



ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences Économiques et Gestion

VOL. 19, N° 1 - ANNEE: 2019

ISSN : 1815 - 4433 - www.annaesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES ECONOMIQUES ET GESTION



VOLUME 19, NUMERO 1, ANNEE: 2019

www.annaesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication

J-R. IBARA

Rédacteur en chef

J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint

Mathias M. A. NDINGA

Comité de Lecture :

AMOUSSOUGA GERO F. V.,

Cotonou (Bénin)

BEKOLO-EBE B., Douala

(Cameroun) BIAO A., Parakou

(Bénin)

BIGOU LARE, Lomé (Togo)

DIATA H., Brazzaville (Congo)

KASSE M., Dakar (Sénégal)

LENGA S. D., Brazzaville (Congo)

MAKOSSO B., Brazzaville (Congo)

MANTSIE R., Brazzaville (Congo)

N'GBO AKE G., Abidjan (Côte

d'Ivoire)

ONDO-OSSA A., Libreville (Gabon)

YAO NDRE, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Comité de Rédaction :

DZAKA KIKOUTA., Brazzaville

(Congo)

MAMPASSI J. A., Brazzaville

(Congo)

Webmaster

R. D. ANKY

Administration - Rédaction

Université Marien Ngouabi

Direction de la Recherche

Annales de l'Université Marien

Ngouabi

B.P. 69, Brazzaville – Congo

Email: annales@umng.cg

- 1 **Capital social et sante en période post-crise : analyse comparée de l'expérience des villes d'Abidjan, de Brazzaville et de Kinshasa**
KEITA Z., CISSE A.
- 31 **Niveau d'éducation, corruption et croissance économique dans les pays de l'UEMOA**
CROI F. K.
- 48 **Effets de l'annulation de la dette publique extérieure sur la croissance économique en république du Congo.**
BON ETAT M., NGOUEMBE L.
- 60 **TIC et productivité du travail dans l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA)**
KARABOU E. F., ADEVE K. A.
- 79 **Le mésalignement des taux de change réduit-il la croissance économique ? Une analyse des pays de la CEDEAO**
LAWSON D. H.
- 114 **Les déterminants de la déforestation dans les pays du bassin du Congo**
ONOUNGA D. D., BAKABOUKILA AYESEA E.
- 133 **Effets des IDE sur la croissance du secteur hors pétrole en république du Congo**
NGALEBAYE J.P.
- 149 **Incidence du paludisme sur la croissance économique en république du Congo**
LOUFOUA N., SUKAMI E., ZABATANTOU LOUYINDOULA H.
- 167 **Vérification de la loi d'OKUN dans les pays en développement : Cas de la République du Congo**
LOUNAMA O. A. N., MOUNKALA J. R.

ISSN : 1815 - 4433



CAPITAL SOCIAL ET SANTE EN PERIODE POST-CRISE : ANALYSE COMPAREE DE L'EXPERIENCE DES VILLES D'ABIDJAN, DE BRAZZAVILLE ET DE KINSHASA

KEITA Z., CISSE A.

Université Félix Houphouët Boigny-
Abidjan – République de Côte d'Ivoire
Email : kzakarya@yahoo.fr

RESUME

Les populations en Afrique subsaharienne utilisent des stratégies pour accéder aux soins formels de santé en période post-crise qui sont insuffisamment analysées. L'objectif de cet article est de déterminer l'effet du capital social et des variables socioéconomiques sur l'accès aux soins de santé dans les villes d'Abidjan, de Brazzaville et de Kinshasa en période post-crise. Les résultats obtenus à partir d'un modèle logit multinomial appliqué à des données issues d'une enquête menée conjointement auprès des populations des trois villes montrent que le revenu, le niveau d'éducation, l'âge du malade, la taille du ménage et le genre affectent positivement le recours aux soins de santé tandis que le prix des médicaments, la religion et la nationalité l'affectent négativement. De même, la famille et le réseau (capital social) ont un impact positif sur le recours aux soins de santé.

Mots-clés : Soins de santé, Capital social, Logit Multinomial, Période post-crise
Classification JEL : I15, A14, C35, N47.

ABSTRACT

Populations in sub-Saharan Africa utilize different strategies to have access to formal health care in post-crisis periods. However, this issue was insufficiently documented in the literature. The objective of this paper is to determine the effect of social capital and socio-economic variables on access to health care in the cities of Abidjan, Brazzaville and Kinshasa during post-crisis periods. The results from a multinomial logit model, based on the population survey in the three cities showed that income, education level, age of the patient, household size positively affect the use of health care while the price of drugs, religion and nationality negatively affect it. Similarly, the family and the social network (social capital) have both a positive impact on the use of formal health care.

Keywords: Health care, Social capital, Multinomial logit, Post-crisis period
Classification: I15, A14, C35, N47

INTRODUCTION

Les crises socio-politiques et militaires intervenues au cours de la décennie 2000 dans les pays d'Afrique au sud du Sahara ont fait suite à des périodes post-crisis, généralement caractérisées par un dysfonctionnement des structures publiques. Les besoins des populations, notamment en termes d'accès aux soins de santé de premier niveau s'accroissent considérablement au cours de ces périodes, excédant les capacités d'offre de soins publics dont l'accès demeure onéreux. Pour accéder aux soins de santé, ces populations utilisent leur capital social ; c'est-à-dire les relations de voisinage, la famille, le réseau, etc. Toutefois, l'impact de ces facteurs sur le recours aux soins de santé formels reste insuffisamment analysé.

L'accès aux soins de santé des ménages pauvres a fait l'objet d'attention particulière dans la littérature économique. Certains auteurs abordent cette question en mettant en avant la recherche des facteurs socioéconomiques qui caractérisent l'accès aux soins (Yoder, 1989 ; Buor, 2003; Kelley et al, 2000; Fournier et Haddad, 1997; Chawla et Ellis, 2000; Waelkens et Criel, 2004). D'autres auteurs tels que Sauerborn et al (1996), Wallman et Baker (1996), Atim (1999) montrent que le capital social détermine le recours aux soins de santé des patients démunis.

Même si de nos jours l'avènement de l'économie de marché fait oublier le rôle majeur des pratiques sociales non marchandes dans les sociétés contemporaines (Mauss, 1985; Goulding, 1989; Bourdieu, 2000), il est important de souligner que dans certains pays en développement et notamment dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, les mécanismes de solidarités, d'entraides et de dons mutuels persistent encore [(Adjmagbo,1997; Marie,1997; Eloudou,1992; Mayoukou, 1994; Dasgupta et Serageldin, 1999)]. Tous ces mécanismes témoignent de l'existence d'un bon niveau de capital social au sein des populations. Selon Abel-Smith (1986), la solidarité dont témoignent certains individus à l'égard de leurs semblables est basée sur le capital social dont l'un des principes de base se résume à l'assertion suivante : *“Je t'aide maintenant parce que tu en as besoin et pour que tu aies l'obligation de m'aider si jamais moi aussi je me trouve dans le besoin.”*

Cette pratique constitue une sorte de politique de redistribution qui a un impact positif sur l'amélioration du bien-être des ménages pauvres, notamment dans l'acquisition des soins de santé de premier niveau. Elle permet aux populations de se soigner et est identifiée dans la littérature comme une stratégie que les populations développent pour accéder aux soins. Plusieurs auteurs (Sauerborn et al (1996) ; Kaddar et Tchicaya (1997)) se sont intéressés à ces stratégies, particulièrement dans le cas des populations africaines pauvres. World Bank (2016) estime qu'environ 389 millions de personnes n'avaient toujours que moins de 1,90 dollar par jour pour vivre en 2013 en Afrique. Ce regain d'intérêt est à mettre à l'actif d'un certain nombre de faits dont la pauvreté grandissante, la recrudescence des conflits armés qui fragilise les populations africaines et réduit drastiquement leurs sources de revenu. A cela s'ajoutent les flux migratoires considérables qui modifient les structures sociales et le vécu quotidien des ménages. Ces calamités sont de nature à réduire l'accès aux soins modernes de santé et dans une moindre mesure l'accès à la médecine traditionnelle. La primeur des conditions de nutrition relègue au second plan les besoins de santé de ces populations.

Aussi, les déplacements de populations entraînent la désintégration des structures familiales et des organisations sociales établies au prix de la confiance, seul gage de l'émergence du capital social. Ils sont à l'origine des problèmes sanitaires importants (Ghobarat et al, 2003) qui résultent du manque chronique d'hygiène, des conditions de nutrition, etc.

Dans ces circonstances, le capital social peut-il influencer le recours aux soins de santé des populations ? Quelles sont alors les déterminants de l'accès aux soins de santé des populations en période post-crise ? Cette préoccupation est importante pour deux raisons essentielles. La première est relative au niveau de pauvreté déjà important pendant les périodes normales, et s'accroît au cours de cette période. La seconde s'explique par le dysfonctionnement des structures modernes pourvoyeuses de soins de santé. On se retrouve, dès lors, en face d'une situation où les populations n'arrivent pas à faire face à une offre onéreuse de soins de santé. Ce constat alarmant est le cas des villes d'Abidjan, de

Brazzaville et de Kinshasa en situation post-conflit au cours des années 2000. Pour rappel, le plateau technique est moins fourni dans les trois pays. En RDC, le ratio lits/habitants est de 1/1000 en 1999. Pour la République du Congo, il est d'environ 3/1000. Quant à la Côte d'Ivoire, ce ratio est d'environ 8/1000. Le ratio médecin/habitant est estimé respectivement à 1/10000, 2/10000 et 1/10000 en 2004 pour la RDC, le Congo Brazzaville et la Côte d'Ivoire (World Bank, 2010). Avec une telle dotation en matière d'offre de soins, le constat est dramatique pour les trois pays. La mortalité au sein de la population des personnes âgées de 15 à 45 ans reste élevée.

Selon World Bank (2010), elle est estimée à plus de 437 cas en 2006 en RDC, environ 402 en République du Congo et 429 en Côte d'Ivoire au sein de la population des hommes. Ces différents taux sont estimés respectivement à 401, 377 et environ 408 au sein de la population féminine en RDC, en République du Congo et en Côte d'Ivoire en 2006. Ces taux élevés de mortalité attestent de la prévalence de plusieurs maladies qui déciment la population. Le nombre de décès dû à la malaria est estimé à 224 pour 1 000 habitants sur la période 2000-2005 pour la RDC. Ce ratio est de 78 pour la République du Congo et 76 pour la Côte d'Ivoire (World Bank, 2010). Aussi, pour ce qui est des villes concernées dans cette étude, il y'a une certaine solidarité dans les épreuves qui améliore la vie quotidienne de la population. Cette solidarité est de 92,1% à Abidjan, de 91,1% à Brazzaville et de 85% à Kinshasa, (Carrin et al., 2006).

L'objectif de cet article est de déterminer l'effet du capital social et des variables socioéconomiques dans l'accès aux soins de santé dans les trois villes. Pour atteindre ces objectifs, nous estimons un modèle logit multinomial en utilisant des données issues d'une enquête¹ menée conjointement auprès des ménages dans ces trois villes en 2008. Dans cette optique, cette étude contribue à la littérature existante à deux niveaux.

D'abord elle analyse les déterminants de l'accès aux soins de santé en période post-conflit conjointement dans les trois villes ci-dessus citées ; en cela, elle diffère des études réalisées par Saeurborn et al. (1996), Wallman

et Baker (1996), Atim (1999) dans les pays africains pauvres. Ensuite l'étude fait une comparaison conjointe des déterminants de l'accès aux soins de santé dans les trois villes à la suite du conflit socio-politique et militaire, comparaison qui, à notre connaissance, n'a pas fait l'objet d'investigation dans les travaux antérieurs.

Dans la suite de ce travail, la section 1 fait un état des lieux du capital social et du recours aux soins de santé. La section 2 est consacrée à la revue de la littérature. La section 3 présente les questions de méthodologie. La section 4 présente les résultats. La section 5 conclut l'étude et fait des recommandations en termes de politiques économiques.

Capital social, recours aux soins de santé : Analyse de la situation

Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance (Bourdieu, 1980). Il s'accumule à coups de générosité affichée et de largesses prodiguées (Bourdieu, 1994). Dès lors, les réseaux ne sont pas naturels, ils résultent de stratégies individuelles. Cette approche est qualifiée d'ordre microéconomique ou microsociale dans la littérature. Elle fait du fondement du capital social la confiance qui régit les relations au niveau des individus, des familles et des groupes d'individus. Elle est opposée à l'approche macrosociale proposée par des auteurs tels que Coleman (1988) ou même Fukuyama (1995). Ces derniers appréhendent le capital social comme le produit de la confiance mutuelle prolongée et régulière entre deux individus, un groupe d'individus ou une communauté. Il ne s'acquiert pas par des individus livrés à eux-mêmes. Il repose sur la prédominance de vertus sociales plutôt qu'individuelles. Selon Putnam (1993), le capital social est défini par trois éléments de l'organisation sociale qui sont les réseaux de relations sociales, les normes et les règles sociales, et la confiance au sein d'une communauté.

¹ Voir questionnaire de l'enquête en annexe.

Capital social dans les trois villes

Les bonnes relations humaines qu'un individu peut entretenir avec son voisinage dans un quartier constituent un indicateur de la bonne cohésion sociale. L'analyse de ces attitudes est d'une importance capitale en période post-conflit en ce sens qu'elle situe sur le niveau de l'ambiance qui prévaut au sein des populations.

Dans une certaine mesure, elle permet de vérifier si le capital social constitué est de nature à étouffer toutes les velléités belliqueuses qui résulteraient d'une incompréhension entre les populations. Le Tableau 1 dresse le bilan des relations humaines qui prévalent en situation post-crise dans les trois villes entre les résidents.

Tableau 1: Etat des relations de voisinage dans les quartiers

		Lieu de résidence			Total
		Abidjan	Brazzaville	Kinshasa	
Entretenez-vous de bonnes relations de voisinage?	Oui	97,0%	98,0%	99,0%	98,3%
	Non	2,8%	2,0%	1,0%	1,7%
Total					100%
		100%	100%	100%	

Source: réalisation de l'auteur à partir des données de l'enquête RRC²

En moyenne, on enregistre sur l'ensemble de ces trois villes en période post-crise, une proportion de 98,3% de chefs de ménages qui entretiennent de bonnes relations de voisinage dans le quartier. Cette proportion est beaucoup plus importante à Kinshasa (99%) comparativement à Brazzaville et à Abidjan où elle est respectivement de l'ordre de 98% et 97,2%. En somme, les relations de voisinage sont bonnes dans les trois villes. Cependant, l'on note une proportion très faible de rapports difficiles qui s'estime à 1,7%. Abidjan enregistre le taux le plus élevé avec environ 2,8%.

Bourdieu (1980) avait fait remarquer que des individus souscrivaient dans les réseaux en ce sens qu'ils leur apportaient un bénéfice. Autrement dit, le réseau de liaisons est le produit de stratégies d'investissement social consciemment ou inconsciemment orientées vers l'institution ou la reproduction de relations sociales directement utilisables, à court ou à long terme. Ce faisant, dans le cas de notre échantillon de pays, la guerre a eu un impact sur la proportion de cet investissement. Le Tableau 2 présente une illustration de ce constat.

Tableau 2 : Rôle des relations de voisinage

		Lieu de résidence			Total
		Abidjan	Brazzaville	Kinshasa	
Pensez-vous que de bonnes relations de voisinage	- améliore votre quotidien de manière significative depuis la fin de la guerre	75,4%	52,6%	48,7%	56,9%
	- améliore moyennement votre quotidien depuis la fin de la guerre	13,1%	32,9%	30,7%	25,8%
	- n'améliore pas votre quotidien depuis la fin de la guerre	11,5%	14,4%	20,6%	17,3%
Total		100%	100%	100%	100%

Source : Réalisation de l'auteur à partir des données de l'enquête RRC

² Réseau de Recherche Comparative. Il s'agit d'une étude comparative qui a occasionné la conduite d'une enquête financée par le CODESRIA

et réalisée conjointement à Abidjan, Brazzaville et Kinshasa.

Dans ces trois villes, des individus qui veillent au respect de bonnes relations de voisinage estiment en moyenne à hauteur de 56,9% que celles-ci améliorent leur quotidien depuis la fin de la guerre. On enregistre un fort pourcentage de ces personnes à Abidjan avec 75,4% de cas comparativement à Brazzaville (52,6%) ou même à Kinshasa (48,7%). Ceux pour qui les bonnes relations de voisinage améliorent moyennement leur quotidien depuis la fin de la guerre sont estimés en moyenne à 25,8%. C'est surtout à Brazzaville qu'on enregistre beaucoup de chefs de ménage qui pensent ainsi, suivi de Kinshasa, et dans une faible proportion à Abidjan.

A l'inverse, il est enregistré aussi des individus pour lesquels la fin de la guerre n'a pas eu d'impacts sur l'amélioration de leur quotidien. Ceux-ci sont en moyenne estimés à 17,3%. Cette opinion est, surtout, plus fréquente à Kinshasa dans 20,6% des cas, comparativement à Brazzaville et à Abidjan où on l'estime respectivement à 14,4% et 11,5%. Au nombre des chefs de ménage ayant déclaré tirer profits des bonnes relations de voisinage de façon significative ou moyenne, on note que la satisfaction dont ils font allusion se résume à une sorte d'assistance mutuelle dans le réseau. A titre d'illustration, le Tableau 3 donne un aperçu des diverses rubriques qui composent la réciprocité en période post-crise dans les trois villes.

Tableau 3: Activités humaines du réseau

		Lieu de résidence			Total
		Abidjan	Brazzaville	Kinshasa	
En quoi les relations de voisinage permettent-elles d'améliorer votre quotidien ?	Solidarité dans les épreuves	92,1%	91,1%	85%	87,8%
	Facilité d'acquérir un emploi	0,7%	1,7%	4,9%	3,3%
	Facilité dans le démarrage d'une activité génératrice de revenu	0,5%	1,3%	4,4%	2,9%
	Autres raisons	6,7%	6%	5,7%	6%
Total		100%	100%	100%	100%

Source : Réalisation de l'auteur à partir des données d'enquête du RRC

Pour certains chefs de ménage, le bienfait du capital social à travers les relations de bon voisinage est procuré à travers la solidarité dans les épreuves. Cette opinion est soutenue en moyenne par 87,8% de ceux-ci dans l'ensemble des trois villes. C'est surtout à Abidjan qu'on trouve plus ces individus (92,1%) en comparaison à Brazzaville et à Kinshasa où cette proportion est estimée respectivement à 91,1% et 85%. En dehors de cette catégorie de chefs de ménage, le bien être tiré des bonnes relations de voisinage est faiblement attribuable à d'autres raisons (6%) non élucidées par l'enquête ; encore moins dans l'acquisition d'un emploi (3,3%) que dans la facilité de démarrage d'une activité génératrice de revenu (2,9%).

En somme, l'importance du capital social dans le vécu quotidien des ménages en période post-crise est indéniable. Elle se manifeste surtout sous forme de solidarité dans

les épreuves. Ces dernières pouvant relever de plusieurs sources dont l'insécurité, le vol, la famine, la santé etc. Par ailleurs, la solidarité liée à l'occurrence de la maladie et, donc aux considérations sanitaires a fait l'objet d'attention particulière dans la littérature. Plusieurs travaux ont démontré l'utilité du capital social pour les sociétés contemporaines notamment au niveau de la santé (cf. Wallman et Baker, 1996 ; Atim, 1999).

Analyse du recours aux soins de santé dans les trois villes

Dans le cadre de ce travail, la stratégie pour avoir recours aux soins de santé est basée sur la solidarité ou l'entraide qui se manifeste à différents niveaux. Les individus malades bénéficient, soit du soutien de leur famille, soit de leurs réseaux sociaux (voisin, amis, assurance ou association) ou opèrent seuls pour

accéder aux soins. Il s'agit, ici, d'une distinction à la Coleman (1993) où les individus ou des petits groupes d'individus sont considérés comme des unités d'analyse. S'agissant des malades qui recourent aux soins modernes de santé, on observe, en général, que nombreux sont ceux qui ont à leur propre charge les frais relatifs à leur suivi médical. Une proportion de 67,5% de ces malades se soignent dans des structures de santé privée comparée à 61,4% dans le public. Cette tendance se confirme au niveau des trois villes avec une prédominance de cas au niveau d'Abidjan (76,9%), suivi de Brazzaville (66,3%) et de Kinshasa (63%) pour les centres de santé publics. Ce constat est identique à celui du privé où on note 72,5% de cas au niveau d'Abidjan, 56,8% à Brazzaville et 56,3% de malades à Kinshasa.

Certains malades bénéficient du soutien de leurs familles pour acquérir les soins. Ils sont estimés en moyenne cette proportion à 27,4% dans les hôpitaux étatiques contre 17,7% dans le privé. A Brazzaville, 31,6% de malades se soignent dans le public, bénéficient du soutien familial comparativement à Kinshasa et à Abidjan où ces proportions sont respectivement de l'ordre de 28,2% et 24,2%. Elles sont plus importantes que celles enregistrées au niveau des centres de santé privés. Très souvent, ce sont des amis qui assistent leurs camarades malades à avoir accès aux soins de santé modernes. C'est ce constat qui est en moyenne relevé dans les trois villes tant au niveau des centres de santé publics que privés. Toutefois, des amis contribuent plus (10,8%) lorsqu'il s'agit des centres de santé privés, comparativement au soutien apporté dans le cas des hôpitaux publics (6,5%). Cette tendance s'observe, également, à l'intérieur des trois villes avec une proportion plus importante à Kinshasa (14,1%), en comparaison à Brazzaville (12,9%) et dans une moindre mesure à Abidjan (3,5%). Pour conduire un malade dans les centres de santé publics, le soutien amical est estimé respectivement à 8%, 7,4% et 3,3% à Kinshasa, à Brazzaville et à Abidjan.

Il convient toutefois de souligner qu'en période post-conflit, ce sont très souvent, les organisations humanitaires qui viennent en aide aux populations en détresse. Elles peuvent activer, dans le cadre de leurs interventions, le mécanisme d'intervention rapide permettant de déployer des spécialistes sectoriels et d'apporter

des fournitures d'urgence dans les zones difficilement accessibles (UNICEF, 2017). Au Congo-Brazzaville, la période d'aide humanitaire fut gérée par les ONGs telles que Médecin sans Frontière et le CICR qui ont réhabilité certains centres de santé et fournis gratuitement du personnel soignant et des médicaments aux populations éprouvées (Dorter et Morand, 2012).

A Kinshasa, l'ONG Médecins du Monde-France (MDM-F) a développé un programme en 2009 pour la protection et l'amélioration de l'accès aux soins des enfants vivant dans la rue et en particulier les filles (OMS, 2010). En Côte d'Ivoire, Médecins Sans Frontières (MSF), une ONG à but humanitaire dans les situations de conflits armés a procédé au rééquipement du CHU de Bouaké en matériel Biomédical et a recruté et formé le personnel soignant (Coulibaly, 2015).

Le coût élevé des soins en période post crise entraîne souvent l'implication des assurances et des associations (caritatives) pour prendre en charge certains malades qui souscrivent ou adhèrent à ces structures. Leur contribution reste, cependant, faible lorsque le malade doit recourir aux soins modernes. Le rôle des assurances est beaucoup plus souligné dans les structures de santé privée. En moyenne, 2,8% de patients sont pris en charge par des assurances dans ces centres contre seulement 0,6% dans les établissements de santé publics. Les assurances contribuent respectivement dans le privé à hauteur de 3% et 3,1% à Brazzaville et à Kinshasa dans la prise en charge des malades contre 2,1% à Abidjan. Ces taux de prise en charge, quoique faibles, sont légèrement supérieurs à ceux observés au niveau des centres de santé publics. Ils sont estimés respectivement à 2,1% et 0,6% pour Brazzaville et à Kinshasa.

Toutefois, l'échantillon de chefs de ménage enquêtés au niveau d'Abidjan n'a pas permis d'identifier de malades se soignant dans les hôpitaux publics et bénéficiant d'une prise en charge de la part d'une structure d'assurance. Ce constat demeure le même pour les associations (caritatives). Concernant ces dernières, leur intervention dans la prise en charge des malades reste faible dans l'ensemble des trois villes. En moyenne, elles prennent en charge 1,4% de malades au niveau des structures sanitaires étatiques contre 1,3% dans le privé. C'est surtout à Brazzaville (1,1%) et à

Kinshasa (2,3%) qu'on enregistre au niveau des structures de santé publiques leur participation. Au niveau des soins de santé privés, aucune intervention de ces associations (caritatives) n'est notée au niveau de l'échantillon de Brazzaville. C'est surtout à Kinshasa qu'elles interviennent pour le suivi de 1,8% de malades, et seulement pour 0,7% de cas à Abidjan.

La guerre n'a pas souvent altéré toutes les bonnes relations de bon voisinage établies il y a belle lurette. Souvent, ce sont des voisins qui permettent aux malades de se soigner. Cette contribution est estimée dans l'ensemble pour le recours aux soins publics à 2,7% en moyenne pour les trois villes. A Kinshasa, on enregistre 4,6% de ce cas en comparaison à Brazzaville où il est de l'ordre de 1,1%. On ne dénombre pas de cas de ce genre à Abidjan. Qu'est-ce qui explique la trop grande dépendance des malades vis-à-vis de leurs réseaux sociaux pour l'acquisition des soins modernes ? La théorie nous enseigne que l'accessibilité aux services des centres de santé peut être contrainte par un certain nombre de facteurs économiques, géographiques et surtout de ceux qui relèvent de la qualité des soins offerts par ces structures. Au titre des facteurs économiques, on note qu'en moyenne dans les trois villes, ce sont les frais de consultation qui limitent prioritairement l'accès aux soins de santé publics de certains malades. On enregistre 49,5% de chefs de ménage malades qui se trouvent dans cette situation. Cette proportion est plus importante à Kinshasa (67,1%) et à Brazzaville (49,5%) comparativement à Abidjan (5,1%). Les prix des médicaments constituent le second facteur économique limitant la bonne accessibilité aux soins publics de santé. En moyenne, 7,1% de malades se trouvent dans ce cas pour l'ensemble des trois villes. Toutefois, on note 10% de cas à Kinshasa et 6,3% à Brazzaville. Aussi Abidjan ne reporte-t-il aucun cas de chef de ménage malade se trouvant dans cette situation sur l'échantillon enquêté. Les frais de transport constituent dans une moindre mesure une contrainte à l'accès aux soins publics. En moyenne, on note 4,5% de malades qui se trouvent dans cette situation sur l'ensemble des trois villes. Ce cas est plus élevé à Brazzaville

(9%) comparé à Kinshasa (5%) et Abidjan (0,8%).

L'éloignement des centres de santé constitue à la suite des frais de consultation le second handicap majeur à l'utilisation des soins modernes de santé publics. En moyenne, 13,1% de ménages malades renoncent à ce type de soins du fait de la distance qui sépare leur lieu d'habitation des structures de santé publiques. Une proportion plus importante de ce cas est enregistrée à Abidjan (29,7%), en comparaison à Brazzaville (12,6%), et particulièrement à Kinshasa où c'est seulement 6,7% de malades.

Un autre facteur explicatif non moins important du peu d'engouement des malades pour les soins de santé publics réside dans la qualité des soins offerts par ces centres. Dans l'ensemble, 8,3% des malades renoncent en moyenne à recourir aux soins offerts par les structures de santé publiques du fait de la mauvaise qualité des soins offertes par celles-ci. Une frange plus importante de ces malades est enregistrée à Kinshasa (11,2%) comparée à Brazzaville (8,1%) et à Abidjan (0,8%). L'ensemble de ces difficultés (surtout économiques) emmène certains malades à se diriger vers d'autres centres de santé. Cela est observable à travers les trois villes. Ainsi, on enregistre en moyenne 72,5% de ces malades³ qui recourent aux centres de santé privés, 16,1% se dirigent vers les soins traditionnels, et une proportion de 11,4% vont vers d'autres types de centres dont la nature n'a pu être déterminée par l'enquête. C'est à Brazzaville où plus de chefs de ménage malades recourent aux centres de santé privés (81,8%), comparativement à Abidjan (73%) et à Kinshasa (70,6%).

Concernant le recours aux centres traditionnels de santé, c'est à Abidjan que se trouve la plus grande proportion des malades avec 27% de cas, suivis de Kinshasa (12,6%) et de Brazzaville (10%). S'agissant des malades qui visitent les autres types de centres de santé, ils sont représentés seulement à Kinshasa et à Brazzaville avec, respectivement, les proportions de 16,7% et 8,2%. Cette médecine est accessible par la souplesse des modalités de paiement de ses prestations et offre un niveau

³ Ces patients qui se soignent dans les structures autres que celles publiques représentent environ 67,5%.

populaire de prise en charge des malades (OMS, 2013).

Par ailleurs, l'ensemble des relations excluant l'aide des parents du malade est le fruit de son réseau social.

Au terme de cette analyse, il est important de faire remarquer que le recours aux soins de santé de certains chefs de famille en cette période post-crise dans ces trois villes dépend, en grande, partie de leurs réseaux sociaux. Ce résultat a été mis en évidence par Cohen et Syme (1985) qui ont montré qu'une part non négligeable de l'état de santé tient au fait d'être intégré dans la société, c'est-à-dire de faire partie de réseaux de relations sociales ou d'avoir accès à un support social.

REVUE DE LITTERATURE

L'analyse des déterminants des soins de santé à partir de l'économétrie a privilégié l'usage de plusieurs modèles qui incluent des moindres carrés ordinaires (Mwabu, 1984), des équations simultanées (Acton, 1975), des variables qualitatives avec l'usage du probit (Kenkel, 1990), des méthodes de régression des quantiles (Mwabu et al, 2003) etc. Ces modèles ont permis de déterminer l'impact de plusieurs variables sur la demande de soins de santé. Dans cette optique, Dor et Van der Gaag (1988) montrent qu'en milieu rural ivoirien, les variables économiques sont les déterminants les plus significatifs de l'utilisation des soins de santé. Alderman et Gertler (1989), quant à eux, montrent que les individus vivant dans les ménages à revenus relativement élevés présentent une probabilité plus élevée de se faire soigner que ceux appartenant aux ménages pauvres. En ce qui concerne les prix des médicaments, Mwabu (1984) conclut, au terme d'une étude en milieu rural Kenyan, que les prix ont un effet qualitatif, mais pas quantitatif sur la demande de soins.

D'autres variables telles que le niveau d'éducation, l'âge du malade, le genre, l'information sur la santé et la distance des domiciles aux centres de santé peuvent aussi influencer l'accès aux soins modernes de santé. A ce propos, Sindelar (1982) montre que le malade est supposé dériver son utilité d'une fonction de production de santé ainsi que d'autres biens et services non médicaux. Cette fonction de production de santé est fonction de la qualité qui dépend, elle aussi, des

caractéristiques individuelles telles que le sexe, l'âge, la gravité de la maladie ou même du capital social. Kawachi et al (1997) montrent que le capital social constitue un élément médiateur entre les facteurs socio-économiques et un état de santé et de bien-être. Selon ces auteurs, les inégalités de revenu expliquent environ 86% des écarts de santé entre les Américains, mais la majeure partie de cet effet qui représente environ 80% se fait par l'intermédiaire du capital social. De plus, ils rappellent qu'une hausse de 10% de capital social dans une communauté entraîne une baisse de mortalité de l'ordre de 6%. Dans cette perspective, Sullivan et al (1999) montrent que l'une des variables importantes de l'état de santé et du bien-être de certains segments de la population passe par une hausse du capital social.

Concernant le rôle de l'éducation, Ssewanyana et al (2006) relèvent, dans le cadre d'une étude relative à l'Ouganda, que l'augmentation du niveau d'éducation entraîne une probabilité plus grande de recours aux soins de santé.

À la vue de cette revue succincte de la littérature sur les déterminants du recours aux soins de santé et des différents modèles économétriques qui ont servi d'instruments d'analyse, notre examen de la situation post-crise dans les trois villes africaines privilégie l'usage du logit multinomial. Ce choix résulte du fait que la variable dépendante dans cette analyse est nominale et non ordonnable, et les comparaisons qu'elles impliquent sont au-delà de celles qui sont requises lorsque l'on applique le logit binaire.

METHODOLOGIE

Le recours aux soins de santé, qu'il soit moderne ou traditionnel devient difficile en période post-crise. Cette difficulté réside tant au niveau de la demande que de l'offre des soins. Hormis le conteste socioéconomique difficile qui limite les ressources financières des ménages, le plateau technique est désuet dans bon nombre de cas et le recours à un personnel soignant de qualité est souvent difficile. Ce qui fait que d'autres personnels soignants non modernes tels que des guérisseurs ou des tradipraticiens sont aussi consultés par des

personnes malades à cette période. En outre, l'automédication demeure encore une pratique à l'intérieur de la plupart des villes africaines, particulièrement au sein de celles que nous étudions. Le recours à ces trois modalités témoigne du caractère qualitatif de la variable expliquée. Les données sont spécifiques aux individus et ne se rapportent pas aux différentes alternatives. Ces caractéristiques relatives aux données, ajoutées aux spécificités de la variable expliquée nous emmènent à utiliser le logit multinomial sous l'hypothèse que les perturbations sont indépendamment et identiquement distribuées et après vérification de l'hypothèse des alternatives non pertinentes (IIA).

Modèle théorique et estimation du modèle économétrique

L'analyse de l'accès aux soins de santé en période post-crise peut être mise en évidence à partir d'un modèle de comportement inspiré par Gertler et Van Der Gaag (1988). Dans ce modèle, l'utilité dépend de l'état de santé procuré par la consommation des biens médicaux et celle des biens non médicaux. La consommation des biens médicaux améliore l'état de santé qui procure de l'utilité (Phelps, 1995).

Ainsi, le bénéfice obtenu de la consommation des biens médicaux est une amélioration de l'état de santé ; et le coût d'obtention des biens médicaux, une réduction de la consommation des autres biens et services. On suppose que la perception de la qualité d'une alternative de soins est définie par l'amélioration de l'état de santé procuré par ces soins. Le coût de cette alternative est composé de dépenses directes (frais de consultation, etc.), mais aussi de coûts indirects (transport, coût d'opportunité du déplacement). La prise en compte de cette information permet au malade de choisir à partir de son revenu l'alternative qui lui procure l'utilité la plus élevée.

L'utilité procurée par les soins reçus chez le pourvoyeur de soins j est donnée par :

$$U_j = U(U_j, C_j) \quad (1)$$

où ;

H_j est l'état de santé que l'individu obtient du traitement chez le pourvoyeur de soins j ;

C_j est la part du revenu consacrée aux biens non médicaux.

La qualité d'un pourvoyeur de soins médicaux est définie comme la différence entre l'état de santé que procurent ces soins et l'état de santé procuré par l'automédication.

Si H_0 représente l'état de santé obtenu sans avoir recours à des soins de santé, la qualité du pourvoyeur de soins j est :

$$Q_j = H_j - H_0 \quad (2)$$

La qualité des soins j varie par pourvoyeur et peut aussi bien varier selon des variables sociales telles que le niveau d'instruction, l'âge, le sexe, ou même à partir des préférences des individus, de leurs familles ou de leurs réseaux de relation.

Soit P_j le coût total d'obtention des soins chez le pourvoyeur de soins j et Y le revenu du patient. Sa contrainte budgétaire s'écrit comme suit :

$$C_j + P_j^* = Y ; \text{ avec } C_j > 0. \quad (3)$$

La substitution de (3) dans (1) pour C_j nous donne la fonction d'utilité semi-directe suivante :

$$U_j = U(H_j, Y - P_j^*) \quad (4)$$

L'équation (4) montre que le revenu affecte l'utilité à travers le terme de la consommation. Si l'individu dispose de $J+1$ alternatives de soins, le problème de maximisation de l'utilité s'écrit :

$$U^* = \max(U_0, U_1, \dots, U_j) \quad (5)$$

Où U^* est l'utilité maximum.

La fonction d'utilité du patient ou de celui qui prend la décision de recourir aux services de santé est aléatoire. Elle est composée à la fois de termes déterministe et stochastique.

$$U_{ij} = V_{ij} + \varepsilon_{ij} \quad (6)$$

V_{ij} est la partie déterministe de la fonction d'utilité, et ε_{ij} est le terme aléatoire.

A la suite des auteurs comme Dor et Gaag (1988), Sindelar (1982), spécifions une fonction d'utilité linéaire. Soit :

$$V_{ij} = \beta_{0j} + \beta_j X_{ik} + \alpha(Y - P_j) \quad (7)$$

Cette forme linéaire est plus appropriée pour la maximisation d'une fonction d'utilité stable.

X_{ik} : Vecteur des caractéristiques individuelles, Y : Revenu du ménage

$Y - P_j$: Consommation des biens non médicaux

Nous faisons l'hypothèse que les parties stochastiques de ces fonctions ne sont pas corrélées étant donné que chaque type de recours a sa caractéristique qui lui est propre.

La probabilité de choisir la médecine moderne (alternative J) plutôt que l'automédication (alternative k) est définie comme la probabilité que l'utilité procurée par la médecine moderne est plus élevée que celle des autres alternatives de soins. Soit :

$$\Pi_{ij} = \left[(V_{ij} - V_{ik}) > (\varepsilon_{ij} - \varepsilon_{ik}), \forall j \neq k \right] \quad (8)$$

On suppose que les ε_{ij} sont identiquement et indépendamment distribués (*iid*), selon une loi log de Weibull.

L'individu ne recourt pas à plus d'un personnel médical au moment où il se soigne dans le cas d'une maladie. Ainsi, la probabilité pour un individu i de recourir à un type de soins est :

$$\Pi_{ik} = \frac{e^{V_{ik}}}{1 + e^{V_{i,1}} + e^{V_{i,2}}} \quad (9)$$

Dans le cadre de cette étude, on considère les alternatives suivantes :

- Automédication,
- Médecine moderne,
- Médecine traditionnelle.

L'étude est effectuée dans les trois villes que sont Abidjan, Brazzaville et Kinshasa.

Source des données et statistiques descriptives

Les données utilisées sont tirées de l'enquête menée conjointement dans les villes

d'Abidjan, de Brazzaville et de Kinshasa. Cette enquête a été financée par le CODESRIA dans le cadre de son programme d'étude comparative. Elle a porté sur 1 586 chefs de ménage repartis dans les trois villes. Plusieurs rubriques ont été couvertes au cours de cette enquête. Notre attention porte, toutefois, sur l'accès aux soins de santé. A ce titre, 765 chefs de ménages déclarés malades ont été extraits pour analyser le recours aux soins de santé. Les variables explicatives concernent les caractéristiques du ménage, du chef de ménage, des soins et du capital social de ce dernier. Ici, le rôle du capital social est mis en évidence à travers la gravité de la maladie. Cette variable est un proxy. En effet, la gravité de la maladie dans cette période de paupérisation généralisée active les réseaux sociaux des individus malades pour qu'ils recourent aux soins.

Dans notre investigation auprès des chefs de ménage, le rôle des parents, des amis, des voisins ou des réseaux est indéniable dans le recours aux soins de santé de ces derniers. Ces réseaux sont constitués d'associations caritatives et surtout d'assurances qui apportent assistance à un de ses membres lorsque celui-ci est victime d'un sinistre, de catastrophes naturelles ou d'incapacité causée par un accident, une maladie etc. Ainsi, on comprend que le capital social intervient dans l'accès aux soins d'un patient lorsque les coûts qu'implique sa guérison sont en général au-delà de sa portée. Dès lors, la gravité de la maladie permet de mettre en évidence les mécanismes de solidarité dont celui-ci bénéficie. Par exemple, le malade peut avoir entretenu des relations humaines particulières sur de longues périodes au sein de son réseau social au point où celui-ci se sent redevable vis-à-vis de lui en cette période où il est malade.

Le capital social de l'individu malade peut aussi renfermer par exemple un personnel soignant qui peut apporter son aide à son accès aux soins. Ce sont toutes ces activités à l'intérieur du capital social qui peuvent s'opérer par le biais d'un ami, d'un voisin, des membres de la famille ou du réseau social que nous avons mis en évidence dans l'étude, à travers la question '*qui vous a emmené à ce centre*'. En ce qui concerne les soins modernes, ce sont les soins dans le public et le privé qui sont considérés. Les variables continues ont été prises en logarithme. Les Tableaux A4 et A5 reportés en annexe, présentent la définition et la

description détaillée des variables du modèle. Sur la base des informations contenues dans ces tableaux, on procède à l'estimation du modèle économétrique.

Estimation du modèle économétrique

Cette analyse est basée sur la recherche des éléments du capital social et des caractéristiques socioéconomiques qui militent en faveur d'une explication judicieuse du recours aux soins de santé en période post-crise. L'estimation a été faite avec trois options, notamment, la médecine moderne, la médecine traditionnelle et l'automédication qui sert de base de référence ou de comparaison. De même, la ville de Brazzaville est celle à partir de laquelle on fait l'interprétation comparée des résultats. Ce choix s'explique par le souci de mettre en évidence les caractéristiques de l'Afrique centrale en matière de recours aux soins comparativement à celles de l'Afrique occidentale.

Le choix d'Abidjan par exemple ne consisterait qu'à mettre en évidence les caractéristiques d'une seule région qui est celle de l'Afrique centrale ; ce qui serait de nature à atténuer la portée de l'aspect comparatif de l'analyse. Les résultats, en annexe, renferment les coefficients standards, les effets marginaux pour les variables qualitatives et les élasticités pour les variables continues. Aussi le test de Wald (Long, 1997) pour vérifier l'hypothèse selon laquelle les coefficients associés à deux options m et n par exemple sont égaux a-t-elle été effectuée. Si cette hypothèse est vérifiée, alors les deux options peuvent être combinées ; ce qui n'est pas le cas ici. Aussi, la non linéarité des paramètres du modèle logit multinomial requiert-elle l'usage des effets marginaux pour mieux interpréter les résultats. Les effets marginaux de la variable x sur l'alternative k se réfère à l'échange dans la probabilité de l'individu i de choisir l'alternative k en réponse au changement dans x . Les effets

marginaux sont interprétés à partir de la forme fonctionnelle du logit multinomial⁴.

Analyse et interprétation des résultats

Dans cette partie, nous analysons et interprétons les résultats des estimations, conformément aux hypothèses suivantes :

- les variables socioéconomiques telles que le revenu, le niveau d'éducation, l'âge du malade, la taille du ménage et le genre affectent positivement le recours aux soins de santé. D'autres telles que le prix des médicaments, la religion et la nationalité l'affectent négativement.
- le capital social dans l'optique de la famille et du réseau est un déterminant positif du recours aux soins de santé.

Effets des variables socioéconomiques

- Revenu

Le résultat au niveau des trois villes suggère que le Revenu n'est pas une variable significative au niveau de l'accès aux soins modernes en situation post crise. Ce constat est fait à Abidjan ou même à Kinshasa en comparaison à Brazzaville. Il demeure inchangé pour ces deux villes même pour des niveaux de Revenu 2. Pour ce type de revenu, au seuil de 10,4%, il détermine significativement et négativement le recours aux soins de santé moderne dans l'ensemble des trois villes. Toutefois, les élasticités relatives à ce recours ne sont pas significatives.

Hormis Kinshasa, le revenu détermine significativement et positivement le recours aux soins de santé traditionnelle dans l'ensemble des deux villes et à Abidjan. De même, Revenu 2 détermine significativement et négativement ce recours seulement au niveau global. Les élasticités pour ce recours ne sont, cependant, pas significatives. Contrairement à ce résultat,

4A partir de la forme fonctionnelle du modèle logit multinomial $\Pr(V_k=1)$, Long (1997) montre que :

$$\frac{\partial \Pr(V_k=1)}{\partial x} = \Pr(V_k=1) \left(\alpha_{k,x} \beta_{ij} - \sum_{j=1}^J \alpha_{j,x} \Pr(V_j=1) \right)$$

Les effets marginaux d'une variable indépendante

donnée dépendent de ces coefficients β et de toutes les autres variables.

l'augmentation de 1% dans le Revenu entraîne une amélioration du recours aux soins traditionnels de l'ordre de 134,83% à Abidjan. Pour des niveaux de Revenu2, le patient à Abidjan ne recourt plus à ce type de médecine. L'élasticité associée à cette réduction du recours traditionnel est estimée environ à -66,47%.

- *Age*

L'Age du malade et Age2 ne sont pas des déterminants significatifs dans l'analyse du recours aux soins de santé moderne au niveau du résultat global, d'Abidjan et de Kinshasa. Aussi ces deux variables ne sont-elles pas significatives dans l'analyse du recours aux soins de santé traditionnelle aux seuils conventionnels. Toutefois, au seuil de 10,6%, l'Age du malade détermine significativement et négativement le recours à la médecine traditionnelle. Par exemple, pour un accroissement de 1% dans l'Age, le recours aux soins traditionnels est sensé décroître d'environ 112,06%.

- *Taille*

Les variables Taille et Taille2 ne déterminent pas significativement le recours aux soins de santé moderne au niveau d'Abidjan et du résultat global. Au niveau de Kinshasa, seule la variable Taille détermine significativement et négativement ce recours. Toutefois, l'élasticité associée à cette variable n'est pas significative. Au niveau du recours aux soins traditionnels, Taille et Taille2 ne sont pas des déterminants significatifs au niveau du résultat global à Abidjan. Contrairement à ce résultat, Taille et Taille2 sont des déterminants significatifs du recours aux soins de santé traditionnelle à Kinshasa. La taille détermine significativement et négativement ce type de recours, tandis que Taille2 le détermine de manière significative et positive. Toutefois, les élasticités associées à ces deux variables ne sont pas significatives. On peut conclure que les ménages de petites tailles ne recourent pas aux soins traditionnels de santé. C'est lorsque la taille du ménage est très grande qu'ils se dirigent vers ce type de soins.

- *Prix*

Le Prix ici est relatif au prix des médicaments que le malade paie pour recouvrer

la guérison. Il est connu dans l'analyse du recours aux soins comme une variable qui caractérise les soins. Hormis Abidjan où les variables Prix et Prix 2 ne sont pas significatifs, les paramètres associés à ces deux variables sont tous significatifs pour le recours aux soins modernes de santé à Kinshasa et au niveau du résultat global. Autrement dit, le prix des médicaments est un déterminant significatif et négatif du recours aux soins de santé moderne, tandis que Prix 2 est un déterminant significatif et positif pour ce type de recours. Ce faisant, les élasticités associées à Prix et Prix 2 ne sont pas significatives. S'agissant du recours à la médecine traditionnelle, Prix et Prix 2 sont des déterminants significatifs au niveau du résultat global, d'Abidjan et Kinshasa.

Pour ces trois résultats, le Prix détermine significativement et négativement le recours aux soins de santé traditionnelle, tandis que Prix2 détermine significativement et positivement ce recours. Toutefois, en dehors d'Abidjan, les élasticités associées à ces deux variables ne sont pas significatives. A Abidjan, l'élasticité prix de la demande des soins traditionnels est de l'ordre de -41,99%. Celle de Prix2 est estimée à 18,18%. Au total, on peut retenir que le prix des médicaments est un déterminant significatif du recours aux soins modernes de santé au niveau du résultat global et de Kinshasa. Ce résultat est compatible à celui des travaux antérieurs menés par Perrin (2000) à Abidjan sur le recours aux soins de santé moderne. Cet auteur trouve que le prix des médicaments a un impact négatif sur ce type de recours. Quant aux recours aux soins traditionnels, le prix des médicaments demeure l'un de ses déterminants significatifs et négatifs. Ce faisant, pour des prix très élevés, les malades ne recourent pas à la médecine traditionnelle.

- *Éducation*

L'éducation est une variable qualitative qui retrace le niveau scolaire du chef de ménage dans la présente étude. Elle est supposée influencer le recours aux soins de santé qu'ils soient modernes ou traditionnels. Les résultats montrent qu'au niveau global et à Kinshasa, aucun niveau d'éducation ne détermine le recours aux soins de santé moderne. Au niveau d'Abidjan, le niveau d'éducation détermine significativement le recours aux soins de santé moderne. Les chefs de ménage qui ont les niveaux primaire et secondaire constituent des

déterminants significativement négatifs pour ce recours. Les effets marginaux associés à ces deux niveaux d'éducation ne sont, cependant, pas significatifs.

Au niveau du recours aux soins traditionnels, l'éducation ne détermine pas significativement ce choix au niveau de Kinshasa. Dans cette ville, aucun niveau d'éducation ne détermine significativement le recours à cette médecine. Cependant au niveau global et à Abidjan, l'éducation détermine le recours aux soins traditionnels. Au niveau global, seul le niveau primaire détermine significativement et négativement ce recours. Ici, avoir le niveau primaire est associé à une diminution de la probabilité du recours aux soins de santé traditionnel de l'ordre de 0,049. A Abidjan, ce sont les niveaux d'éducation primaire et secondaire qui déterminent significativement et négativement le recours à la médecine traditionnelle. Néanmoins, les effets marginaux associés à ces deux niveaux d'éducation ne sont pas significatifs. En somme, on peut remarquer que les différents niveaux d'éducation ne favorisent pas le recours aux soins moderne et traditionnel. En ce qui concerne les soins modernes, nos résultats contrastent avec ceux de Ssewanyana et al (2006) dans le cas de l'Ouganda où l'augmentation du niveau d'éducation est associée à une probabilité plus grande du recours aux soins de santé.

- *Genre*

La contribution supposée du genre dans l'analyse de l'accès aux soins de santé de la population en période post- crise est indéniable. Les femmes ne recourent, cependant, pas à la médecine moderne comparativement aux hommes ni à Abidjan ni à Kinshasa et au niveau global. S'agissant du recours aux soins traditionnels, c'est seulement au niveau global qu'elles déterminent significativement ce type de recours. A ce niveau, être femme est associé à une augmentation de la probabilité de recours aux soins traditionnels de l'ordre de 0,072. A Abidjan et à Kinshasa, par contre, elles ne déterminent pas significativement le choix du recours à la médecine traditionnelle. Au total, il découle de cette analyse que le genre, représenté par des femmes, ne détermine pas les recours aux soins modernes de santé en période post conflit à Abidjan et à Kinshasa, comparativement à Brazzaville. Ce résultat

diffère de celui trouvé à Abidjan par Yao (2000). Cet auteur montre que 42% des femmes se traitent à l'hôpital. Comparativement à ce résultat, dans l'ensemble, les femmes déterminent significativement et positivement le recours aux soins de santé traditionnelle. Ce dernier résultat est conforme à celui mis en évidence au niveau d'Abidjan (cf. Yao, 2000) sur le rôle de l'indigénat comme option de soins de santé à laquelle les femmes ont recours.

- *Nationalité*

La nationalité est utilisée comme un proxy du groupe ethnique. Le coefficient associé à la nationalité dans le cas de Kinshasa montre que la variable, Etranger, est un déterminant significatif et positif du recours aux soins modernes de santé, mais les effets marginaux relatifs à cette variable ne sont pas significatifs. Cependant, au niveau d'Abidjan et du résultat global, étranger ne détermine pas significativement le choix de la médecine moderne. Ce constat est identique à celui du recours à la médecine traditionnelle. Etranger n'a pas d'influence significative sur le recours aux soins de santé traditionnelle à Abidjan et au niveau global. A Kinshasa, par contre, Etranger est un déterminant significativement positif du recours aux soins de santé traditionnelle quoique les effets marginaux ne soient pas significatifs.

- *Religion*

La religion est une variable sociale qui est supposée affecter le recours aux soins de santé. La pluralité des religions, avec son corollaire de soumission totale à Dieu, modifie assez souvent le comportement et la vision sanitaire des religieux surtout en période post-conflit. Sur l'échantillon de chefs de ménage malades prélevés, on observe que la religion ne détermine pas significativement le choix du recours à la médecine moderne et à celle dite traditionnelle en comparaison à l'automédication au niveau global, à Abidjan et à Kinshasa.

- *Villes*

Les villes d'Abidjan, de Brazzaville et de Kinshasa ont été introduites dans cette analyse comme des variables explicatives muettes pour appréhender si elles sont de nature à orienter l'étude sur la ville susceptible de rendre compte

de l'analyse du recours aux soins de santé en période post crise. Comparativement à Brazzaville, Abidjan et Kinshasa ne sont pas des déterminants significatifs du recours aux soins de santé qu'ils soient modernes ou traditionnels.

Effets des variables du capital social

Le capital social est appréhendé comme un proxy de la *gravité de la maladie*. Cette variable "gravité de la maladie" s'est avérée être un déterminant significatif de l'usage des soins modernes de santé dans plusieurs études empiriques (Lasker, 1981 ; Hulka et Wheat, 1985). Ici, on suppose que le malade gravement atteint bénéficie du soutien de son capital social par le truchement d'un membre de la famille, des individus de son réseau, ou bien ils disposent de moyens pour se soigner seul. Dans ce cas, il recourt seul aux soins de santé. Ces trois différents moyens pour accéder à un soin de santé de la part d'un malade, nous permet de mettre en exergue la notion de capital social dans sa dimension individuelle, familiale et de réseau. Le cas où l'individu se rend seul chez le pourvoyeur de soins constitue la référence. Une telle distinction est conforme à l'optique d'Ayé et al (2002).

- Famille

La contribution de la cellule familiale dans le recours aux soins de santé d'un membre est indéniable en période post - conflit. En cette période de rareté des ressources financières, le recours aux soins de santé de certains malades provient de l'action de leur famille. En dehors d'Abidjan, la famille en tant que structure sociale de premier niveau détermine significativement et positivement le recours aux soins de santé moderne au niveau global et à Kinshasa. Sur la base du résultat global, la contribution familiale est associée à une augmentation de la probabilité de recours aux soins modernes de santé de l'ordre de 0,053. Cette probabilité est d'environ 0,054 au niveau de Kinshasa. En ce qui concerne le recours aux soins de santé traditionnelle, le constat est identique à celui des soins modernes. La famille détermine significativement et positivement le recours aux soins de santé traditionnelle au niveau global et à Kinshasa. Toutefois, la probabilité à ce type de recours diminue de l'ordre de 0,047, lorsque la contribution familiale s'accroît pour aider le malade au

niveau global. Au niveau de Kinshasa, cette probabilité du recours aux soins traditionnels décroît d'environ 0,054 suite à l'accroissement de la contribution familiale. Au total, on peut déduire de cette analyse que la famille, en tant que composante du capital social, est un déterminant significatif du recours aux soins de santé, surtout en période post conflit. Lorsque la contribution familiale devient importante, la probabilité de recours aux soins traditionnels baisse.

- Réseau

L'appartenance à un réseau de relation humaine contribue à l'amélioration des conditions d'accès aux soins de santé. Le réseau est identifié comme un déterminant significatif du recours aux soins de santé moderne au niveau des trois résultats. En dehors d'Abidjan où il est un déterminant significativement négatif du recours aux soins modernes, au niveau global et à Kinshasa, il détermine significativement et positivement le recours à ce type de soins. Toutefois, les effets marginaux associés au Réseau ne sont pas significatifs au niveau d'Abidjan et Kinshasa. Concernant le résultat global, être membre d'un Réseau est associé à une réduction de la probabilité de recourir aux soins modernes de santé de l'ordre de 0,091. Concernant le recours aux soins de santé traditionnelle, il ne le détermine pas significativement à Abidjan. Par contre, à Kinshasa et au niveau global, le Réseau est un déterminant significativement positif du recours aux soins de santé traditionnelle. Toutefois, les effets marginaux associés au Réseau ne sont pas significatifs au niveau de Kinshasa. Par contre, au niveau global, être membre du Réseau est associé à une augmentation de la probabilité de recours de l'ordre de 0,094. On peut observer qu'en période post -conflit, du fait du faible niveau d'investissement dans le Réseau, la probabilité pour qu'il assiste un malade à recourir aux soins de santé est plus significative pour les soins traditionnels. Lorsqu'il s'agit des soins modernes, cette probabilité diminue suite à l'accroissement des charges à couvrir.

CONCLUSION ET IMPLICATIONS

Au terme de la présente analyse consacrée à la détermination de la contribution des variables socioéconomiques et du capital social dans le recours aux soins de santé en période post -conflit, on peut noter que les

signes attendus des variables économiques telles que le revenu et le prix des médicaments restent dans la logique des travaux empiriques quoique le revenu présente quelques spécificités qui sont attribuables à la paupérisation générale qui prévaut à cette époque. En période post - crise, la vie économique n'a pas véritablement repris son cours normal, et la majeure partie des populations qui ne dispose pas d'un niveau de revenu relativement élevé, préfère le choix de la médecine traditionnelle pour se soigner. Les populations qui disposent d'un niveau de revenu élevé, recourent à la médecine moderne de meilleure qualité comparativement à l'automédication.

Les variables sociales telles que l'âge et le genre ne déterminent que le recours à la médecine traditionnelle. La taille ne détermine le recours à la médecine traditionnelle que lorsque le nombre de personnes qui compose le ménage est très grand. Quant au niveau d'éducation, il reste un déterminant significatif, mais négatif du recours aux soins de santé moderne et traditionnel. En ce qui concerne le recours aux soins modernes, cette corrélation s'explique par la présence à cette période des Organisations Non Gouvernementales (ONG) telles que la croix rouge, qui offre gratuitement des soins à cette période. Les niveaux d'éducation mis en exergue dans cette analyse permettraient à leurs détenteurs de bénéficier de ces opportunités. S'agissant d'Étranger, il détermine significativement le recours aux soins de santé traditionnelle. Notre analyse n'a, cependant, pas pu conclure quant à la significativité de la variable sociale religion et de la variable muette villes.

Nonobstant ce résultat, le capital social est un déterminant significatif du recours aux soins de santé. Sur la base de nos estimations, la famille est un soutien remarquable pour l'accès aux soins de santé moderne. Lorsque le réseau intervient, en moyenne c'est pour conduire le malade vers les soins traditionnels. Aussi la contribution du réseau décroît-elle dans l'analyse de l'accès aux soins de santé moderne. Ce résultat s'explique par le degré d'implication du patient dans les activités du réseau. L'appartenance au réseau étant le fruit d'un *investissement*, moins l'individu investit dans les activités du réseau, moins sera l'assistance qu'il recevra en contrepartie, en cas de besoin. Au total, les différences constatées dans la significativité des deux variables du capital

social sont à rechercher beaucoup plus dans la nature et le fondement du capital social spécifié. Alors que la famille est une émanation naturelle, le réseau reste un construit artificiel qui œuvre pour l'amélioration du bien-être social.

En outre, cette différence résulterait du fait que les activités du réseau décroissent en cette période du fait du manque de participation sociale causée par le niveau de revenu faible des populations. Ce constat a été mis en évidence par (Sullivan et al, op.cit) qui montrent que le capital social dans l'optique du réseau s'accroît sous l'effet de la participation sociale et diminue à mesure que le niveau de revenu décroît, conduisant ainsi à l'exclusion sociale. Selon ces auteurs, le phénomène de paupérisation entraînerait une baisse du capital social qui à son tour, agirait sur l'état de santé et du bien-être de la population. C'est à cette manifestation que l'on assiste lorsqu'il ressort de l'analyse des résultats que le réseau conduit le malade vers les soins traditionnels.

Sur la base de cette analyse, il serait important que les planificateurs œuvrent dans le sens de la normalisation de la vie publique dans ces trois pays. A ce titre, ils doivent poser les bases réelles d'une réconciliation vraie qui favorisent le retour à la stabilité dans les trois villes. Cette action doit être appuyée par la communauté internationale dans le cadre de ses activités d'assistance aux nations en reconstruction. Dans cette perspective, les autorités publiques doivent rassurer la population sur les conditions sécuritaires qui sont susceptibles de freiner sa forte migration. La mise en œuvre de cette mesure aura un impact positif sur la reconstruction du capital social à travers la constitution des cellules familiales et par voie de conséquence des réseaux sociaux dans lesquels elles s'épanouissent. En outre, la lutte contre la pauvreté doit être le leitmotiv des autorités publiques afin de réduire les inégalités de revenu qui limitent l'accès aux soins de santé moderne et fragilise la performance des réseaux sociaux. Toutefois, la présente étude n'est pas parvenue à établir de façon significative en cette période post-crise la pertinence de la religion dans l'analyse du recours aux soins de santé. La recherche des causes de cet état de fait ouvrirait la voie à une nouvelle recherche dans le but de mieux comprendre le recours aux soins de santé en période post-conflit.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel-Smith, B., (1986). "Le financement de la santé pour tous : l'assurance offre t'elle la solution ?" In; *Forum Mondial de la Santé*, vol.7, pp3-31.
- Acton, J-P., (1975), "Monetary factors in Demand for Medical services: some empirical evidence", *Journal of Political Economics*, vol.83, n°3.
- Adjamagbo, A., (1997), "Les solidarités familiales dans les sociétés d'économie de plantation : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire", In; *Ménages et Familles en Afrique: approches des dynamiques contemporaines*, CEPED, Paris.
- Alderman, H., and P. Gertler (1989), "The substitutability of public and private health care for the treatment of children in Pakistan", *LSMS Working Papers*, n°37.
- Atim, C., (1999), "Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon", *Social Sciences and Medicine*, vol.48, pp.881-896.
- Ayé, M., F. Champagne, A. P. Contandriopoulos (2002), "Economic role of solidarity and social capital in accessing modern health care services in the Ivory Coast", *Social Science and Medicine*, vol.55, pp.1929-1946.
- Bourdieu, P., (1980) "Le capital social : Notes provisoires", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°31, pp.2-3.
- Buor, D., (2004), "Gender and the utilization of health services in the Ashanti Region, Ghana", *health policy*, vol.69, n°3, pp.375-388.
- Buor, D., (2003), "Analyzing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo South District", *International Journal of Planning and Management*, vol.18, pp.293-311.
- Carrin G., James C., Evans D. (2006), *Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement*, World Bank, Washington D. C.
- Chawla, M., R. P. Ellis (2000), "The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger", *Health Policy and Planning*, vol.15, n°1, pp.76-84.
- Cohen, S., and S. L. Syme (1985), *Social Support and Health*, Academic Press Inc, London.
- Coleman, J. S., (1988), "Social Capital in the Creation of Human Capital", *American Journal of Sociology Supplement*, vol. 94, pp.95-120.
- Coleman, J. S., (1993), "The rational reconstruction of society", *American Sociological Review*, Vol.58, pp.1-15.
- Coulibaly B., (2015), "Stratégies de résilience du système sanitaire ivoirien en situation de crise armée : le cas de la ville de Bouaké", *European Scientific Journal*, vol.11, n°26
- Dasgupta, P., and I. Serageldin (1999), *Social capital: A Multifaced Perspective*, Banque Mondiale, Washington, D.C.
- Dor, A., J. Van der Gaag (1988), "The demand for medical care in developing countries: Quantity rationing in rural Cote d'Ivoire", *Working paper*, n°35.
- Dorter E., Morand E., (2012), « Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo », *Bulletin de l'Association de géographes français*, n°2, pp. 295-312.
- Eloundou-Enyegue, P., (1992), *La solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun*, CEPED, Paris.
- Fonds des Nations Unis pour l'Enfance, (2017), "Action humanitaire de l'Unicef Pratiques actuelles, principales difficultés et Possibilités", EB13, rev.1, pp. 2-15.
- Fournier, P., et S. Haddad (1997), "Dimension de la qualité des services de santé en Afrique au sud du Sahara", In; Brunet-Jailly J (ed), *Innover dans les services de santé: Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Khartala.
- Fukuyama, F., (1995), *La confiance et la puissance : vertus sociales et prospérités économiques*, Editions Plons, Paris.
- Gertler, P., and J. Van der Gaag (1990), *The willingness to pay for medical care: Evidence from two developing countries*, Johns Hopkins University press, Baltimore.
- Ghobara, H., P. Huth., and B. Russett (2003), "Civil Wars Kill and Maim People-Long after the Shooting Stops,"

- American Political Science Review*, vol.97, n°2.
- Goulding, K. E., (1989), *Three Faces of Power*, Sage Publication, London.
- Haddad, S., et P. Fournier., (1993), Initiative de Bamako, systèmes de paiement et utilisation du médicament. Position du problème, aspects conceptuels et méthodologiques pour une recherche multicentrique, *Rapport de recherche soumis au Programme des Médicaments Essentiels de l'OMS*.
- Hulka, B., and J. Wheat (1985), "Patterns of utilization: the patient perspective", *Medical Care* vol.23, pp.438-460.
- Juillet, A., A. Ouattara., P. Walfard (2000), Etude sur la faisabilité d'une mutuelle s'adressant à la clientèle des FSU-Com, *Rapport final*, GIDIS-CI.
- Kaddar, M., (1997). "Prépaiement des soins de santé", In, *l'enfant en milieu tropical*, Centre International de l'Enfance et de la Famille, Paris.
- Kaddar, M., A. Tchicaya (1997), *Indigence et accès aux soins de santé en Afrique Sub-saharienne : situation et perspectives d'action*, Centre International de l'Enfance ...et de la Famille, Paris.
- Kawachi, I. B., P. Kennedy and K. Lochner (1997) "Long live community: Social capital as public Health", *American Prospect*, vol.35, pp.56-59.
- Kelley, A. G., E. Kelley; C. S. Simpara; O. Sidibé and M. Makinen (2000), Reducing barriers to the use of basic health services: findings on demand, supply and quality of care in Sikaso and Bla, *The Equity intuitive in Mali*, PHR, Abt, USAID, Unicef.
- Kenkel, D., (1990), "Consumer health information and Demand for Medical Care", *The review of Economics and Statistics*, Vol LXXII, n°4.
- Lasker, J. N., (1981), "Choosing amongst Therapies: illness behavior in the Ivory Coast", *Social Science and Medicine*, vol.15, pp.157-168.
- Long, J. S., (1997), *Regression Models for categorical and Limited Dependent variables*, Sage Publication, London.
- Mariko, M., (2003), "Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific role of structural, process and outcome components", *Social Science and Medicine*, vol.56, pp.1183-1196.
- Marie, A., (1997), "Les structures familiales l'épreuve de l'individuation citadine", In, *Ménages et Familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines*, CEPED, Paris.
- Mauss, M., (1985), "Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques", In ; *Sociologie et Anthropologie*, PUF, Paris.
- Mayoukou, C., (1994). *Le système des tontines en Afrique, un système bancaire informel*, le Harmattan, Paris.
- Molloumba F., Bossali F., Molloumba P., Ewaméla G. (2011), « La pharmacopée des peuples Pygmées du nord-ouest du Congo Brazzaville pour les affections bucco-dentaires », *Société française d'histoire de l'art dentaire*, n°16, pp. 98-100.
- Mwabu, G., (1984), "Economic development and malaria prevalence: An empirical analysis with reference to Kenya", *American Association for the Advancement of Sciences*,
- Mwabu, G., J. Wang'ombe., and B. Nganda (2003), "The Demand for Medical Care in Kenya", *African Development Review*, n°2-3, pp. 439.
- Organisation Mondiale de la Santé, (2013), *Renforcement du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : une stratégie pour la région africaine*, Rapport d'étude, Brazzaville.
- Organisation Mondiale de la Santé, (2010), *Rapport annuel apport annuel Cluster Santé 2009*, draft n°5, Kinshasa.
- Organisation Mondiale de la Santé, (2005), *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines*, Report of a WHO global survey, Geneva.
- Organisation Mondiale de la Santé (2003), « *Crise en Côte d'Ivoire : Urgences Sanitaires* », Rapport de situation n°5.
- Perrin, H., (2000), Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé à Abidjan, PSA, *Rapport final*, GIDIS-CI.
- Phelps, C., (1995), *les fondements de l'économie de la santé*, Publi-Union Editions, Paris.
- Sauerborn, R., A. Noutgara., M. Hien and J. H. Diesfeld (1996), "Seasonal variations

- of household costs of illness in Burkina Faso”; *Social Sciences and Medicine*, vol.43, n°3, pp.281-290.
- Sindelar, J., (1982), “Differential use of medical care by sex”, *Journal of Political Economics*, vol 90, n°5, pp.1003-1019.
- Ssewanyana S., O. J Nabyonga., I. Kasirye., and D. Lawson (2006), “Analysis of health care demand in Uganda: Implications for poverty reduction”, *Economic Policy Research Centre*, Uganda.
- Sullivan, R., J-P. Belanger., et B. Sévigny (1999), “le capital social et l’amélioration de la santé et du bien-être des populations”, *Canadian Journal of Public Health*, vol.90, n°6, pp 369-371.
- Waelkens, M-P., et B. Criel (2004), Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne, *NHP discussion paper*, World Bank.
- Wallman, S., and M. Baker (1996) “Which Resources pay for treatment? A Model for Estimating the Informal Economy of Health”, *Social Sciences and Medicine*, vol.42, n°5, pp. 671-679.
- World Bank (2016), *Poverty and Shared Prosperity, Taking On Inequality*, Washington DC:
- World Bank (2010), *World Development Indicators*, CD ROM: Washington, D.C.
- Yao, A. E., (2000), Déterminant anthropologiques des recours aux soins obstétricaux dans la commune d’Abobo (Abidjan), *Rapport final*, CIREs.
- Yoder, R. A., (1989), “Are people willing and able to pay for health services”, *Social Science and Medicine*, vol. 29, n°1, pp.35-42.

ANNEXE

Tableau A1 : Définition des variables du modèle économétrique

Variable dépendante	
Option :	Soignants
1	= Médecine traditionnelle
2	= Médecine moderne
3	= Automédication
Variables indépendantes	
Caractéristiques du chef de ménage	
<i>Genre</i>	Masculin, Féminin
<i>Age</i>	Age du malade
<i>Nationalité</i>	Autochtone, Etranger
<i>Education</i>	Analphabète, Primaire, Secondaire, Supérieur
<i>Religion</i>	Chrétien, Musulman, Animiste, Autres religions, Sans religion
Caractéristiques du ménage	
<i>Taille</i>	Taille du ménage
<i>Revenu</i>	Dépense de consommation par tête
Variables muettes	
<i>Abidjan</i>	
<i>Brazzaville</i>	
<i>Kinshasa</i>	
Caractéristiques des soins	
<i>Prix</i>	Prix des médicaments
Capital social	
Seul	
Famille	
Réseau	

Source : Réalisation des auteurs à partir des données d'enquête du RRC, 2008

Tableau A2 : Description détaillée des variables du modèle économétrique

Variabiles	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Description
Choix du soin	1.5072	0.8291	1	3	
Médecine traditionnelle	0.0706	0.2563	0	1	Si praticien traditionnel
Médecine moderne	0.7111	0.4535	0	1	Si praticien moderne
Automédication	0.2183	0.4133	0	1	Si automédication
Genre					
Masculin	0.7830	0.4124	0	1	1 si masculin, 0 sinon
Féminin	0.2170	0.4124	0	1	1 si féminin, 0 sinon
Nationalité					
Autochtone	0.8954	0.3062	0	1	1 si autochtone, 0 sinon
Etranger	0.1045	0.3062	0	1	1 si étranger, 0 sinon
Education					
Analphabète	0.1268	0.3330	0	1	1 si illettré, 0 sinon
Primaire	0.1229	0.3285	0	1	1 si primaire, 0 sinon
Secondaire	0.2379	0.4261	0	1	1 si secondaire, 0 sinon
Supérieur	0.2380	0.4260	0	1	1 si supérieur, 0 sinon
Religions					
Chrétien	0.7621	0.4261	0	1	1 si chrétien, 0 sinon
Musulman	0.1438	0.3511	0	1	1 si musulman, 0 si non
Animiste	0.0301	0.1708	0	1	1 si animiste, 0 sinon
Autres religions	0.0274	0.1635	0	1	1 si autres religion, 0 sinon
Sans religion	0.0379	0.1911	0	1	1 si sans religion, 0 sinon
Villes					
Abidjan	0.3372	0.4731	0	1	1 si Abidjan, 0 sinon
Brazzaville	0.2287	0.4203	0	1	1 si Brazzaville, 0 sinon
Kinshasa	0.4340	0.4959	0	1	1 si Kinshasa, 0 sinon
Capital social					
Individuel	0.7438	0.4368	0	1	1 s'il est allé seul, 0 sinon
Famille	0.1621	0.3687	0	1	1 si un parent l'accompagne, 0 sinon
Réseau	0.0941	0.2922	0	1	1 si réseau, 0 sinon
Taille	6.1046	3.5891	1	18	Le nombre de personnes dans le ménage
Revenu	180754.7	106381.9	21500	599100	Revenu du chef de ménage
Age	45.0915	12.2352	18	73	L'âge du chef de ménage
Prix	13043.08	17030.44	100	101800	Le prix des médicaments

Source : Réalisation des auteurs à partir des données d'enquête du CRN, 2008

Tableau A3 : Résultat au niveau global

Variables	Médecine Moderne		Médecine traditionnelle	
	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux
Caractéristiques du chef de ménage				
Revenu	6,007943 (0,121)	-4,325083 (0,221)	11,00419 (0,023)**	55,31462 (0,185)
Revenu2	-0,268349 (0,104)	2,226941 (0,211)	-0,4838295 (0,019)**	-28,55397 (0,174)
Taille	-0,7664249 (0,325)	0,0860235 (0,296)	-1,499743 (0,104)	-1,089933 (0,263)
Taille2	0,328209 (0,244)	-0,0209933 (0,718)	0,4340262 (0,202)	0,3025027 (0,659)
Age	-3,365766 (0,770)	4,036852 (0,243)	-17,38095 (0,234)	-48,8126 (0,236)
Age2	0,3621 (0,814)	-2,272533 (0,193)	2,435927 (0,213)	27,37675 (0,189)
Caractéristique des soins				
Prix	-9,638666 (0,000)***	0,327605 (0,695)	-10,62722 (0,000)***	-8,248239 (0,385)
Prix2	0,8096423 (0,000)***	0,0787938 (0,858)	0,8384785 (0,000)***	2,305739 (0,645)
Capital social				
Réseau	1,204834 (0,029)**	-0,0911215 (0,079)*	2,153006 (0,000)***	0,0944237 (0,068)*
Famille	2,623887 (0,001)***	0,0529129 (0,024)**	1,787744 (0,040)**	-0,047316 (0,040)**
Education				
Analphabète	0,5791919 (0,351)	0,0621724 (0,002)***	-0,6256344 (0,389)	-0,0604611 (0,002)***
Primaire	-0,7269289 (0,168)	0,0446841 (0,048)**	-1,622812 (0,019)***	-0,0489441 (0,025)**
Secondaire	0,2073087 (0,620)	0,0297392 (0,242)	-0,2414896 (0,664)	-0,0290674 (0,250)
Villes				
Abidjan	-0,2547017 (0,612)	-0,0318673 (0,344)	0,1550552 (0,791)	0,0309522 (0,354)
Kinshasa	-0,1578221 (0,678)	0,0283622 (0,321)	-0,5731691 (0,255)	-0,0291292 (0,304)
Genre				
Féminin	0,1996016 (0,621)	-0,0710512 (0,059)*	1,020952 (0,034)**	0,072085 (0,054)*
Nationalité				
Etranger	-0,387937 (0,591)	0,0225509 (0,478)	-0,7764164 (0,367)	-0,0245121 (0,432)
Religion				
Chrétien	0,7060929 (0,429)	0,0757469 (0,355)	-0,1360875 (0,896)	-0,0727795 (0,370)
Musulman	-0,5435905 (0,609)	-0,0106569 (0,877)	-0,4316045 (0,724)	0,0080454 (0,906)
Animiste	-1,933759 (0,112)	-0,1297283 (0,380)	-0,8748974 (0,519)	0,1109593 (0,441)
Sans religion	1,536932 (0,158)	0,03081 (0,540)	1,073152 (0,416)	-0,0275054 (0,583)
Nombre d'observations =	765		Wald	1066,43
Log likelihood =	-307,22227		Chi2(42)=	0,0000
			Prob>chi2=	0,0000

NB: *significatif à 10 pourcent, **significatif à 5 pourcent, ***significatif à 1 pourcent

Tableau A4: Résultat au niveau d'Abidjan

Variables	Médecine Moderne		Médecine traditionnelle	
	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux
Caractéristiques du chef de ménage				
Revenu	3,8720 (0,658)	-12,1655 (0,113)	16,2979 (0,067)*	134,8264 (0,049)**
Revenu2	-0,1779121 (0,640)	5,986745 (0,121)	-0,6947864 (0,074)*	-66,47301 (0,054)*
Taille	-0,6530 (0,642)	0,1186 (0,412)	-1,6036 (0,283)	-1,3430 (0,373)
Taille2	0,3817366 (0,440)	-0,0306 (0,762)	0,5240 (0,331)	0,3915 (0,715)
Age	-9,1740 (0,722)	10,1296 (0,101)	-41,8689 (0,106)	-112,0646 (0,085)*
Age2	0,9343 (0,787)	-5,3794 (0,086)*	5,5352 (0,113)	59,2509 (0,073*)
Caractéristique des soins				
Prix	-2,6780 (0,580)	3,7403 (0,120)	-7,7070 (0,065)*	-41,9821 (0,031)**
Prix2	0,3734 (0,244)	-1,5203 (0,197)	0,6060 (0,035)**	18,1844 (0,075)*
Capital social				
Réseau	-2,3211 (0,057)*	-0,2826 (0,134)	-0,4773 (0,689)	0,2593 (0,157)
Famille	-0,7303 (0,613)	-0,0215 (0,753)	-0,5116 (0,739)	0,0175 (0,792)
Education				
Alphabète	0,0291 (0,973)	0,0466 (0,311)	-0,6574 (0,458)	-0,0467 (0,297)
Primaire	-2,3818 (0,016)**	0,0043 (0,946)	-2,8460 (0,014)**	-0,0332 (0,514)
Secondaire	-3,60000 (0,002)***	-0,1530 (0,170)	-2,6175 (0,038)**	0,0873 (0,334)
Genre				
Féminin	0,1217 (0,874)	-0,0913 (0,175)	1,1021 (0,172)	0,0923 (0,167)
Nationalité				
Etranger	-0,9779 (0,261)	-0,0251 (0,713)	-0,7356 (0,459)	0,0193 (0,771)
Religion				
Chrétien	-0,0362 (0,991)	-0,6246 (0,605)	7,1255 (0,598)	0,6274 (0,605)
Musulman	-1,1390 (0,738)	-0,9457 (0,018)**	6,7725 (0,617)	0,9486 (0,019)**
Animiste	-0,7323 (0,835)	-0,9312 (0,000)***	7,8898 (0,560)	0,9355 (0,000)***
Sans religion	1,8215 (0,633)	-0,9211 (0,000)***	8,9296 (0,512)	0,9259 (0,000)***
Nombre d'observation	=258		Wald	= 366,90
Log likelihood	=-99,9919		Chi2(38)=	
			Prob > chi2	= 0,0000

NB: *significatif à 10 pourcents, **significatif à 5 pourcents, ***significatif à 1 pourcent

Tableau A5 : Résultat au niveau de Kinshasa

Variables	Médecine Moderne		Médecine traditionnelle	
	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux
Caractéristiques du chef de ménage				
Revenu	10,2316 (0,227)	4,5805 (0,365)	2,6910 (0,812)	-85,8212 (0,382)
Revenu2	-0,4664 (0,189)	-2,1951 (0,382)	-0,1659 (0,725)	41,1071 (0,399)
Taille	-3,0080 (0,049)**	0,1505 (0,154)	-4,8165 (0,011)**	-2,8449 (0,154)
Taille2	0,8159 (0,127)	-0,0795 (0,284)	1,3171 (0,051)*	1,5028 (0,284)
Age	12,1641 (0,636)	-4,2043 (0,397)	34,087 (0,318)	79,1936 (0,402)
Age2	-1,6052 (0,636)	1,9088 (0,444)	-4,2086 (0,347)	-35,9620 (0,448)
Caractéristique des soins				
Prix	-25,8014 (0,000)***	-0,32967 (0,764)	-25,0887 (0,000)***	5,6286 (0,789)
Prix2	2,0254 (0,000)***	0,1821 (0,739)	1,9804 (0,000)***	-3,0410 (0,772)
Capital social				
Réseau	3,7132 (0,000)***	-0,0447 (0,391)	4,4339 (0,000)***	0,0449 (0,389)
Famille	5,6377 (0,000)***	0,0538 (0,035)**	3,8783 (0,035)**	-0,0535 (0,036)**
Education				
Analphabète	-3,4326 (0,115)	-0,0225 (0,808)	-3,0857 (0,210)	0,0190 (0,836)
Primaire	-0,0971 (0,934)	0,0435 (0,060)*	-1,6130 (0,340)	-0,0435 (0,060)*
Secondaire	0,8399 (0,222)	0,0468 (0,081)*	-0,3104 (0,746)	-0,0467 (0,081)*
Genre				
Féminin	0,3990 (0,610)	0,0180 (0,550)	-0,0204 (0,985)	-0,0179 (0,551)
Nationalité				
Etranger	3,9319 (0,086)*	-0,0252 (0,783)	4,3689 (0,082)*	0,0253 (0,782)
Religion				
Chrétien	2,2860 (0,522)	0,2273 (0,206)	0,1378 (0,970)	-0,2266 (0,208)
Musulman	-2,6376 (0,842)	0,0089 (0,908)	-2,8812 (0,829)	-0,0106 (0,886)
Animiste	-5,4646 (0,162)	-0,0429 (0,775)	-5,1394 (0,198)	0,0161 (0,878)
Sans religion	3,6761 (0,321)	0,0389 (0,140)	2,2930 (0,558)	-0,0388 (0,141)
Nombre d'observation	=332		Wald Chi2 (38)	=531,60
Log likelihood	=-98,9415		Prob>chi2	=0,0000

NB: *significatif à 10 pourcent, **significatif à 5 pourcent, ***significatif à 1 pourcent

Fiche d'enquête sur les stratégies de survie

Nom(s) et Prénom(s) du chef de ménage (facultatif) : _____

Ville de l'enquête : /___/ Abidjan /___/ Brazzaville /___/ Kinshasa

Zone de dénombrement /___/___/ Numéro de la fiche : /___/___/___/___/

I / Identification du chef de ménage

Id1 Age : /___/___/

Id2 Sexe : /___/ masculin /___/ féminin

Id3 Nationalité : /___/ du pays concerné /___/ étrangère

Id5 Situation matrimoniale : /___/ marié(e) /___/ célibataire /___/ Veuf (ve) /___/ divorcé(e)

Id6 Nombre de personnes à charge : /___/___/

Id7 Répartition des personnes à charge par âge :

/___/ moins de 15 ans /___/ de 15 ans à 25 ans /___/ de 25 ans à 35 ans /___/
de 35 ans 45 ans /___/ 45 ans et plus

Id7 Niveau d'instruction du chef de ménage

/___/ Analphabète /___/ primaire /___/ collège général /___/ collège technique
/___/ lycée général /___/ lycée technique /___/ supérieur général
/___/ supérieur technique

Id.8/ Religion du chef du ménage

/___/ Chrétien /___/ Musulman /___/ Animiste /___/ Autres religieux
/___/ Sans religion

II / Capital social

II.1. Caractéristiques individuelles : la cellule familiale

CSI1 Vivez-vous ensemble avec tous les membres de votre famille ? /___/ Oui /___/ Non

CSI2 Si oui, qu'est ce qui consolide l'unité de votre famille ?

/___/ Emploi /___/ Religion /___/ confiance /___/ Autres

CSI3 Si non, quels sont les motifs de votre dispersion ?

/___/ maladies /___/ Guerre /___/ Emploi /___/ Mécontentement /___/ Autres

CSI4 Combien d'épouses avez-vous ? /___/___/

CSI5 Si polygame, appartenez-vous au même groupe ethnique que vos épouses ? /___/

Oui /___/ Non

CSI6 Si non, quels sont vos rapports avec elles ? /___/ Mauvaise /___/ Assez bonne /___/ Bonne

/___/ Excellente

CSI7 Si mauvaise, quels sont les facteurs explicatifs de ce désagrément ?

/___/ Pauvreté /___/ Guerre /___/ Rivalité /___/ religion /___/ Autres

CSI8 En dehors de vos femmes et enfants, vivez-vous avec d'autres personnes ?

/___/ Oui /___/ Non

CSE19 Si oui, à quel niveau se situent vos relations ? /___/Parents /___/Connaissance /___/Domestique
/___/ Autres

II.2. Vie associative

CSE1 Appartenez-vous à un (des) regroupement (s) quelconque (s) ? /___/ Oui /___/ Non

CSE2 Si oui, de quel ordre est-il ce regroupement ?

/___/Politique /___/Ethnique /___/Religieux /___/Professionnel

/___/Scolaire /___/Autres

CSE3 Quel est le nombre de personnes qui compose votre association ? /___/___/___/

CSE4 Étiez membre de ce regroupement avant la guerre ? /___/ Oui /___/ Non

CSE5 Si oui, qu'est ce qui explique votre maintien au sein de ce regroupement ?

/___/Entraide /___/Sentiment d'équité /___/Autres

CSE6 Si non, quelles sont les raisons de votre adhésion à ce regroupement ?

/___/Politique /___/Ethnique /___/Religieux /___/Professionnel

/___/Guerre /___/ Scolaire /___/Autres _____

CSE67 Appartenez-vous à d'autres regroupements autres que la première cité ?

/___/Oui /___/Non

CSE8 Si oui, quand aviez-vous adhéré à ces regroupements ?

/___/ avant la guerre /___/ après la guerre

CSE9 Quel est le nombre de personne qui compose votre groupement ? /___/___/___/___/

CSE10 De quel ordre sont ces regroupements ?

/___/Politique /___/Ethnique /___/Religieux /___/Professionnel

/___/Scolaire /___/Autres

CSE11 Que vous rapporte l'adhésion à ces regroupements ? /___/Amélioration du bien-être /___/Autres (à préciser) _____

CSE12 Aviez-vous quitté un regroupement pour un autre ? /___/Oui /___/Non

CSE13 Si oui, quelles sont les raisons de ce changement ?

/___/ Querelles internes /___/ Gestion calamiteuse /___/ politique

/___/ Tribalisme /___/ Guerre /___/ Manque d'amélioration du bien-être

CSE14 Votre regroupement entretient il des relations avec d'autres regroupements ?

/___/Oui /___/Non

CSE15 Si oui, quelles sont les raisons de cet état de fait ?

/___/Politique /___/Religieuse /___/Guerre/___/Autres (à

préciser) _____

CSE16 Si non, qu'est-ce qui vous éloigne des autres associations ou regroupements ?

/___/Absence de confiance /___/Divergence d'opinions /___/Rivalité

/___/Autres (à préciser)

II.3. Santé (S)

- CSS1 Aviez-vous été malade au cours de ces deux derniers mois ? /___/Oui /___/Non
- CSS2 Aviez-vous visité un centre de santé public ? /___/Oui /___/Non
- CSS3 Si oui, quel personnel médical avez-vous consulté ? /___/médecin /___/Sage-femme/infirmier(e)
/___/Assistant social
- CSS4 Qui vous a emmené à ce centre ? /___/Parents /___/Amis /___/Association /___/Assurance
/___/ un voisin /___/ Seul
- CSS5 A combien estimez-vous le nombre de visite à ce centre ? /___/___/___/
- CSS6 A combien s'élèvent les frais de consultation ? _____ FCFA
- CSS7 A combien s'élève le prix des médicaments ? _____ FCFA
- CSS8 Si non, à quel niveau se situent vos difficultés d'accès aux soins publics ?
/___/ Frais de transport /___/Frais de consultation /___/ Prix des médicaments
/___/Éloignement des centres /___/ Mauvaise qualité des soins
- CSS9 Quels autres centres de santé avez-vous visité ? /___/Privé /___/Traditionnel /___/Autres (à
préciser) _____
- CSS10 Quel personnel médical avez-vous consulté ? /___/médecin
/___/Sage-femme/infirmier(e) /___/Assistant social /___/ Guérisseur
- CSS11 Qui vous a emmené à ce centre ? /___/Parents /___/Amis /___/Association caritative
/___/Assurance /___/Seul
- CSS12 A combien estimez-vous le nombre de visite à ce centre ? _____ FCFA
- CSS14 A combien s'élèvent les frais de consultation ? _____ FCFA
- CSS15 A combien s'élève le prix des médicaments ? _____ FCFA
- CSS16 Quel jugement portez-vous sur le système sanitaire actuel ?
/___/ Meilleure qu'avant la guerre /___/Inférieur à celui qui précède la guerre
/___/Statu quo /___/Autres

II.4. Les relations de voisinage

- CSR1 Entretenez-vous de bonne relation de voisinage dans le quartier ? /___/
oui /___/ Non
- CSR2 Pensez-vous que de bonnes relations de voisinage : /___/
améliore mon quotidien de manière significative depuis la fin de la guerre /___/ améliore
moyennement mon quotidien depuis la fin de la guerre /___/ n'améliore pas
mon quotidien depuis la fin de la guerre
- CSR3 Dans les deux premiers cas, dites en quoi les relations de voisinage permettent d'améliorer votre
quotidien ? /___/
solidarité dans les épreuves (décès, mariage, sécurité, ...) /___/ faciliter
d'acquisition d'un l'emploi /___/ facilité dans le
démarrage d'une activité génératrice de revenu /___/ Autres à préciser :

III / Situation sécuritaire

SS1 Niveau de revenu suffisant : Dans quelle mesure le revenu de votre foyer est-il suffisant pour répondre aux besoins de base de votre famille ?

/___/ Insuffisant /___/ Plutôt suffisant /___/ Tout à fait suffisant

SS2 Crainte de perdre son emploi : pourriez-vous dire « Je crois qu'il est fort probable que je perde mon emploi au cours des prochaines années ». /___/

Pas d'accord /___/ Fortement d'accord /___/ Ni d'accord ni pas d'accord

SS3 Confiance dans l'employabilité : pourriez-vous dire « Si je perdais mon emploi, je suis sûr que je pourrais trouver un emploi similaire dans les six mois ». /___/ A

confiance /___/ Pas confiance /___/ Ni l'un ni l'autre

SS4 Confiance dans le filet de sécurité sociale : pourriez-vous dire « Si je perdais mon emploi, je suis sûr que je pourrais compter sur les programmes d'aide gouvernementaux pour nous fournir une aide financière suffisante à moi et ma famille, pendant que je cherche un nouvel emploi ». /___/ A confiance

/___/ Pas confiance /___/ Ni l'un ni l'autre

SS5 La santé des populations : « Comment évalueriez-vous votre santé ? » /___/ Très mauvaise /___/ Mauvaise /___/ Moyenne /___/ Très bonne /___/ Excellente

SS6 Le degré de stress des populations : "Votre vie est-elle stressante ?"

/___/ Pas du tout /___/ Moyennement /___/ Très stressante

SS7 Confiance dans l'accès aux services de santé : pourriez-vous dire « Je suis sûr que si moi-même ou un membre de ma famille tombions gravement malade, nous pourrions avoir accès aux services de santé nécessaires ». /___/ A confiance /___/ Pas confiance /___/ l'un ni l'autre

SS8 À l'abri des crimes violents : « En songeant à la possibilité que des crimes violents soient commis envers votre famille, dans quelle mesure votre quartier est-il sûr ? ». /___/ Pas du tout /___/ Moyennement /___/ Très sûr

SS9 À l'abri des crimes contre la propriété : « En songeant à la possibilité que des délits soient commis envers votre propriété, dans quelle mesure votre quartier est-il sûr ? ». /___/ Pas du tout /___/ Moyennement /___/ Très sûr

SS10 Quels sont, selon vous, les facteurs générateurs de l'insécurité dans la ville ?

- ✓ La corruption et l'impunité : /___/ oui /___/ non
- ✓ Le système judiciaire : /___/ oui /___/ non
- ✓ Les unités de police, les militaires : /___/ oui /___/ non
- ✓ L'intolérance interethnique et l'exclusion : /___/ oui /___/ non
- ✓ La paupérisation : /___/ oui /___/ non
- ✓ La prolifération des armes de guerre : /___/ oui /___/ non
- ✓ Les divergences politiques : /___/ oui /___/ non

SS11 Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour gérer ce problème d'insécurité ?

- ✓ Vivre dans le quartier à dominance de son ethnie /___/ oui /___/ non
- ✓ Intégrer les associations et autres groupements /___/ oui /___/ non
- ✓ Cultiver les relations de bon voisinage /___/ oui /___/ non
- ✓ Se procurer et garder par devers soi une arme /___/ oui /___/ non
- ✓ Etre solidaire dans le quartier et au travail /___/ oui /___/ non
- ✓ Se procurer un chien /___/ oui /___/ non
- ✓ Louer les services d'un gardien de nuit /___/ oui /___/ non
- ✓ Autres à préciser : _____

IV / Activités et leur financement

- AF1 Exercez-vous une activité ? /___/ oui /___/ non
- AF2 Si oui, dans quel domaine exercez-vous votre activité ? /___/ production, fabrication, chantier
/___/ Installation, Entretien, Réglage, Réparation /___/ Nettoyage, Gardiennage, Travail ménager
/___/ Transport, Manutention, Magasinage /___/ Saisie, Secrétariat, Standard, Guichet /___/
Gestion, Comptabilité, Fonction administrative /___/ Commerce, vente /___/ Recherche, Études
(Cabinet) /___/ Enseignement, Santé, Information /___/ autres
- AF3 En dehors de votre activité principale, avez-vous une autre activité ? /___/ oui /___/ non
- AF4 Si oui, quelle est votre (ou quelles sont vos) activité(s) secondaires ? Activité 1 :

Activité 2 : _____

Activité 3 : _____

- AF5 Quel est le nombre des membres de votre ménage ayant une activité ? /___/___/
- AF6 Votre conjoint exerce-t-il une activité ? /___/ oui /___/ non
- AF7 Si oui, dans quel domaine exerce t – il son activité ? /___/ production, fabrication, chantier /___/
Installation, Entretien, Réglage, Réparation /___/ Nettoyage, Gardiennage, Travail ménager /___/
Transport, Manutention, Magasinage /___/ Saisie, Secrétariat, Standard, Guichet /___/
Gestion, Comptabilité, Fonction administrative /___/ Commerce, vente /___/ Recherche, Études
(Cabinet) /___/ Enseignement, Santé, Information /___/ autres
- AF8 Vos activités secondaires, ainsi que celles des membres de votre ménage ont – elles survécus aux
conflits ? /___/ elles ont toutes survécu /___/ elles ont survécu
en partie /___/ aucune d'elles n'a survécu
- AF9 Depuis la fin des conflits, vos activités (et ceux des autres membres du ménage) sont-elles déjà fait
l'objet :
- ✓ De taxation illicite : /___/ oui /___/ non
 - ✓ De vol ou cambriolage : /___/ oui /___/ non
 - ✓ De changement d'emplacement forcé : /___/ oui /___/ non
 - ✓ D'une multiplication officielle de taxes : /___/ oui /___/ non
 - ✓ D'une perte de marchandises suite à une situation quelconque : /___/ oui /___/ non
- AF10 Avez-vous eu recours à un financement après la guerre pour lancer ou relancer votre activité ? /___/
oui /___/ non
- AF11 Quel type de financement avez-vous obtenu ?
- /___/ institution de micro finance : /___/ oui /___/ non
 - /___/ Ristourne : /___/ oui /___/ non /___/
 - usuriers : /___/ oui /___/ non
 - /___/ Parents : /___/ oui /___/ non
 - /___/ amis : /___/ oui /___/ non
 - /___/ Banque : /___/ oui /___/ non
 - /___/ vente du patrimoine familiale /___/ oui /___/ non /___/
 - Autres à préciser : _____
- AF12 Aviez-vous obtenus facilement cet apport ? /___/ oui /___/ non
- AF13 A combien ce chiffrait cet apport ?

- ✓ /___/ moins de 50 000 FCFA
- ✓ /___/ entre 50 000 et 150 000 FCFA
- ✓ /___/ entre 150 000 et 500 000 FCFA
- ✓ /___/ entre 500 000 et 1 000 000 FCFA
- ✓ /___/ Plus de 1 000 000 FCFA

AF14 Ce financement était – il suffisant par rapport ce que vous vouliez entreprendre ? /___/ il était largement suffisant /___/ il était plutôt suffisant /___/ il était insuffisant

AF15 Depuis la fin de la guerre, pensez-vous qu'il est plus facile :

- ✓ D'obtenir un crédit dans un EMF : /___/ oui /___/ non
- ✓ D'obtenir un prêt dans une banque : /___/ oui /___/ non
- ✓ D'obtenir un prêt auprès d'un usurier : /___/ oui /___/ non
- ✓ D'obtenir l'aide d'un ami : /___/ oui /___/ non
- ✓ D'obtenir l'aide d'un parent : /___/ oui /___/ non

AF16 Pour obtenir un financement, pensez-vous qu'il est indispensable

- ✓ D'avoir l'aide d'un parent /___/ oui /___/ non
- ✓ D'avoir l'aide d'une association, ONG, etc. /___/ oui /___/ non
- ✓ D'avoir l'aide d'une relation particulière /___/ oui /___/ non
- ✓ D'avoir soit même des garanties à gager /___/ oui /___/ non

V Les stratégies de survie (SS)

SS1 Face à la situation de post-conflit actuel caractérisée par la difficulté économique, comment faite vous pour survivre ? _____

SS2 Évaluation des dépenses du ménage

1. Dépenses de logement : _____ FCFA
2. Dépenses mensuelles en électricité et eau : _____ FCFA
3. Dépenses mensuelles en nourriture : _____ FCFA
4. Dépenses mensuelles en loisir : _____ FCFA
5. Transferts mensuels en direction de vos parents, amis : _____ FCFA
6. Dépenses mensuelles en éducation : _____ FCFA
7. Dépenses additionnelles autre que celles susmentionnées : _____ FCFA
8. Dépenses totales du ménage : _____ FCFA

SS2 Bénéficiez-vous d'une assistance pour survivre ? /___/ Oui /___/ Non

SS3 Si oui, quelle est la source de cette assistance ?

/___/ Famille /___/ Communauté /___/ Autres (à préciser)

SS4 A combien ce chiffre cette assistance par moi ?

- /___/ moins de 50 000 FCFA /___/ entre 50 000 et 150 000 FCFA
- /___/ entre 150 000 et 500 000 FCFA /___/ entre 500 000 et 1 000 000 FCFA
- /___/ Plus de 1 000 000 FCFA

SS5 Cette assistance a-t-elle nécessité une médiation particulière ?

/___/ D'un parent proche /___/ D'une association, ONG, etc. /___/ D'une relation particulière /___/ De ses propres garanties à gager /___/ Autres (à préciser) _____

SS6 Cette assistance est-elle suffisante par rapport à vos besoins ?

/___/ il était largement suffisant /___/ il était plutôt suffisant /___/ il était insuffisant

SS7 En dehors de votre activité principale, avez-vous une autre activité ? / ___ / oui / ___ / non

SS8 Si oui, quelle est votre (ou quelles sont vos) activité(s) secondaires ? Activité 1 :

Activité 2 : _____

Activité 3 : _____

SS9 Vos activités secondaires, ainsi que celles des membres de votre ménage ont-elles survécues aux conflits ? / ___ / elles ont toutes survécu / ___ / elles ont survécu en partie / ___ / aucune d'elles n'a survécu