au sein d'une même CSP. « Il existe donc de fortes disparités de salaires entre les paysans. Tout dépend le type d'économie développé : économie de subsistance ou économie de rente, mono activité ou pluri-activité, etc.⁴⁵ »

Tableau III-6

Modèle de financement selon la CSP, le sexe et la génération.

Modèle de financement	Catégorie SocioProfessionnelle				Ensemble
	Aucune activité	Paysans	Inter-médiaires	Supérieure	
Hommes					
Soin gratuit	25,0	20,7	20,7	11,8	20,5
Personne paie seule	50,0	51,5	59,5	82,4	54,3
Recours au conjoint	-	1,5	-	-	1,1
Recours à la concession	16,7	15,1	8,3	-	13,3
Recours à la famille hors concession	5,6	6,9	8,3	5,9	7,0
Autre recours	2,8	4,2	3,3	-	3,8
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>36</i>	<i>522</i>	<i>121</i>	<i>34</i>	<i>713</i>
Femmes					
Soin gratuit	16,8	21,9	10,5	NC	18,7
Personne paie seule	20,0	31,2	30,1	NC	29,3
Recours au conjoint	27,4	27,3	30,1	NC	27,9
Recours à la concession	8,4	2,5	6,8	NC	4,3
Recours à la famille hors concession	23,2	15,5	20,3	NC	17,6
Autre recours	4,2	1,7	2,3	NC	2,1
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>NC</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>95</i>	<i>407</i>	<i>133</i>	<i>NC</i>	<i>635</i>

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Op. Cit.*, [10].

Suite du Tableau III-6

Modèle de financement selon la CSP, le sexe et la génération.

Modèle de financement	Catégorie SocioProfessionnelle				
	Aucune activité	Paysans	Inter-médiaires	Supérieure	Ensemble
Enfants^a					
Soin gratuit	19,5	23,5	8,1	NC	20,8
Personne paie seule	26,8	30,5	41,9	NC	31,9
Recours au conjoint	34,1	37,3	32,3	NC	36,2
Recours à la concession	9,8	1,3	6,5	NC	2,9
Recours à la famille hors concession	9,8	5,8	11,3	NC	7,0
Autre recours	-	1,6	-	NC	1,2
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>NC</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>41</i>	<i>311</i>	<i>62</i>	<i>NC</i>	<i>414</i>

^a pour les enfants, il s'agit de la CSP de la mère.

Données manquantes : 111 sur 1.873 (5,9%).

NC : Non concerné (aucune femme n'appartient à la catégorie des intellectuels).

Base : maladies, 1^{er} lieu de soin.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Chez les hommes, nous voyons apparaître des différences bien nettes. Ainsi, la proportion de soins payés seuls augmentent avec la CSP, passant de 50 à 83%, pendant que la proportion de soins gratuits diminue. Cela tendrait à dire que les soins gratuits seraient plus fréquents chez ceux ayant les plus faibles revenus.

En effet, les personnes n'ayant pas ou peu de moyens peuvent choisir un premier lieu de soin gratuit ou peu cher alors qu'ils seraient allés voir en prioritairement un médecin ou un tradipraticien s'ils en avaient eu les moyens. Certains essaient en premier lieu des médicaments achetés sur le marché ou une potion à base de plantes qu'ils cueillent eux-mêmes. S'ils ne guérissent pas, ils iront alors au centre de santé. Par exemple, Abou Bangoura⁴⁶ nous a raconté que la dernière fois qu'il avait été malade, il avait fait une crise de paludisme. Il aurait préféré aller au centre de santé mais n'avait pas d'argent. Il s'est donc rabattu sur une tradipraticienne qu'il connaissait et qui l'a soignée gratuitement.

Malika PASSCHIER montre que les itinéraires thérapeutiques sont aussi liés à des questions financières. « La présence d'une structure de santé à Victoria n'implique pas

⁴⁶ Nalou de 56 ans vivant à Kibanco.

que ses habitants iront s'y rendre systématiquement. La disponibilité des infrastructures sanitaires n'entraîne pas toujours leur utilisation. La manque d'argent est souvent cité comme justification de l'automédication ou du recours à la médecine traditionnelle. [...] L'activité économique des femmes joue aussi un rôle déterminant dans leur choix : activité domestique ou professionnelle (travaux dans des champs éloignés, petit commerce sur les marchés) s'oppose à une liberté de déplacements et implique donc des recours à des pratiques traditionnelles surtout quand les infrastructures sont éloignées.⁴⁷ »

Pour les femmes et les enfants, les écarts ne sont pas très marqués. Simplement, plus la femme a une CSP élevée, et plus elle paie seule ses soins ou ceux de ses enfants. Si les écarts ne sont pas si importants, c'est aussi parce que nous avons vu que les médianes des revenus totaux n'étaient pas si différentes. De plus, il est fort probable que ce qui intervient le plus ce ne soit pas la CSP de la femme ou de la mère mais celle du conjoint, car celle-ci traduirait le niveau de vie du couple. Rien d'étonnant alors à ce que des différences ne soient visibles que chez les hommes⁴⁸.

Un autre facteur que le montant des revenus intervient : leur régularité. Les personnes de la catégorie supérieure sont pour la plupart salariés et perçoivent donc un revenu fixe régulièrement. Les personnes intermédiaires occupent généralement une activité qui rapporte de l'argent toute l'année mais de manière très irrégulière. Les paysans, en revanche, ont une importante rentrée financière au moment de la récolte qui qu'ils doivent ensuite gérer pour toute l'année à venir. Pour ces derniers, la période la

⁴⁷ Malika PASSCHIER [10].

⁴⁸ . D'ailleurs, le Tableau IV-11 montre que chez les hommes, la proportion de Chefs de Famille et de Chefs de Noyau augmente avec la CSP. (Le Chef de Famille est aussi appelé Chef de la Concession. C'est celui qui a l'ensemble des membres de sa Concession sous sa charge. On appelle Chef de Noyau toute personne mariée, vivant dans la concession, dont l'épouse est présente, avec ou sans enfants, apparentée ou non apparentée au Chef de Famille.)

plus difficile est celle de la soudure⁴⁹. Cette période où la population a le moins de ressources financières est aussi celle où les individus tombent le plus souvent malades, du fait entre autres du climat (saison des pluies) et d'une sous-alimentation⁵⁰. Pendant cette période, de nombreuses personnes n'arrivent pas à faire face aux dépenses imprévues (manque de riz, décès d'un membre de la famille, problème de santé). S'ils n'ont pas l'argent nécessaire, leur premier recours est la famille proche. À défaut, ils vendent une partie de leur récolte de riz ou d'arachide. En dernier recours, ils sont obligés de s'endetter à des taux élevés. 1500 FG empruntés seront par exemple remboursés par une mesure de riz (20 kg) au moment de la récolte. Cette mesure de riz aura alors la valeur de 3 000 FG, soit le double de la somme initialement empruntée⁵¹. Cet endettement peut d'ailleurs devenir chronique. La récolte passe entièrement pour rembourser la dette et il faut de nouveau emprunter pour avoir des semences. Dans le cas d'une hospitalisation, les sommes à engager sont telles qu'il est indispensable d'avoir recours à la famille élargie qui contribue sous forme de prêt à taux zéro. Les personnes dont la famille ne peut pas rassembler l'argent n'ont pas accès à l'hôpital. Dans le cas de sommes très élevées, le recours à l'emprunt auprès des familles les plus riches du village est impossible car les taux d'intérêts sont trop élevés et quasi usuraires.

Peut-être que le fait d'épargner de l'argent dans le but de pouvoir subvenir aux dépenses de santé imprévues a un effet sur les modèles de financement, les personnes épargnant ayant moins souvent besoin d'une aide d'autrui. Cependant, nous n'avons pas constaté de différence (voir Tableau IV-12 en annexe page 88), bien que le taux d'épargne augmente avec la CSP (Tableau IV-13 page 88).

⁴⁹ La soudure correspond à la fin de la saison des pluies. C'est une période qui précède les récoltes et pendant laquelle les vivres viennent à manquer.

⁵⁰ Source : entretien avec le responsable du centre de santé et diverses discussions informelles.

En conclusion, bien qu'il y ait un effet des revenus (on comprend aisément qu'une personne ayant des moyens puissent aller consulter car plus de recours possibles), la CSP semble plus jouer au niveau familial. Ce serait alors les conditions de vie de la concession qui jouerait sur les modèles de financement plutôt que les revenus personnels de l'individu.

2. Niveau familial.

2.1 Place dans la famille.

Les tableaux suivants donnent la répartition des modèles de financement selon le lien de parenté avec le chef de famille et avec le chef de noyau.

Nous pouvons constater qu'il y a de nombreux profils différents. Ainsi, le modèle de financement varie avec la position de la personne au sein de la famille. Celle-ci évolue au cours du temps et traduit donc en partie le « cycle de vie » des individus que nous avons déjà évoqué à propos du statut matrimonial et de l'âge. Elle détermine également en partie les recours possibles : concession, famille hors concession, etc.

Nous pouvons remarquer une petite régularité du tableau concernant le genre : au sein de chaque « couple de genre » (chef/épouse, fils/fille, frère/sœur, neveu/nièce) pour chaque modèle de financement, on retrouve le même sens de comparaison. Ainsi, à quelques exceptions près, les hommes ont plus recours aux soins gratuits, au paiement seul, à la concession et aux autres recours. Les femmes, quant à elles, auront plus recours au conjoint et à la famille hors concession.

⁵¹ Cet endettement apparaît dans de très nombreux entretiens et discussions informelles.

Tableau III-7

Modèle de financement selon le lien de parenté avec le chef de famille.

Lien de parenté avec le chef de famille (CF)

Modèle de financement	CF	Épouse	Fils	Fille	Mère	Frère	Sœur	Neveu	Nièce	Belle-sœur	Bru	Non parent
Soin gratuit	21,9	21,7	23,7	9,4	27,8	18,9	7,7	5,6	9,1	17,2	18,6	19,6
Personne paie seule	59,4	32,1	44,9	31,8	22,2	51,4	42,3	55,6	22,7	37,9	28,8	40,2
Recours au conjoint	3,2	34,3	5,1	12,9	11,1	1,4	11,5	-	13,6	31,0	35,6	12,4
Recours à la concession	8,1	3,0	13,5	16,5	5,6	12,2	3,8	22,2	18,2	3,4	5,1	7,2
Recours à la famille hors concession	4,2	7,3	11,5	29,4	33,3	10,8	30,8	11,1	31,8	9,2	10,2	12,4
Autre recours	3,2	1,8	1,3	-	-	5,4	3,8	5,6	4,5	1,1	1,7	8,2
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Effectifs</i>	310	508	156	85	18	74	26	18	22	87	59	97



- [11] PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2002.
- [12] POIREL Guillaume, *Profils migratoires dans un contexte de pauvreté : exemple de quatre villages de la sous-préfecture de Kanfarandé en Guinée Maritime*, sous la direction des Pr. Jean COPANS et Yves CHARBIT, université René Descartes Paris 5, septembre 2003.
- [13] POPINTER et DNS, *Rapport du séminaire de présentation des résultats préliminaires de l'enquête Population, Pauvreté & Environnement en Guinée Maritime dans la sous-préfecture de Kanfarandé*, Conakry, 7 février 2003.
- [14] SAILLANT Francine et GAGNON Éric, « Vers une anthropologie des soins ? » in *Anthropologie et Sociétés*, volume 23-2, 1999, Université de Laval.
- [15] SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Éditions John Wiley and Sons, 1982.
- [16] UDESKA, *Programme de développement économique et social de la sous-préfecture de Kanfarandé*, Avril 1999.

Liste des Tableaux

Tableau I-1 Bilan de la collecte.	21
Tableau II-1 Répartition des maladies selon le type de financement.	32
Tableau II-2 Personnes ayant aidé.	33
Tableau II-3 Répartition des modèles de financement.	36
Tableau II-4 Répartition selon le mode de règlement.	36
Tableau II-5 Modèle de financement selon le coût du soin en argent et valeurs médianes.	37
Tableau II-6 Modèle de financement selon le mode de règlement.	38
Tableau II-7 Composition des paiements en nature.	38
Tableau II-8 Modèle de financement selon le 1 ^{er} lieu de soin.	41
Tableau II-9 Coût des soins selon le 1 ^{er} lieu de soin.	41
Tableau II-10 Modèle de financement selon le type de maladie.	43
Tableau III-1 Modèle de financement selon le sexe.	45
Tableau III-2 Modèle de financement selon l'âge actuel, le sexe et la génération.	48
Tableau III-3 Modèle de financement selon l'âge actuel, le sexe et la génération.	50
Tableau III-4 Revenus hebdomadaires de l'activité principale médians selon la CSP et le sexe.	53
Tableau III-5 Revenus hebdomadaires totaux médians selon la CSP et le sexe.	53
Tableau III-6 Modèle de financement selon la CSP, le sexe et la génération.	55
Tableau III-7 Modèle de financement selon le lien de parenté avec le chef de famille.	60
Tableau III-8 Modèle de financement selon le lien de parenté avec le chef de noyau.	60
Tableau III-9 Modèle de financement selon le village.	63
Tableau III-10 Le modèle de financement selon l'ethnie.	67
Tableau IV-1 Montant du paiement en argent selon le mode de règlement.	80
Tableau IV-2 Modèles de financement selon le 1 ^{er} lieu de soin à coût du soin égal.	81
Tableau IV-3 Coût du soin selon la maladie.	82
Tableau IV-4 Premier lieu de soin selon la maladie.	82

Tableau IV-5 Tests du Khi 2 croisant le modèle de financement selon la maladie à premier lieu de soin et coût du soin égaux.....	83
Tableau IV-6 Types de dépenses selon le sexe.....	84
Tableau IV-7 Personne à qui les dépenses des hommes sont destinées en fonction du type de dépense.....	84
Tableau IV-8 Personne à qui les dépenses des femmes sont destinées en fonction du type de dépense	85
Tableau IV-9 Premier lieu de soin selon l'âge actuel, le sexe et la génération.....	86
Tableau IV-10 Coût du soin selon l'âge actuel, le sexe et la génération.	87
Tableau IV-11 Proportion de Chefs de Famille et de Chefs de Noyau selon la CSP des hommes.	88
Tableau IV-12 Modèle de financement selon le fait d'épargner en cas de nécessité ou pour la santé.	88
Tableau IV-13 Épargner en cas de nécessité ou pour la santé selon la CSP.....	88
Tableau IV-14 Modèle de financement selon le village, le sexe et la génération.	89
Tableau IV-15 Premier lieu de soin selon le village.....	90
Tableau IV-16 Taille des concessions selon le village.....	90
Tableau IV-17 CSP selon le village et le sexe.	91
Tableau IV-18 Répartition ethnique des villages.....	91
Tableau IV-19 Test du Chi 2 sur les modèle de financement par ethnies à village égal....	92
Tableau IV-20 Lieu du premier recours aux soins selon l'ethnie et le village	94

Liste des Cartes

Carte I-1 Carte de la Guinée et de ses régions naturelles.	10
Carte I-2 Carte de la Guinée Maritime	11
Carte I-3 Sous-préfectures enquêtées.	17
Carte I-4 Carte de la sous-préfecture de Kanfarandé.....	19
Carte I-5 Structures de santé dans la sous-préfecture de Kanfarandé.....	22
Carte I-6 Les Infrastructures de santé proches de Kanfarandé.....	23
Carte III-1 Répartition ethnique des villages.	68

Liste des Figures

Figure I-1 Le poste de santé de Koukouba en construction	23
Figure I-2 Le Centre de Santé de Kanfarandé.....	24
Figure I-3 Photo de noix de Kola.	28
Figure II-1 Les différents recours lorsque les soins sont payants.....	35

Liste des sigles et abréviations.

\$US	Dollar américain
AFD	Agence Française pour le Développement
AFVP	Association Française des Volontaires du Progrès
BM	Banque Mondiale
CBG	Compagnie de Bauxite de Guinée
CF	Chef de Famille ou de concession
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CN	Chef de Noyau
CRD	Comité Rural de Développement
CSP	Catégories SocioProfessionnelles.
DNS	Direction Nationale de la Statistique
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EPA	Établissement Public Administratif
FAIC	Fond d'Appui à l'Initiative Communautaire
FG	Franc Guinéen (2.000 FG = 1 €).
FMI	Fond Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GMR	Guinée Maritime Rurale
IDH	Indice de Développement Humain
IPH	Indice de Pauvreté Humaine
IRS	Inspection Régionale de la Santé
ME	Médicaments Essentiels
MST	Maladie Sexuellement Transmissible. synonyme : IST. STD en anglais
NDA	Note De l'Auteur
OGM	Observatoire de la Guinée Maritime
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies

PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDH	Programme National de Développement Humain
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POPINTER	Populations & Interdisciplinarité
PPE	enquête Population, Pauvreté & Environnement
PPSG	Projet Population et Santé Génésique
PVD	Pays en Voie de Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SIDA	Syndrome ImmunoDéficient Acquis. AIDS en anglais.
SISRP	Système d'Informations Statistiques de Réduction de la Pauvreté
SNSP	Stratégie Nationale de Soins Primaires
SSP	Soins de Santé Primaires
UDESKA	Union pour le Développement Économique et Social de Kanfarandé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine, agent causal du SIDA. HIV en anglais.

IV. Annexes.

1. Tableaux complémentaires.

Tableau IV-1

Montant du paiement en argent selon le mode de règlement.

Montant du paiement en argent (coût du soin)	Mode de règlement		
	Paiement en argent seul	En argent et en nature	Ensemble
1-1.500	49,1	54,9	49,5
1.501-5.000	27,7	34,1	28,2
5001-50.000	18,8	9,8	18,1
50.001 et +	4,4	1,2	4,2
<i>TOTAL</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
<i>Effectifs</i>	<i>1.125</i>	<i>82</i>	<i>1.207</i>

Données manquantes : 144 sur 1.351 (10,7%).

Base : maladies, 1^{er} lieu de soin, paiement en argent.

Les montants sont exprimés en Francs Guinéens (2.000 FG = 1 €).

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Tableau IV-2

Modèles de financement selon le 1^{er} lieu de soin à coût du soin égal.

Tableau croisé TYPO2 Modèles de financement (typo 2) * M19 Premier lieu de soin * M9AA Coût du soin

278 manquantes sur 1.873 soit 85,2%. M9AA Coût du soin				M19 Premier lieu de soin					Total
				1 Hôpital	2 Consultation médecine moderne	3 Tradipraticien	4 Achats de médicaments	6 Automé- dication	
0 0	TYPO2 Modèles de financement (typo 2)	1 Soins gratuits	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	12 100,0%	26 100,0%	225 100,0%	12 100,0%	68 100,0%	343 100,0%
		Total	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	12 100,0%	26 100,0%	225 100,0%	12 100,0%	68 100,0%	343 100,0%
1 1-1500	TYPO2 Modèles de financement (typo 2)	2 Paie seule	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	4 44,4%	87 54,0%	77 54,6%	176 73,6%	8 80,0%	352 62,9%
		3 recours au conjoint	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	3 33,3%	48 29,8%	35 24,8%	26 10,9%	1 10,0%	113 20,2%
		4 recours à la concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin		18 11,2%	6 4,3%	6 2,5%		30 5,4%
		5 recours à Famille hors concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	1 11,1%	7 4,3%	19 13,5%	27 11,3%		54 9,6%
		6 Autre recours	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	1 11,1%	1 ,6%	4 2,8%	4 1,7%	1 10,0%	11 2,0%
		Total	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	9 100,0%	161 100,0%	141 100,0%	239 100,0%	10 100,0%	560 100,0%
2 1501-7.500	TYPO2 Modèles de financement (typo 2)	2 Paie seule	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	11 35,5%	88 40,7%	50 56,8%	24 66,7%	1 100,0%	174 46,8%
		3 recours au conjoint	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	8 25,8%	77 35,6%	8 9,1%	5 13,9%		98 26,3%
		4 recours à la concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	2 6,5%	22 10,2%	18 20,5%	1 2,8%		43 11,6%
		5 recours à Famille hors concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	9 29,0%	23 10,6%	10 11,4%	4 11,1%		46 12,4%
		6 Autre recours	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	1 3,2%	6 2,8%	2 2,3%	2 5,6%		11 3,0%
		Total	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	31 100,0%	216 100,0%	88 100,0%	36 100,0%	1 100,0%	372 100,0%
3 7.501-50.000	TYPO2 Modèles de financement (typo 2)	2 Paie seule	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	27 45,0%	28 31,8%	4 18,2%	2 100,0%	1 100,0%	62 35,8%
		3 recours au conjoint	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	10 16,7%	33 37,5%	5 22,7%			48 27,7%
		4 recours à la concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	9 15,0%	15 17,0%	5 22,7%			29 16,8%
		5 recours à Famille hors concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	10 16,7%	8 9,1%	8 36,4%			26 15,0%
		6 Autre recours	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	4 6,7%	4 4,5%				8 4,6%
		Total	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	60 100,0%	88 100,0%	22 100,0%	2 100,0%	1 100,0%	173 100,0%
4 50.001 et +	TYPO2 Modèles de financement (typo 2)	2 Paie seule	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	11 28,2%			1 100,0%		12 24,5%
		3 recours au conjoint	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	6 15,4%	5 71,4%				11 22,4%
		4 recours à la concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	7 17,9%	2 28,6%	1 50,0%			10 20,4%
		5 recours à Famille hors concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	7 17,9%					7 14,3%
		6 Autre recours	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	8 20,5%		1 50,0%			9 18,4%
		Total	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	39 100,0%	7 100,0%	2 100,0%	1 100,0%		49 100,0%
5 Paiement nature seul	TYPO2 Modèles de financement (typo 2)	2 Paie seule	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	1 33,3%		64 69,6%	1 50,0%		66 67,3%
		3 recours au conjoint	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	2 66,7%		13 14,1%	1 50,0%		16 16,3%
		4 recours à la concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin		1 100,0%	2 2,2%			3 3,1%
		5 recours à Famille hors concession	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin			12 13,0%			12 12,2%
		6 Autre recours	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin			1 1,1%			1 1,0%
		Total	Effectif % dans M19 Premier lieu de soin	3 100,0%	1 100,0%	92 100,0%	2 100,0%		98 100,0%

Tableau IV-3

Coût du soin selon la maladie.

225 manquantes sur 1.873 soit 12,0%			Maladie					Total
			Pbs digestifs, intestinaux	Fièvre / Corps chauds / fatigue	Paludisme	Mal dans le corps	Autre	
Coût du soin	0	Effectif	60	76	78	57	78	349
		% dans Maladie	19,8%	21,0%	17,4%	24,6%	25,7%	21,2%
1-1500	Effectif	70	192	189	68	74	593	
	% dans Maladie	23,1%	53,0%	42,2%	29,3%	24,4%	36,0%	
1501-7.500	Effectif	81	52	121	56	65	375	
	% dans Maladie	26,7%	14,4%	27,0%	24,1%	21,5%	22,8%	
7.501-50.000	Effectif	53	21	42	18	44	178	
	% dans Maladie	17,5%	5,8%	9,4%	7,8%	14,5%	10,8%	
50.001 et +	Effectif	20	4	9	7	8	48	
	% dans Maladie	6,6%	1,1%	2,0%	3,0%	2,6%	2,9%	
Paiement nature seul	Effectif	19	17	9	26	34	105	
	% dans Maladie	6,3%	4,7%	2,0%	11,2%	11,2%	6,4%	
Total	Effectif	303	362	448	232	303	1648	
	% dans Maladie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau IV-4

Premier lieu de soin selon la maladie.

61 manquantes sur 1.873 soit 3,3%			Maladie					Total
			Pbs digestifs, intestinaux	Fièvre / Corps chauds / fatigue	Paludisme	Mal dans le corps	Autre	
Premier lieu de soin	Hôpital	Effectif	55	23	43	32	41	194
		% dans Maladie	16,2%	6,0%	8,8%	12,5%	12,0%	10,7%
	Consultation médecine moderne	Effectif	107	86	217	52	80	542
		% dans Maladie	31,5%	22,5%	44,2%	20,2%	23,5%	29,9%
	Tradipraticien	Effectif	142	107	94	136	184	663
		% dans Maladie	41,8%	27,9%	19,1%	52,9%	54,0%	36,6%
	Achats de médicaments	Effectif	23	143	109	21	20	316
		% dans Maladie	6,8%	37,3%	22,2%	8,2%	5,9%	17,4%
	Automédication	Effectif	13	24	28	16	16	97
		% dans Maladie	3,8%	6,3%	5,7%	6,2%	4,7%	5,4%
Total	Effectif	340	383	491	257	341	1812	
	% dans Maladie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau IV-5

Tests du Khi 2 croisant le modèle de financement selon la maladie à premier lieu de soin et coût du soin égaux.

Tests du Khi-deux

Coût du soin	Premier lieu de soin		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
0	Moderne	Khi-deux de Pearson ^a	-		
		Nombre d'observations valides	38		
	Traditionnel	Khi-deux de Pearson ^a	-		
		Nombre d'observations valides	290		
	Achats de médicaments	Khi-deux de Pearson ^a	-		
		Nombre d'observations valides	11		
1-1500	Moderne	Khi-deux de Pearson ^b	24,56	16	0,078
		Nombre d'observations valides	169		
	Traditionnel	Khi-deux de Pearson ^c	20,78	16	0,187
		Nombre d'observations valides	151		
	Achats de médicaments	Khi-deux de Pearson ^d	21,61	16	0,156
		Nombre d'observations valides	236		
1501-7.500	Moderne	Khi-deux de Pearson ^e	15,35	16	0,499
		Nombre d'observations valides	244		
	Traditionnel	Khi-deux de Pearson ^f	10,88	16	0,817
		Nombre d'observations valides	88		
	Achats de médicaments	Khi-deux de Pearson ^g	15,58	16	0,482
		Nombre d'observations valides	36		
7.501-50.000	Moderne	Khi-deux de Pearson ^h	28,90	16	0,025
		Nombre d'observations valides	146		
	Traditionnel	Khi-deux de Pearson ⁱ	5,95	9	0,745
		Nombre d'observations valides	23		
	Achats de médicaments	Khi-deux de Pearson ^j	-		
		Nombre d'observations valides	2		
50.001 et +	Moderne	Khi-deux de Pearson ^k	21,03	16	0,178
		Nombre d'observations valides	44	16	0,050
	Traditionnel	Khi-deux de Pearson ^j	-		
		Nombre d'observations valides	1		
	Achats de médicaments	Khi-deux de Pearson ^j	-		
		Nombre d'observations valides	1		
Paiement en nature seulement	Moderne	Khi-deux de Pearson ^l	5,00	4	0,287
		Nombre d'observations valides	4		
	Traditionnel	Khi-deux de Pearson ^m	30,49	16	0,016
		Nombre d'observations valides	90	16	0,067
	Achats de médicaments	Khi-deux de Pearson ⁿ	2,00	1	0,157
		Nombre d'observations valides	2		

^a Aucune statistique n'est calculée car Modèles de financement (typo 2) est une constante.

^b 15 cellules (60,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,18.

^c 16 cellules (64,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,66.

^d 16 cellules (64,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,14.

^e 10 cellules (40,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,75.

^f 19 cellules (76,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,20.

^g 23 cellules (92,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,08.

^h 12 cellules (48,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,77.

ⁱ 16 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,65.

^j Aucune statistique n'est calculée car Modèles de financement et Maladie sont des constantes.

^k 24 cellules (96,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,48.

^l 9 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,25.

^m 21 cellules (84,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,08.

ⁿ 4 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,50.

Un test est significatif si la signification est inférieur au seuil choisi. Les seuils usuels sont 0,01 et 0,05.

Tableau IV-6

Types de dépenses selon le sexe.

Type de dépenses	Hommes %	Femmes %
Logement	19,7	6,5
Nourriture	82,7	75,5
Éducation	65,3	41,6
Santé	73,3	59,0
Vêtements / chaussures	75,7	80,7
Dot	14,9	19,9
Moyen de transport	16,0	2,8
Frais de transport	62,9	53,4
Fêtes cérémonie	53,6	51,6
Bijoux	26,7	37,6
Autre	41,9	19,6
Effectif total 100 %	375	322

Source : Enquête 2003, DNS / POPINTER. Aurélie GODARD [4].

Tableau IV-7

Personne à qui les dépenses des hommes sont destinées en fonction du type de dépense.

Type de dépenses	Personnes à qui la dépense est destinée					Effectif total 100 %
	Lui	Épouse(s)	Concession	Enfants	Non réponse	
Logement	56,8	9,5	35,1	9,5	0,0	74
Nourriture	16,5	11,6	80,6	12,9	0,3	310
Éducation	6,9	0,4	40,4	53,9	0,0	245
Santé	37,8	25,1	37,5	31,3	0,0	275
Vêtement	54,9	19,4	31,3	37,0	0,0	284
Dot	30,4	3,6	16,1	5,4	0,0	56
Achat transport	83,3	1,7	5,0	8,3	0,0	60
Frais de transports	69,5	15,7	20,3	10,2	0,0	236
Cérémonie	45,8	11,9	34,3	17,4	0,5	201
Bijoux	44,0	35,0	15,0	18,0	0,0	100
Autre	93,0	1,9	5,7	1,9	0,0	157

Source : Enquête 2003, DNS / POPINTER. Aurélie GODARD [4].

Tableau IV-8

Personne à qui les dépenses des femmes sont destinées en fonction du type de dépense

Type de dépenses	Personnes à qui la dépense est destinée					Effectif total 100 %
	Lui	Épouse(s)	Concession	Enfants	Non réponse	
Logement	19,0	19,0	57,1	0,0	4,8	21
Nourriture	17,3	7,4	88,5	12,3	0,0	243
Éducation	6,0	0,7	20,1	70,1	1,5	134
Santé	58,4	3,7	15,3	58,4	0,5	190
Vêtement	69,6	1,2	5,0	65,4	0,4	260
Dot	3,1	12,5	17,2	7,8	0,0	64
Achat transport	11,1	22,2	0,0	33,3	0,0	9
Frais de transports	65,7	5,2	8,7	18,6	0,0	172
Cérémonie	29,5	10,8	19,3	21,7	2,4	166
Bijoux	82,9	2,4	6,5	30,9	0,0	123
Autre	82,5	4,8	4,8	4,8	1,6	63

Source : Enquête 2003, DNS / POPINTER. Aurélie GODARD [4].

Tableau IV-9

Premier lieu de soin selon l'âge actuel, le sexe et la génération.

Tableau croisé Premier lieu de soin * Age actuel * Hommes / Femmes / Enfants

Hommes / Femmes / Enfants	38 observations manquantes sur 1873 soit 2,0%.			Age actuel			Total
				15-29	30-49	50 et +	
Hommes	Premier lieu de soin	Hôpital	Effectif	18	44	31	93
			% dans Age actuel	7,4%	14,7%	16,4%	12,7%
		Consultation médecine moderne	Effectif	71	95	53	219
			% dans Age actuel	29,2%	31,7%	28,0%	29,9%
		Tradipraticien	Effectif	80	85	62	227
			% dans Age actuel	32,9%	28,3%	32,8%	31,0%
		Achats de médicaments	Effectif	64	47	19	130
		% dans Age actuel	26,3%	15,7%	10,1%	17,8%	
	Automédication	Effectif	10	29	24	63	
		% dans Age actuel	4,1%	9,7%	12,7%	8,6%	
Total			Effectif	243	300	189	732
			% dans Age actuel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes	Premier lieu de soin	Hôpital	Effectif	23	29	21	73
			% dans Age actuel	8,5%	10,3%	18,9%	11,0%
		Consultation médecine moderne	Effectif	60	88	19	167
			% dans Age actuel	22,1%	31,3%	17,1%	25,2%
		Tradipraticien	Effectif	111	109	46	266
			% dans Age actuel	41,0%	38,8%	41,4%	40,1%
		Achats de médicaments	Effectif	71	51	14	136
		% dans Age actuel	26,2%	18,1%	12,6%	20,5%	
	Automédication	Effectif	6	4	11	21	
		% dans Age actuel	2,2%	1,4%	9,9%	3,2%	
Total			Effectif	271	281	111	663
			% dans Age actuel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Enfants	Premier lieu de soin	Hôpital	Effectif	11	15	5	31
			% dans Age actuel	7,3%	6,2%	10,9%	7,0%
		Consultation médecine moderne	Effectif	56	93	14	163
			% dans Age actuel	37,1%	38,3%	30,4%	37,0%
		Tradipraticien	Effectif	64	93	22	179
			% dans Age actuel	42,4%	38,3%	47,8%	40,7%
		Achats de médicaments	Effectif	20	32	2	54
		% dans Age actuel	13,2%	13,2%	4,3%	12,3%	
	Automédication	Effectif		10	3	13	
		% dans Age actuel		4,1%	6,5%	3,0%	
Total			Effectif	151	243	46	440
			% dans Age actuel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau IV-10

Coût du soin selon l'âge actuel, le sexe et la génération.

Tableau croisé Coût du soin * Age actuel * Hommes / Femmes / Enfants

Hommes / Femmes / Enfants		206 manquantes sur 1.873 soit 11,0%.		Age actuel			Total
				15-29	30-49	50 et +	
Hommes	Coût du soin	0	Effectif	44	54	50	148
			% dans Age actuel	18,9%	19,1%	28,2%	21,4%
	1-1500	Effectif	91	89	50	230	
		% dans Age actuel	39,1%	31,4%	28,2%	33,2%	
	1501-7.500	Effectif	67	82	40	189	
		% dans Age actuel	28,8%	29,0%	22,6%	27,3%	
	7.501-50.000	Effectif	17	41	22	80	
		% dans Age actuel	7,3%	14,5%	12,4%	11,5%	
	50.001 et +	Effectif	3	11	10	24	
		% dans Age actuel	1,3%	3,9%	5,6%	3,5%	
Paiement nature seul	Effectif	11	6	5	22		
	% dans Age actuel	4,7%	2,1%	2,8%	3,2%		
Total		Effectif	233	283	177	693	
		% dans Age actuel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Femmes	Coût du soin	0	Effectif	43	50	26	119
			% dans Age actuel	17,5%	20,3%	28,3%	20,4%
	1-1500	Effectif	115	84	28	227	
		% dans Age actuel	46,7%	34,1%	30,4%	38,9%	
	1501-7.500	Effectif	44	48	11	103	
		% dans Age actuel	17,9%	19,5%	12,0%	17,6%	
	7.501-50.000	Effectif	19	37	9	65	
		% dans Age actuel	7,7%	15,0%	9,8%	11,1%	
	50.001 et +	Effectif	5	8	8	21	
		% dans Age actuel	2,0%	3,3%	8,7%	3,6%	
Paiement nature seul	Effectif	20	19	10	49		
	% dans Age actuel	8,1%	7,7%	10,9%	8,4%		
Total		Effectif	246	246	92	584	
		% dans Age actuel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Enfants	Coût du soin	0	Effectif	29	46	11	86
			% dans Age actuel	21,3%	21,3%	28,9%	22,1%
	1-1500	Effectif	50	78	12	140	
		% dans Age actuel	36,8%	36,1%	31,6%	35,9%	
	1501-7.500	Effectif	37	45	5	87	
		% dans Age actuel	27,2%	20,8%	13,2%	22,3%	
	7.501-50.000	Effectif	8	21	6	35	
		% dans Age actuel	5,9%	9,7%	15,8%	9,0%	
	50.001 et +	Effectif		6		6	
		% dans Age actuel		2,8%		1,5%	
Paiement nature seul	Effectif	12	20	4	36		
	% dans Age actuel	8,8%	9,3%	10,5%	9,2%		
Total		Effectif	136	216	38	390	
		% dans Age actuel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau IV-11

Proportion de Chefs de Famille et de Chefs de Noyau selon la CSP des hommes.

Catégorie socioprofessionnelle	% CF	% CN	Effectifs
Sans activité	34,8	39,1	23
Paysans	48,8	67,5	252
Intermédiaires	37,9	60,3	58
Intellectuels	85,7	85,7	14
<i>Ensemble</i>	<i>47,6</i>	<i>65,1</i>	<i>347</i>

Base : hommes ayant au moins déclaré une maladie.

48 observations manquantes sur 395 (12,2%).

CF : Chef de Famille – CN : Chef de Noyau.

Source : Enquête PPE Kanfarandé.

Tableau IV-12

Modèle de financement selon le fait d'épargner en cas de nécessité ou pour la santé.

111 observations manquantes sur 1.873 soit 5,9%.			Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité		Total
			Non	Oui	
Modèles de financement (typo 2)	Soins gratuits	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	261 20,4%	90 18,6%	351 19,9%
	Paie seule	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	505 39,5%	200 41,4%	705 40,0%
	recours au conjoint	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	230 18,0%	105 21,7%	335 19,0%
	recours à la concession	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	110 8,6%	24 5,0%	134 7,6%
	recours à Famille hors concession	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	139 10,9%	52 10,8%	191 10,8%
	Autre recours	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	34 2,7%	12 2,5%	46 2,6%
	Total	Effectif % dans Épargne pour la santé et/ou en cas de nécessité	1279 100,0%	483 100,0%	1762 100,0%

Tableau IV-13

Épargner en cas de nécessité ou pour la santé selon la CSP.

Base : hommes et femmes ayant déclaré au moins une maladie.

4 manquantes sur 1048 soit 0,4%.			CSP				Total
			Aucune activité	Paysans	Intermédiaires	Intellectuels	
Épargne	Non	Effectif % dans CSP	124 97,6%	400 56,8%	72 36,9%	8 44,4%	604 57,9%
	Oui	Effectif % dans CSP	3 2,4%	304 43,2%	123 63,1%	10 55,6%	440 42,1%
Total		Effectif % dans CSP	127 100,0%	704 100,0%	195 100,0%	18 100,0%	1044 100,0%

Tableau IV-14

Modèle de financement selon le village, le sexe et la génération.

Hommes / Femmes / Enfants	104 manquantes sur 1.873 soit 5,6%			Village				Total
				Victoria	Kibanco	Koukou ba	Lansa- naya	
Hommes	Modèles de financement	Soins gratuits	Effectif	27	56	32	33	148
			% dans Village	15,8%	29,8%	19,4%	17,1%	20,6%
		Paie seule	Effectif	100	93	97	97	387
			% dans Village	58,5%	49,5%	58,8%	50,3%	54,0%
		recours au conjoint	Effectif	3	6			9
			% dans Village	1,8%	3,2%			1,3%
		recours à la concession	Effectif	9	5	26	55	95
			% dans Village	5,3%	2,7%	15,8%	28,5%	13,2%
		recours à Famille hors concession	Effectif	25	22	3	1	51
			% dans Village	14,6%	11,7%	1,8%	,5%	7,1%
		Autre recours	Effectif	7	6	7	7	27
			% dans Village	4,1%	3,2%	4,2%	3,6%	3,8%
		Total	Effectif	171	188	165	193	717
			% dans Village	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes	Modèles de financement	Soins gratuits	Effectif	12	41	29	37	119
			% dans Village	9,7%	23,2%	18,2%	21,0%	18,7%
		Paie seule	Effectif	28	56	67	36	187
			% dans Village	22,6%	31,6%	42,1%	20,5%	29,4%
		recours au conjoint	Effectif	43	45	29	60	177
			% dans Village	34,7%	25,4%	18,2%	34,1%	27,8%
		recours à la concession	Effectif	17	2	8		27
			% dans Village	13,7%	1,1%	5,0%		4,2%
		recours à Famille hors concession	Effectif	18	31	22	41	112
			% dans Village	14,5%	17,5%	13,8%	23,3%	17,6%
		Autre recours	Effectif	6	2	4	2	14
			% dans Village	4,8%	1,1%	2,5%	1,1%	2,2%
		Total	Effectif	124	177	159	176	636
			% dans Village	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Enfants	Modèles de financement	Soins gratuits	Effectif	9	37	22	18	86
			% dans Village	13,4%	28,9%	18,2%	18,0%	20,7%
		Paie seule	Effectif	13	37	53	31	134
			% dans Village	19,4%	28,9%	43,8%	31,0%	32,2%
		recours au conjoint	Effectif	33	43	33	41	150
			% dans Village	49,3%	33,6%	27,3%	41,0%	36,1%
		recours à la concession	Effectif	6		4	2	12
			% dans Village	9,0%		3,3%	2,0%	2,9%
		recours à Famille hors concession	Effectif	5	9	9	6	29
			% dans Village	7,5%	7,0%	7,4%	6,0%	7,0%
		Autre recours	Effectif	1	2		2	5
			% dans Village	1,5%	1,6%		2,0%	1,2%
		Total	Effectif	67	128	121	100	416
			% dans Village	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau IV-15

Premier lieu de soin selon le village.

			Village				
			Victoria	Kibanco	Koukouba	Kanfarandé	Total
Premier lieu de soin	Hôpital	Effectif	46	26	65	60	197
		% dans Village	11,8%	5,2%	13,7%	12,7%	10,7%
	Consultation médecine moderne	Effectif	212	64	66	207	549
		% dans Village	54,4%	12,9%	13,9%	43,9%	29,9%
	Tradipraticien	Effectif	84	224	243	121	672
		% dans Village	21,5%	45,0%	51,2%	25,6%	36,6%
	Achats de médicaments	Effectif	32	153	73	62	320
		% dans Village	8,2%	30,7%	15,4%	13,1%	17,4%
	Automédication	Effectif	16	31	28	22	97
		% dans Village	4,1%	6,2%	5,9%	4,7%	5,3%
Total	Effectif		390	498	475	472	1835
	% dans Village		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau IV-16

Taille des concessions selon le village

Base : concessions (à partir des données du recensement)

Village			Nombre de personnes recensées	Nombre de personnes présentes
Victoria	N	Valide	117	117
		Manquante	0	0
	Moyenne		13,44	10,08
	Médiane		12,00	8,00
Kibanco	N	Valide	66	66
		Manquante	0	0
	Moyenne		12,05	10,23
	Médiane		11,50	10,00
Koukouba	N	Valide	100	100
		Manquante	0	0
	Moyenne		14,08	12,44
	Médiane		12,00	11,00
Lansanaya	N	Valide	83	83
		Manquante	0	0
	Moyenne		18,72	16,45
	Médiane		15,00	12,00

Tableau IV-17

CSP selon le village et le sexe.

		Hommes					
		Village				Total	
		Victoria	Kibanco	Koukouba	Lansanaya		
CSP	Aucune activité	Effectif	14	3	5	3	25
		% dans V03	14,0%	3,0%	5,0%	3,0%	6,3%
Paysan	Effectif	Effectif	41	80	83	86	290
		% dans V03	41,0%	80,0%	83,0%	86,0%	72,5%
Intermédiaire	Effectif	Effectif	31	15	10	11	67
		% dans V03	31,0%	15,0%	10,0%	11,0%	16,8%
Supérieure	Effectif	Effectif	14	2	2		18
		% dans V03	14,0%	2,0%	2,0%		4,5%
Total	Effectif	Effectif	100	100	100	100	400
		% dans V03	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		Femmes					
		Village				Total	
		Victoria	Kibanco	Koukouba	Lansanaya		
CSP	Aucune activité	Effectif	49	5	9	9	72
		% dans V03	49,0%	5,1%	9,0%	9,0%	18,1%
Paysan	Effectif	Effectif	16	76	77	71	240
		% dans V03	16,0%	77,6%	77,0%	71,0%	60,3%
Intermédiaire	Effectif	Effectif	35	17	14	20	86
		% dans V03	35,0%	17,3%	14,0%	20,0%	21,6%
Total	Effectif	Effectif	100	98	100	100	398
		% dans V03	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau IV-18

Répartition ethnique des villages

Base : Recensement, population adulte (15 ans et plus)

		Village					
		Victoria	Kibanco	Koukouba	Lansanaya	Total	
Ethnie	Soussou	Effectif	117	34	19	58	228
		% dans V03	11,3%	7,7%	2,4%	6,6%	7,2%
Nalou	Effectif	Effectif	306	145	516	38	1005
		% dans V03	29,5%	33,0%	65,4%	4,3%	31,9%
Djakanké	Effectif	Effectif	199	3	2	570	774
		% dans V03	19,2%	,7%	,3%	64,6%	24,6%
Peul	Effectif	Effectif	126	185	220	91	622
		% dans V03	12,1%	42,1%	27,9%	10,3%	19,8%
Autre	Effectif	Effectif	291	72	32	125	520
		% dans V03	28,0%	16,4%	4,1%	14,2%	16,5%
Total	Effectif	Effectif	1039	439	789	882	3149
		% dans V03	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau IV-19

Test du Chi 2 sur les modèle de financement par ethnie à village égal.

Victoria

Village	Modèles de financement			Ethnie				Total
				Soussou	Peul	Nalou	Djakanké	
Victoria	Soins gratuits		Effectif	3	5	15	6	29
			% dans Ethnie	7,5%	13,9%	18,8%	8,2%	12,7%
	Paie seule		Effectif	18	14	30	27	89
			% dans Ethnie	45,0%	38,9%	37,5%	37,0%	38,9%
	recours au conjoint		Effectif	10	7	10	22	49
			% dans Ethnie	25,0%	19,4%	12,5%	30,1%	21,4%
	recours à la concession		Effectif	6	3	7	8	24
			% dans Ethnie	15,0%	8,3%	8,8%	11,0%	10,5%
	recours à Famille hors concession		Effectif	1	7	13	8	29
			% dans Ethnie	2,5%	19,4%	16,3%	11,0%	12,7%
	Autre recours		Effectif	2		5	2	9
			% dans Ethnie	5,0%		6,3%	2,7%	3,9%
	Total		Effectif	40	36	80	73	229
			% dans Ethnie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

Village		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Victoria	Khi-deux de Pearson	20,351 ^a	15	,159
	Correction pour la continuité			
	Rapport de vraisemblance	23,134	15	,081
	Association linéaire par linéaire	,228	1	,633
	Nombre d'observations valides	229		

a. 8 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,41.

Kibanco

Village	Modèles de financement			Ethnie			Total
				Soussou	Peul	Nalou	
Kibanco	Soins gratuits		Effectif	11	62	44	117
			% dans Ethnie	31,4%	32,5%	23,5%	28,3%
	Paie seule		Effectif	9	69	75	153
			% dans Ethnie	25,7%	36,1%	40,1%	37,0%
	recours au conjoint		Effectif	9	24	40	73
			% dans Ethnie	25,7%	12,6%	21,4%	17,7%
	recours à la concession		Effectif	2	3	1	6
			% dans Ethnie	5,7%	1,6%	,5%	1,5%
	recours à Famille hors concession		Effectif	4	29	22	55
			% dans Ethnie	11,4%	15,2%	11,8%	13,3%
	Autre recours		Effectif		4	5	9
			% dans Ethnie		2,1%	2,7%	2,2%
	Total		Effectif	35	191	187	413
			% dans Ethnie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

Village		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Kibanco	Khi-deux de Pearson	17,470 ^a	10	,065
	Correction pour la continuité			
	Rapport de vraisemblance	16,925	10	,076
	Association linéaire par linéaire	,279	1	,597
	Nombre d'observations valides	413		

a. 7 cellules (38,9%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,51.

Koukouba

Village	Modèles de financement			Ethnie			
				Peul	Nalou	Total	
Koukouba	Soins gratuits	Effectif	19	57	76		
		% dans Ethnie	14,2%	20,5%	18,4%		
	Paie seule	Effectif	80	120	200		
		% dans Ethnie	59,7%	43,2%	48,5%		
	recours au conjoint	Effectif	11	48	59		
		% dans Ethnie	8,2%	17,3%	14,3%		
	recours à la concession	Effectif	13	23	36		
		% dans Ethnie	9,7%	8,3%	8,7%		
	recours à Famille hors concession	Effectif	9	21	30		
		% dans Ethnie	6,7%	7,6%	7,3%		
	Autre recours	Effectif	2	9	11		
		% dans Ethnie	1,5%	3,2%	2,7%		
	Total			Effectif	134	278	412
				% dans Ethnie	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

Village		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Koukouba	Khi-deux de Pearson	13,562 ^a	5	,019
	Correction pour la continuité			
	Rapport de vraisemblance	14,130	5	,015
	Association linéaire par linéaire	,511	1	,475
	Nombre d'observations valides	412		

a. 1 cellules (8,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,58.

Lansanaya

Village	Modèles de financement	Soins gratuits	Effectif	Ethnie			Total
				Soussou	Peul	Djakanké	
Lansanaya			Effectif	8	6	50	64
			% dans Ethnie	25,8%	11,1%	18,5%	18,0%
		Paie seule	Effectif	11	23	96	130
			% dans Ethnie	35,5%	42,6%	35,6%	36,6%
		recours au conjoint	Effectif	9	16	53	78
			% dans Ethnie	29,0%	29,6%	19,6%	22,0%
		recours à la concession	Effectif	2	5	29	36
			% dans Ethnie	6,5%	9,3%	10,7%	10,1%
		recours à Famille hors concession	Effectif		4	34	38
			% dans Ethnie		7,4%	12,6%	10,7%
		Autre recours	Effectif	1		8	9
			% dans Ethnie	3,2%		3,0%	2,5%
Total			Effectif	31	54	270	355
			% dans Ethnie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

Village		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Lansanaya	Khi-deux de Pearson	12,890 ^a	10	,230
	Correction pour la continuité			
	Rapport de vraisemblance	17,539	10	,063
	Association linéaire par linéaire	2,282	1	,131
	Nombre d'observations valides	355		

a. 4 cellules (22,2%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,79.

Tableau IV-20

Lieu du premier recours aux soins selon l'ethnie et le village

Lieu du premier recours aux soins selon l'ethnie dans les villages													
		Lansanaya			Victoria			Kibanco			Koukouba		
Ethnie		M	T	Total	M	T	Total	M	T	Total	M	T	Total
Nalou	Effectif	10	7	17	61	26	87	99	91	190	99	203	302
	%	58,82	41,18	100	70,11	29,89	100	52,11	47,89	100	32,78	67,22	100
Peul	Effectif	36	18	54	27	14	41	86	108	194	84	55	139
	%	66,67	33,33	100	65,85	34,15	100	44,33	55,67	100	60,43	39,57	100
Diakanké	Effectif	189	82	271	61	18	79						
	%	69,74	30,26	100	77,22	22,78	100						
Soussou	Effectif	17	14	31	34	8	42	17	16	33			
	%	54,84	45,16	100	80,95	19,05	100	51,52	48,48	100			
Total	Effectif	328	144	472	283	100	383	235	250	485	193	267	460
	%	69,49	30,51	100	73,89	26,11	100	48,45	51,55	100	41,96	58,04	100

Source : Enquête PPE, Malika PASSCHIER [10]. M = Moderne T = Traditionnel

2. Fiche : Test du Khi 2.

Nous disposons d'un tableau croisant deux variables X et Y. Nous allons essayer de déterminer si un lien unit les deux variables.

Le test que nous allons utiliser permet de montrer si les effectifs que l'on observe diffèrent significativement d'une distribution dite théorique. Cette distribution théorique est telle que la proportion de personnes présentant la modalité X1 selon la variable X est la même quelle que soit la modalité Y1, Y2, ... Yn que l'on retienne. Par exemple, dans un tableau croisant le statut matrimonial avec le village, la distribution théorique est telle que la proportion de célibataire est la même dans chacun des villages.

Ainsi, l'hypothèse nulle de la méthode du Khi 2 présuppose que toutes les proportions sont égales (distribution théorique parfois appelée parfaite). Si cette hypothèse n'est pas vérifiée, cela signifie qu'au moins une de ces proportions est significativement différente de la situation théorique, c'est-à-dire que l'écart observé avec la situation théorique ne peut être totalement expliquée par des aléas statistiques d'échantillonnage.

Les effectifs théoriques n'_{ij} se calculent en rapportant le produit de $n_{i.}$ l'effectif total de la ligne i avec $n_{.j}$ l'effectif total de la colonne j à l'effectif total N.

$$n'_{ij} = \frac{n_{i.} \times n_{.j}}{N}$$

n_{ij} correspond à l'effectif observé à la $i^{\text{ème}}$ ligne et $j^{\text{ème}}$ colonne. Le Chi 2 se calcule ainsi :

$$\chi^2 = \sum \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Le nombre de degré de liberté est de $(l-1) \times (c-1)$ avec l le nombre de lignes et c le nombre de colonnes.

En utilisant une table comme celle-ci ou un logiciel adéquat comme SPSS ou Excel, on peut déterminer la probabilité associée au Khi 2. Si celle-ci est inférieure à notre erreur (habituellement 1, 5 ou 10%) la différence est significative. Sinon, nous concluons à une absence de lien entre les deux variables.

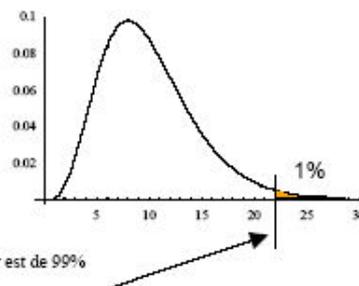
Tableau IV-21

Table du Khi 2.

$$X \sim \chi^2(v)$$

$$f_X(z) = \frac{1}{2^{\frac{v}{2}} \Gamma\left(\frac{v}{2}\right)} z^{\frac{v}{2}-1} e^{-\frac{z}{2}}$$

Cette table donne la valeur z pour obtenir une probabilité P étant donné une distribution χ^2 avec v degré de liberté.
 Par exemple, la valeur X pour laquelle la probabilité d'obtenir un z égal ou inférieur est de 99% quand X est chi carré avec 10 degrés de liberté est de 23.209.



v	P									
	0.005	0.01	0.025	0.05	0.10	0.90	0.950	0.975	0.990	0.995
1	0.000	0.000	0.001	0.004	0.016	2.706	3.841	5.024	6.635	7.879
2	0.010	0.020	0.051	0.103	0.211	4.605	5.991	7.378	9.210	10.597
3	0.072	0.115	0.216	0.352	0.584	6.251	7.815	9.348	11.345	12.838
4	0.207	0.297	0.484	0.711	1.064	7.779	9.488	11.143	13.277	14.860
5	0.412	0.554	0.831	1.145	1.610	9.236	11.070	12.832	15.086	16.750
6	0.676	0.872	1.237	1.635	2.204	10.645	12.592	14.449	16.812	18.548
7	0.989	1.239	1.690	2.167	2.833	12.017	14.067	16.013	18.475	20.278
8	1.344	1.647	2.180	2.733	3.490	13.362	15.507	17.535	20.090	21.955
9	1.735	2.088	2.700	3.325	4.168	14.684	16.919	19.023	21.666	23.589
10	2.156	2.558	3.247	3.940	4.865	15.987	18.307	20.483	23.209	25.188
11	2.603	3.053	3.816	4.575	5.578	17.275	19.675	21.920	24.725	26.757
12	3.074	3.571	4.404	5.226	6.304	18.549	21.026	23.337	26.217	28.300
13	3.565	4.107	5.009	5.892	7.041	19.812	22.362	24.736	27.688	29.819
14	4.075	4.660	5.629	6.571	7.790	21.064	23.685	26.119	29.141	31.319
15	4.601	5.229	6.262	7.261	8.547	22.307	24.996	27.488	30.578	32.801
16	5.142	5.812	6.908	7.962	9.312	23.542	26.296	28.845	32.000	34.267
17	5.697	6.408	7.564	8.672	10.085	24.769	27.587	30.191	33.409	35.718
18	6.265	7.015	8.231	9.390	10.865	25.989	28.869	31.526	34.805	37.156
19	6.844	7.633	8.907	10.117	11.651	27.204	30.144	32.852	36.191	38.582
20	7.434	8.260	9.591	10.851	12.443	28.412	31.410	34.170	37.566	39.997
21	8.034	8.897	10.283	11.591	13.240	29.615	32.671	35.479	38.932	41.401
22	8.643	9.542	10.982	12.338	14.041	30.813	33.924	36.781	40.289	42.796
23	9.260	10.196	11.689	13.091	14.848	32.007	35.172	38.076	41.638	44.181
24	9.886	10.856	12.401	13.848	15.659	33.196	36.415	39.364	42.980	45.558
25	10.520	11.524	13.120	14.611	16.473	34.382	37.652	40.646	44.314	46.928
26	11.160	12.198	13.844	15.379	17.292	35.563	38.885	41.923	45.642	48.290
27	11.808	12.878	14.573	16.151	18.114	36.741	40.113	43.195	46.963	49.645
28	12.461	13.565	15.308	16.928	18.939	37.916	41.337	44.461	48.278	50.994
29	13.121	14.256	16.047	17.708	19.768	39.087	42.557	45.722	49.588	52.335
30	13.787	14.953	16.791	18.493	20.599	40.256	43.773	46.979	50.892	53.672
32	15.134	16.362	18.291	20.072	22.271	42.585	46.194	49.480	53.486	56.328
34	16.501	17.789	19.806	21.664	23.952	44.903	48.602	51.966	56.061	58.964
36	17.887	19.233	21.336	23.269	25.643	47.212	50.998	54.437	58.619	61.581
38	19.289	20.691	22.878	24.884	27.343	49.513	53.384	56.895	61.162	64.181
40	20.707	22.164	24.433	26.509	29.051	51.805	55.758	59.342	63.691	66.766
45	24.311	25.901	28.366	30.612	33.350	57.505	61.656	65.410	69.957	73.166
50	27.991	29.707	32.357	34.764	37.689	63.167	67.505	71.420	76.154	79.490
55	31.735	33.571	36.398	38.958	42.060	68.796	73.311	77.380	82.292	85.749
60	35.534	37.485	40.482	43.188	46.459	74.397	79.082	83.298	88.379	91.952
65	39.383	41.444	44.603	47.450	50.883	79.973	84.821	89.177	94.422	98.105
70	43.275	45.442	48.758	51.739	55.329	85.527	90.531	95.023	100.425	104.215
75	47.206	49.475	52.942	56.054	59.795	91.061	96.217	100.839	106.393	110.285
80	51.172	53.540	57.153	60.391	64.278	96.578	101.879	106.629	112.329	116.321
85	55.170	57.634	61.389	64.749	68.777	102.079	107.522	112.393	118.236	122.324
90	59.196	61.754	65.647	69.126	73.291	107.565	113.145	118.136	124.116	128.299
95	63.250	65.898	69.925	73.520	77.818	113.038	118.752	123.858	129.973	134.247
100	67.328	70.065	74.222	77.929	82.358	118.498	124.342	129.561	135.807	140.170