

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	8
PARTIE I. GENERALITES ET PRESENTATION DE L'ETUDE	11
<i>SECTION I. SANTE ET RE COURS AUX SOINS</i>	<i>12</i>
<i>SECTION II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</i>	<i>21</i>
<i>SECTION III. METHODOLOGIE</i>	<i>23</i>
PARTIE II. RESULTATS ET COMMENTAIRES GENERAUX	29
<i>SECTION I. LE RE COURS AUX SOINS</i>	<i>29</i>
<i>SECTION II. DIFFERENCE DES TRAITEMENTS DES PROFESSIONNELS DU MAL DE DOS.....</i>	<i>44</i>
<i>SECTION III. COMMENTAIRES GENERAUX.....</i>	<i>52</i>
PARTIE III. DISCUSSIONS.....	59
<i>SECTION I. DISCUSSIONS SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE</i>	<i>59</i>
<i>SECTION II. RELATIONS ENTRE LES VARIABLES CONSIDEREES</i>	<i>68</i>
<i>SECTION III. PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE RE COURS AUX SOINS</i>	<i>79</i>
CONCLUSION.....	84
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXE 1 : Anatomie du dos	89
ANNEXE 2 : Offre de formation de la faculté de Médecine de l'Université d'Antananarivo	90
ANNEXE 3. Les établissements de soins par Arrondissement à Antananarivo Renivohitra.....	91
ANNEXE 4. Questionnaire d'enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra	92
ANNEXE 5. Questionnaire d'interview sur le traitement des professionnels du mal de dos.....	95
ANNEXE 6 : Connaissance des individus des professionnels de santé.....	97
ANNEXE 7 : Tableau récapitulatif des principaux résultats de l'enquête sur le recours aux soins	99
LISTE DES TABLEAUX	100
TABLE DES MATIERES	102

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration de ce document. Leurs interventions ainsi que leur soutien nous ont été d'une aide précieuse ; celles qui ont accepté de nous accorder leur temps malgré leurs lourdes tâches et nombreuses responsabilités.

Que ces personnes trouvent ici nos plus profondes reconnaissances.

Une mention particulière pour Le Professeur RICHARD Blanche Nirina d'avoir bien voulu m'encadrer.

LISTE DES ABREVIATIONS

CDT : Centre de Diagnostic de Tananarive

CENHOSOA : Centre Hospitalier de Soavinandriana

CHD : Centre Hospitalier de District

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSB : Centre de Santé de base

CUA : Commune Urbaine d'Antananarivo

EPM : Enquête périodique sur les ménages

HJRA : Hopital Joseph Ravoahangy Andrianavalona

HJRB : Hopital Joseph Raseta Befelatanana

IFP : Institut de Formation des Paramédicaux

INSPC : Institut National de Santé Publique et Communautaire

INSTAT : Institut National de la Statistique

MAP : Madagascar Action Plan

MSI : Marie Stopes International

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

ONM : Ordre National des Médecins

O.R.L.O : Oto-Rhino-Laryngologie- Ophtalmologie

OSTIE : Organisation Sanitaire Tananarivienne InterEntreprises

VIH/SIDA : Virus immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

ZF : Zones franches

GLOSSAIRE

Analgésique :

Les analgésiques sont des médicaments utilisés en médecine ayant pour but d'éliminer la douleur d'un patient (les antalgiques ne faisant qu'atténuer la douleur).

Antalgique :

Les antalgiques sont des médicaments destinés à réduire la douleur et à améliorer le « confort » du malade et donc pour accélérer sa guérison.

Arthrose :

L'arthrose est l'usure chronique du cartilage de l'articulation accompagnée d'un déséquilibre entre la production et la dégradation des cellules osseuses.

L'arthrose lombaire :

L'arthrose lombaire est l'usure chronique entre les vertèbres lombaires (au niveau des apophyses articulaires postérieures), c'est-à-dire qu'elle se localise au niveau du bas du dos

Cervicalgie :

La cervicalgie, est communément appelée mal de cou, mal au cou ou encore maux de cou. Ces expressions nous indiquent tout simplement les douleurs au cou.

Coxarthrose :

Arthrose de la hanche

Dorsalgie :

La dorsalgie peut se manifester à n'importe quel point de la colonne vertébrale et est accompagnée d'une gamme de symptômes comprenant de la douleur, une tension ou raideur musculaire, de la faiblesse dans les jambes ou les pieds et, parfois, une sensation de picotement ou de brûlure qui irradie souvent le long de la jambe (sciatique).

Lombalgie :

Une lombalgie ou lumbago est un état douloureux du rachis lombaire. Il s'agit du mal de rein ou, quand l'affection résulte plus exactement d'un mouvement excessif, du tour de rein. La lombalgie peut être aiguë ou devenir chronique, invalidante.

Rachis :

Le rachis est le nom scientifique de la colonne vertébrale. Axe osseux souple du corps, formé de l'articulation des vertèbres.

Rééducation fonctionnelle :

Il s'agit de réactiver les fonctions motrices d'une ou plusieurs parties du corps d'un individu.

Rhumatisme :

Le rhumatisme est une inflammation des articulations. Il existe deux grandes sortes de rhumatismes : les rhumatismes inflammatoires (ex. la polyarthrite rhumatoïde) et les rhumatismes d'usure (ex. l'arthrose)

Sacralgie :

Douleur localisée au niveau du sacrum.

Sciatique :

La sciatique ou lombo sciatique est une douleur suivant les nerfs atteint au niveau de la colonne vertébrale (rachis lombaire) ou à sa proximité immédiate.

Elle doit être différentiée du nerf sciatique, appelé parfois « sciatique » tout court et qui naît de la réunion de plusieurs racines nerveuses (dont L5 et S1). Une lésion de ce dernier provoque une sciatique.

Scoliose :

La scoliose est une déformation sinueuse de la colonne vertébrale dans le plan frontal avec rotation des vertèbres dans le plan horizontal. Il y a une ou plusieurs déviations dans les trois plans de l'espace.

Tableau de contingence :

Un tableau de contingence, ou tableau croisé se définit simplement comme le tableau de répartition des individus obtenus en croisant deux variables qualitatives (ordonnées selon un critère donné ou purement qualitatif). Il s'agit de la distribution bivariée d'une population. Les deux variables ont un caractère qualitatif qu'elles soient nominales (la région) ou ordinales (la classe d'effectif). Chaque variable comprend plusieurs modalités. Ainsi le tableau suivant qui représente la répartition des classes d'effectifs pour chaque région (profil ligne) permet de comparer le profil des régions au profil moyen (dernière ligne) et de les comparer entre elles. Chacun de ces Khi deux partiels est obtenu en faisant élévant au carré la différence des effectifs théoriques et empiriques, et en la rapportant à l'effectif théorique.

Thalassothérapie :

La thalassothérapie (de la grecque "thalasso" : mer, "thérapie" : soin) peut se définir comme étant l'utilisation combinée, sous surveillance médicale, dans un but préventif ou curatif, des bienfaits du milieu marin. Elle est donc obligatoirement pratiquée en bord de mer. Les établissements de thalassothérapie pratiquent l'hydrothérapie en utilisant uniquement de l'eau de mer.

INTRODUCTION

Le développement correspond à une croissance économique à laquelle on ajoute une amélioration du bien être humain. La croissance économique étant mesurée par la croissance de la productivité, en d'autres termes de la production et de son efficacité. Le bien être correspond à la satisfaction des besoins de chaque individu [3]¹.

D'une part, une hausse de cette productivité profite à la population. D'abord, en tant que consommateurs, elle gagne une baisse des prix. En tant que travailleur (salarié), un gain de productivité permet une augmentation des salaires réels. Par conséquent, son pouvoir d'achat tend à s'améliorer, ce qui contribue à plus de satisfaction pour les gens donc une amélioration de son bien être. En outre, une hausse de la productivité permet une baisse des coûts unitaires pour les entreprises ainsi qu'une hausse des recettes fiscales pour l'Etat. Pour les premières une hausse des profits, et pour l'autre une augmentation des dépenses publiques, favorisent les investissements. Ce qui constitue pour chaque entité de nouvelles opportunités d'accroître les productions, d'où une croissance économique.

D'autre part, nous admettons l'importance de la santé dans le développement d'un pays du fait que c'est la santé qui augmente la productivité du travail. Le travailleur en bonne santé a une force de travail moins complexe qu'un travailleur en mauvaise santé tout en étant plus productive². En effet, l'amélioration de l'état de santé permet la qualité de travail effectif en réduisant l'absentéisme, mais en augmentant l'effort de travail, les heures travaillées et l'efficacité avec laquelle le travail est accompli.

Par contre, les maladies abaissent la capacité de travail, donc compromettent la productivité de la population. L'état physique et l'aptitude à travailler tendent dans un même sens. Autrement dit, éviter des jours d'invalidité constitue déjà une contribution à un gain de productivité, ce qui va à la fois au profit de l'individu lui-même et au final du pays d'appartenance. Nous pouvons considérer comme démontré empiriquement le postulat selon lequel les capacités humaines augmentées par la santé font croître les valeurs créées dans le processus de la production [12]. D'après Aujoulat³, « sans relèvement du niveau de santé, le développement économique est impossible » [1].

Que font les gens en vue d'améliorer leur état de santé ? Ils doivent recourir aux professionnels de santé en cas de maladie.

Ce recours aux soins est évidemment lié aux besoins de santé. Rappelons que les besoins en santé figurent parmi les besoins physiologiques selon Maslow⁴. La santé correspond donc à un état de base de

¹ Dans « Concept du développement en débat », Berr E. et Harribey J.-M. mettent en évidence le concept de « développement économique » (richesses et revenus) et « développement humain » (bien-être humain, mesure permise par l'ONU basé essentiellement sur l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation des adultes, le niveau d'études ou encore le niveau de vie)

² « moins complexe » signifie que la force de travail augmentée en santé est une force de travail «réparée», Irina Peaucelle, « Santé et productivité : De l'économie à la psychologie sociale et au modèle de propagation », Décembre 2003, 38 pages

³ Aujoulat Louis-Paul (1910-1973) était un Ancien Ministre de la Santé Publique et de la Population du gouvernement Pierre Mendès France, Ancien Professeur à l'Institut international d'Administration publique. Il a écrit « santé et développement en Afrique », parue en 1969.

⁴ Abraham Maslow, psychologue célèbre pour sa théorie sur la motivation humaine, parue en 1943

la réalisation de bien-être de l'individu. Or, une personne qui se sent bien ne pense pas, la plupart des temps, avoir besoin de recourir à un professionnel de santé. Ce qui nous ramène à la notion de morbidité ressentie⁵, qui est pratiquement faible chez les malgaches [7], malgré le fait que les individus ont libre choix d'accès aux services de santé à Madagascar. Ces recours font donc partie des causes des problèmes de santé.

Cependant, un problème de santé est important s'il y a une augmentation de sa fréquence prévisible. La production baisse en cas d'absence des travailleurs pour cause de maladie. De même, d'une façon générale, la productivité décroît s'ils continuent de travailler étant souffrants même quand les maladies ne sont pas cliniquement identifiées⁶. Il devient urgent de l'éradiquer si sa gravité peut entraîner une invalidité ou un handicap majeur pour le patient. Une maladie de ce type influe plus sur la productivité de la population que certaines maladies transmissibles⁷ contre lesquelles la population peut se protéger. Le mal de dos est une des maladies qui touche plus cette population. Dans l'enquête de la Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, les problèmes de santé liés au travail les plus souvent signalés sont les douleurs dorsales, suivies du stress (Fondation Européenne, 1997) [6].

En outre, vu que pour la population active, les taux d'incidence des autres pathologies (infections respiratoires aiguës, suspicion de paludisme, ou maladies diarrhéiques) diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente [7], il convient de se préoccuper des risques de limitation des activités professionnelles de celle-ci. Cette population active se répartit de façon très inégale, d'où une surpopulation dans les grands centres urbains. La Commune urbaine d'Antananarivo Renivohitra en est l'exemple concret avec une représentation de 55% de la population active de 20 à 55 ans. Le mal de dos est-il une menace pour la productivité de travail de cette population ?

La Commune urbaine d'Antananarivo Renivohitra bénéficie des services de santé couvrant quelques 107 différents domaines de spécialisations, dont le mal de dos. Remarquons que les professionnels du mal de dos comprennent ceux qui ont suivi des formations pour le traitement de la maladie, que ce soit en médecine ou en paramédical. Nous n'excluons pas les médecins spécialistes du mal de dos et les personnels spécialisés. Ce sont le neurologue, le rhumatologue, le traumatologue, l'ostéopathe, le kinésithérapeute, l'acupuncteur, l'hydrothérapeute, ou encore l'homéopathe. Or, les gens consultent plus les uns que les autres.

Nous nous proposons d'étudier les formes que prend le comportement humain, dans l'aménagement de ses ressources, c'est-à-dire les types de recours. Il nous intéresse de savoir quel traitement la population choisit-elle face au libre accès aux soins pour un cas de maladie devant lequel elle est exposée ? En d'autres termes, il s'agit de savoir si le recours que la population fait est rationnel ou

⁵ La morbidité ressentie est liée à l'écoute du corps de l'individu, à sa perception de son état de santé

⁶ D'après des études empiriques (par ex. Rizzo et ali (1996) pour le cas des Etats-Unis, Goldberg & ali (2000), Harvey & ali (1999), pour évaluation de l'impact de la morbidité des actifs sur la réduction du volume de travail engagé dans la production. Recueillis par Irina Peaucelle, « Santé et productivité : De l'économie à la psychologie sociale et au modèle de propagation », Décembre 2003, 38 pages

⁷ Les maladies transmissibles sont celles qui peuvent être transmises d'un individu (émetteur) à l'autre (récepteur). Exemple : les maladies sexuellement transmissibles (SIDA, Syphilis...) qui se transmettent par voie sexuelle

pas ? De même, nous cherchons à expliquer la réticence des gens vis-à-vis de certains professionnels du mal de dos. S'agit-il d'une question de confiance aux professionnels de santé ou d'une simple aversion aux soins ?

Notre étude a pour but de proposer aux patients concernés le traitement le moins coûteux mais le plus efficace dans leur choix de personnels traitants par rapport à leur connaissance des professionnels de leur maladie. Aussi, elle nous propose d'amples informations concernant le mal de dos.

Dans ce cadre, le présent travail se divise en trois parties :

- une première partie constituée par une mise au point sur les comportements, l'offre et la demande de soins. En outre, les objectifs et la méthodologie générale seront également présentés dans cette même partie

- la deuxième partie est consacrée aux résultats ainsi qu'aux commentaires généraux
- la dernière partie concerne les discussions que nous suscitent l'ensemble de l'étude.

PARTIE I. GENERALITES ET PRESENTATION DE L'ETUDE

Le développement compte pour but final l'accroissement de bien-être des hommes, donc de l'individu, ainsi que le changement dans la structure économique et social. D'une part, la notion de développement implique une multitude de composantes économiques, sociales et politiques. L'état de santé de la population a une importance majeure dans le développement. Il détermine non seulement la capacité à travailler de chaque individu, mais aussi son effort à effectuer un travail efficace. Ce qui lui procurera une satisfaction. D'autre part, le développement suppose de tenir en compte les valeurs et attitudes d'une population [15].

Par définition, le comportement est l'ensemble d'attitudes, d'actions et de réactions. Les comportements humains peuvent être innés ou acquis, conscients ou inconscients, et volontaires ou involontaires [17]⁸. En effet, les études comportementales permettent d'analyser l'individu sous différents angles. Il peut s'agir d'une «analyse psychologique» en qualifiant les comportements ou alors, d'une «analyse sociologique» des consommateurs et de leurs attentes en différenciant les individus par groupes homogènes.

Pour justifier cette étude comportementale, utilisons le concept du capital humain qu'est défini par les connaissances, les qualifications, les compétences et les caractéristiques individuelles. Celles-ci facilitent la création de bien-être personnel, social, et économique⁹. Dans un sens, l'appréciation du capital humain tient compte de sa motivation, et de son comportement. En d'autres termes, nous évaluerons ce capital humain par rapport à des capacités non cognitives, c'est-à-dire les comportements.

En économie, c'est la micro-économie qui étudie les comportements de l'individu. L'intérêt d'étudier ces comportements se conçoit dans la conjugaison et l'harmonisation des besoins de l'individu avec les ressources dont celui-ci dispose. Les besoins en santé figurant parmi les besoins physiologiques de base de l'individu. Sur le plan santé, les principales ressources sanitaires sont constituées des infrastructures et les personnels médicaux. En milieu urbain, ces ressources ne sont pas considérées comme rares. Malgré cela, le recours de la population semble être moins important. Il nous faut donc expliquer le pourquoi de ce faible recours aux soins. Les personnels médicaux comprennent tout professionnel soignant, qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste, ou un paramédical, ou ayant une connaissance et une expérience particulière dans le traitement d'un cas de maladie précis.

⁸ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Comportement> : Définition du comportement humain selon l'encyclopédie libre Wikipedia

⁹ Définition du capital humain selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques ou OCDE

SECTION I. SANTE ET RE COURS AUX SOINS

Plusieurs études effectuées par l'INSTAT (de 1993 à 2005) ont abouti à déterminer les motifs de recours ou de non recours aux services de santé. Les enquêtes périodiques des ménages (EPM) [7], par exemple, ont montré les principales raisons de non consultation, notamment pour les populations des grands centres urbains. Ce sont la non gravité de la maladie, les problèmes financiers, d'autres raisons non identifiés, l'absence de l'envie de consulter, l'inutilité de l'avis médical, et enfin l'éloignement des centres de santé.

Par ailleurs, la question de recours ne s'est posée que par rapport à des problèmes de santé chroniques¹⁰ et transmissibles⁷. Vu l'avancée de la médecine moderne, les gens risquent moins ces types de maladies. Du moins, il appartient à chacun de prévenir et de se protéger contre celles-ci.

Supposons alors que l'état de santé de la population dépend du type d'activité qu'elle exerce. Elle est plus menacée par les maladies qui limitent sa capacité à travailler. Le mal de dos est une de ces maladies. Il est important de mieux connaître ce type de maladie. De plus, il est d'emblée tentant de l'élargir à une question qui devient plus inquiétante : le recours aux professionnels du mal de dos.

Remarquons que peu d'études se sont axées dans le commentaire du comportement que la population tend à adopter, surtout vis-à-vis des spécialistes et de ces personnels spécialisés.

A. Le mal de dos

Le mal de dos constitue une maladie que devrait craindre la population. Certes, certaines maladies paraissent constituer de graves problèmes de santé, mais les douleurs dorsales et lombaires pourraient amener à d'importantes pertes pour la population. « Les coûts médicaux et le manque à gagner qui résultent d'une désinsertion socioprofessionnelle en sont les conséquences »¹¹. De plus, cette maladie serait minimisée alors qu'elle pourrait entraîner une baisse de la capacité de travail, surtout pour la population urbaine dont les activités sont de plus en plus sédentaires (qui exige une routine).

Cette étude serait une occasion pour dévoiler la prévalence des douleurs dorsales et lombaires chez la population urbaine.

1. Notions de base

a. A propos de la maladie

Les douleurs dorsales et lombaires n'ont pas une appellation médicale particulière. Pour généraliser, les douleurs dorsales et lombaires peuvent remplacer la dénomination « le mal de dos ». En

¹⁰ Les maladies chroniques sont des infections de longue durée qui en règle générale évolue lentement. Ex : Cardiopathie, accidents vasculaires cérébraux, cancer, infections respiratoires chroniques, diabète, etc. (OMS)

¹¹ Selon le kinésithérapeute praticien, recueil de Florence Campagne, Le mal de dos en trois parties (les chiffres du dos en détail, définitions, les sites spécialisés dans le mal de dos...) Août 2000, www.anaes.fr/anaes/publications [19]

effet, la *lombalgie*, la *dorsalgie* ou la *sacralgie*, le *rhumatisme*, l'*arthrose lombaire* ou la *coxarthrose*, les traumatismes (suite à des chutes ou des coups), la *scoliose*, les douleurs des os de la colonne vertébrale, des zones para vertébrales, proches du *rachis* ou des cotes concernent toutes les différentes régions du dos. [Cf. ANNEXE 1 : Anatomie du dos]

Cette maladie a une origine multifactorielle. Elle peut être d'origines neurologiques, vertébrales, crâniennes, ou viscérales ; mais nous intéresser surtout les facteurs biomécaniques. Les disques et les articulations vertébrales postérieures peuvent connaître un mécanisme dégénératif, et des mécanismes traumatiques ou micro traumatiques correspondant à l'application sur un segment rachidien de contraintes mécaniques excessives ou inadaptées. Des facteurs fonctionnels et psychologiques peuvent aussi intervenir dans son déterminisme.

Les douleurs lombaires peuvent être d'origine discale (discopathie, discarthrose) ou articulaire (arthrose lombaire postérieure...), plus ou moins dépendante de l'activité. Des contraintes mécaniques posturales anormales ou exagérées par un travail suffisent à provoquer des inflammations vertébrales.

Il est important de ne pas omettre de préciser que les douleurs dorsales et lombaires peuvent ne représenter que des symptômes d'autres états de santé ou maladies plus graves. Elles peuvent représenter un état de fatigue ou de stress. Pour les femmes, le début d'une menstruation ou d'une grossesse peut se caractériser par ces douleurs. Dans ces cas, le mal de dos se traite différemment, parfois plus banal, parfois plus complexe. Elles peuvent aussi précéder un cas de cancer grave. Dans ce cas, le patient court le risque d'en perdre la vie. Nous suggérons déjà que les comportements minimisateurs sont à éviter. Concernant la présente étude, nous allons considérer ces douleurs dorsales et lombaires comme une maladie à part entière.

b. Les facteurs favorisants les maux de dos

Les douleurs dorsales et lombaires sont facilement aggravées par les conditions de vie ou les retards d'accès aux soins. Selon les spécialistes, ce sont le type d'activité et la fatigue qui entraînent surtout le mal de dos. En effet, les gestes répétitifs occasionnés par le travail causent avec le temps des lésions aux articulations.

Aussi, les mauvais traitements du dos dès l'enfance (cartable trop lourd, vie trop sédentaire, stress, travaux physiques ou manque de calcium) figurent parmi les facteurs favorisants. De même, le manque d'entraînement physique ou le surentraînement, les mauvaises postures, le stress prolongé, et même le tabagisme ou l'obésité constituent des facteurs de risques.

Les facteurs favorisants les douleurs dorsales et lombaires relatifs aux types d'activités nous intéressent surtout. En effet, ces types d'activités contribuent fortement à la fatigue du dos. Nous citons :

- les activités sédentaires et immobiles, qui demandent de longues heures en position assise ou debout, une activité à déplacements fréquents, à gestes répétitifs...
- les travaux physiques qui consistent à porter des poids, ou de toujours se pencher
- les activités routinières au quotidien, ou conformément à la distribution des tâches ménagères (par exemple ceux qui sont obligés d'aller chercher de l'eau potable à la pompe publique et de porter sa

lessive aux bassins publics,...). Sont concernés les femmes/hommes au foyer (à la charge des activités domestiques comme le ménage, la cuisine, les courses), les gens de maison, ...

Par ailleurs, les femmes ont plus de problèmes de dos que les hommes [21]. Le port de talons hauts ainsi que les grossesses ont un impact sur la colonne vertébrale des femmes. La descente du bébé lors de l'accouchement laisse des traces sur la mobilité du squelette et du bassin pour celles ayant déjà accouché d'au moins un enfant. De plus, ces femmes ont supporté dans leur ventre un poids supplémentaire de 9 à 12Kg.

Ceci étant clair, nous avançons à présent les différentes prises en charge possibles de la maladie.

2. Les professionnels du mal de dos

a. Les traitements conventionnels

Il existe une panoplie de choix quant aux professionnels du mal de dos. Néanmoins, il est à noter que la connaissance de chaque spécialité diffère d'un individu à l'autre. En effet, la présente étude propose à la population et aux patients intéressés une liste de professionnels spécialisés au mal de dos. De ce fait, elle permet de tester leur connaissance de chaque domaine de ces professionnels. De même, de savoir si le fait d'en avoir déjà entendu parler les incite à les consulter.

Il est à noter que la médecine générale relève des professionnels de santé, seulement, elle ne fait pas partie des professionnels de la maladie considérée, les douleurs dorsales et lombaires.

Nous ne considérerons que les professionnels du mal de dos suivants et leur traitement :

Rhumatologue : le vaste domaine de la Rhumatologie touche par exemple la pathologie dégénérative du *rachis*, dont la *lombalgie*, le *sciatique*, la *cervicalgie* et la névralgie.

Kinésithérapeute et rééducateur fonctionnel : renforcer et rééquilibrer la musculature, faire disparaître les contractures musculaires pour éviter l'elongation des ligaments, corriger les courbures exagérées de la colonne vertébrale par la manipulation.

Hydrothérapeute : l'hydrothérapie correspond au traitement en Balnéothérapie, thermalisme et *thalassothérapie* qui agissent sur la douleur pour décontracturer, ou assurer une tonification musculaire, pour se détendre et relâcher les tensions du dos.

Neurologue : spécialiste en nerfs et système nerveux quand le mal de dos est d'origine neuromusculaire.

Ostéopathe : spécialiste des douleurs et fractures des os dont ceux de la colonne vertébrale.

Traumatologue : la traumatologie s'intéresse aux problèmes relevant des traumatismes suites à des chutes ou coups.

Spécialistes d'acupuncture et médecine asiatique : utilise de très fines aiguilles pour stimuler des points précis du corps, qui agissent comme les médicaments myorelaxants en déclenchant un relâchement musculaire libérant le dos de ses tensions.

b. Les traitements non conventionnels

Divers types de massages : les massages en général : relaxant, amincissant y compris les massages aromatiques (cas Homéopharma¹²). De même, nous classerons les massages utilisant différentes méthodes et dont les efficacités n'ont pas été prouvées scientifiquement dans cette section.

Recours traditionnels : application de crèmes, l'homéopathie (administration de produits pour stimuler les défenses immunitaires), la phytothérapie (exemple du Bambou comme décontracturant musculaire)

L'automédication : non recours aux professionnels de santé

Aussi, pour tout type de traitement, nous ne pouvons manquer de distinguer les praticiens libéraux des praticiens des hôpitaux. A Madagascar, les hôpitaux sont surtout les lieux de travail des spécialistes.

c. Approche préventive : Ecoles du dos

La prévention des maux de dos ne se fait pas avec des vaccins, il s'agit plutôt d'une hygiène de vie et d'une habitude de comportements physiques. L'école du dos [18] consiste en l'administration de programmes de prise en charge et de soutien des patients qui souffrent des douleurs dorsales et lombaires. A l'étranger, le succès d'une telle école est observé.

Certains centres spécialisés possèdent des "écoles du dos" qui vise une meilleure éducation du patient. On y enseigne comment prendre soin de son dos, quels mouvements éviter. Il s'agit de transmettre des informations générales sur l'anatomie, et des recommandations sur les bonnes postures, sur les exercices à faire, l'importance d'une activité physique quotidienne, ... A titre de comparaison, ces programmes équivalent à ceux concernant la préparation à l'accouchement dans les différents services de santé maternel. Bref, les écoles du dos préviennent les douleurs dorsales et lombaires.

L'école du dos est destinée aux patients souffrant de maux de dos surtout chroniques ainsi qu'aux cliniciens qui interviennent auprès d'eux. Entre autres, elle vise à permettre aux lombalgiques de devenir des experts de leur *lombalgie* en leur "apprenant à apprendre" [18]. En effet, comprendre les véritables causes des douleurs permet de se prendre en charge soi-même. Cela consiste à apprendre des exercices spécifiques pour soulager les douleurs, l'hygiène de vie (alimentation, sommeil, exercice physique, l'eau...) et les gestes préventifs à adopter. A titre de prévention de l'arthrose par exemple, l'école du dos apprend à maintenir un poids/santé (poids recommandé par rapport à la morphologie de la personne), à avoir une alimentation équilibrée, à faire attention aux mouvements répétitifs, ou encore à soigner une maladie reliée.

Par ailleurs, l'efficacité de l'école du dos réside dans ce qu'elle fait partie intégrante de la vie quotidienne.

¹² Laboratoire pharmaceutique malgache spécialisé dans le domaine de la phyto-aromathérapie

B. Les types de recours aux soins

En général, on peut étudier deux grands types de recours. Le premier consiste à un recours effectif de la population. Il peut s'agir d'un recours pour un traitement, ou pour une prévention, ou pour dépistage. Le second s'agit de ne pas recourir aux professionnels de santé. Les gens dans ce cas soit, ont recours aux différents types de médecines traditionnelles, soit pratiquent l'automédication. Ils peuvent aussi ne pas avoir recours à aucun d'entre eux.

La présente analyse a pour ambition de déterminer et d'expliquer ces comportements d'une manière générale. Sa particularité réside dans le fait qu'elle s'intéresse au recours aux professionnels du mal de dos. Elle avancera quatre comportements : le recours aux spécialistes, le recours aux non spécialistes, le recours à la médecine moderne et traditionnelle combinées, et enfin le non recours. Ce troisième type de recours correspond à une des stratégies du MAP¹³ quant à la réalisation du Premier Défi concernant le domaine de la Santé. Il s'agit de « créer une synergie entre les pratiques de médecine traditionnelles et modernes » dans le but d' « assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous » [10]. Enfin, le quatrième type de comportements consistant au non recours sera assimiler à l'absence de consultation chez les professionnels de santé.

Par ailleurs, quand on parle de recours, il faut distinguer le but de chacun. Comme nous l'avons déjà dit, il peut s'agir d'un traitement ou d'une prévention. De même, les motifs de recours diffèrent d'un individu à un autre. Aussi, la fréquence de recours d'un tel n'est pas toujours semblable à celle d'une autre personne. Enfin, l'état de santé peut ne pas avoir d'influence sur les temps de recours aux soins. Nous retrouvons là les différences de comportements des gens.

Admettons par exemple que les grands centres urbains sont souvent composés des meilleurs services sanitaires qu'ailleurs. Or, les enquêtes périodiques des ménages réalisés par l'INSTAT en 2004 ont montré un faible recours aux soins à l'échelle de ces grands centres urbains. Les résultats nous le montrent : 68.1% des gens jugent qu'une consultation n'est pas nécessaire à cause de la non gravité de leurs maladies. 16.7% accusent leur portefeuille. Seulement 1.5% d'entre eux pensent que l'éloignement des centres de santé influent sur leur consultation.

La connaissance des types de recours aux soins expliquerait alors les comportements et l'état de santé de la population. Toutefois, cela ne suffirait pas dans la mesure où les gens ignorent vers qui ils doivent recourir. Par conséquent, nous proposons les notions ci-après concernant les professionnels de santé, notamment les spécialistes.

¹³ Le MAP, Madagascar Action Plan, est un plan quinquennal contenant les stratégies de développement de Madagascar. Il s'inspire à la fois des objectifs du millénaire et d'une vision nouvelle pour le pays, la Vision Madagascar naturellement.

C. Les personnels médicaux

1. La formation des docteurs en médecine

Au départ, une sélection des dossiers des étudiants a lieu parmi les postulants à la Faculté de Médecine (à Antananarivo). Ceux qui sont sélectionnés vont en tronc commun à la première année d'études à l'Université. Le passage en 2^{ème} année se fait par voie de concours. Une partie de ceux qui réussissent sont choisis pour la branche qu'est la « médecine vétérinaire ». C'est en 2^{ème} Année que les étudiants peuvent espérer de devenir des futurs médecins. A chaque niveau est associé un examen obligatoire de deux sessions. Comme pour toutes les autres facultés, échouer à quatre sessions successives est éliminatoire selon les règles de l'Université.

En outre, les stages au sein des CHU sont aussi exigés à partir de la 3^{ème} année. Les cours académiques se terminent à la 6^{ème} année. Les étudiants, en stage dans les CHU préparent alors leur thèse à présenter en 7^{ème} ou en 8^{ème} année. Le diplôme délivré à la fin des études est celui du « docteur en médecine - médecin d'Etat ». Autrement dit, au bout des ces 8 années d'études, ils deviennent des médecins généralistes. Le cursus complet est présenté en ANNEXE 2 : Offre de formation de la faculté de médecine de l'Université d'Antananarivo.

2. Différences entre généralistes et spécialistes

Par définition, on appelle « médecin spécialiste » celui qui se consacre à une discipline médicale ou aux maladies d'un système, ou d'un organe particulier¹⁴. Les médecins acquièrent cette dénomination « spécialistes » après approfondissement d'une branche déterminée de la médecine durant leur formation académique.

Madagascar délivre quelques diplômes de spécialisation depuis 1998 (cursus mis en place en 1994) en occurrence la Chirurgie, Anatomie organogenèse, Pneumo-phtisiologie, Anesthésie réanimation, Neuropsychiatrie, ORL, Ophtalmologie, Gynécologie obstétrique, Pédiatrie, Cardiologie, Biologie. A partir de leur 6^{ème} Année d'études à la Faculté, les étudiants peuvent participer à un concours spécialisant. Il s'agit du concours des « internes qualifiants ». Les autres qui continuent jusqu'en 8^{ème} ont aussi le droit d'y participer à n'importe quel moment, même après leur thèse. Ceux qui réussissent au concours peuvent opter pour une branche dans laquelle ils vont se spécialiser. Ils en sortent donc des spécialistes après quatre années d'études.

En outre, la Faculté de Médecine sanctionne aussi des « diplômes d'études spécialisées » et des « diplômes universitaires ». Ces derniers attestent aux médecins, ayant terminé la 8^{ème} Année seulement, des certificats en ophtalmologie, en médecine d'urgence, et en réanimation. Les sortants ne sont donc pas considérés comme des spécialistes confirmés.

¹⁴ Dictionnaire Larousse 1997

A Madagascar, on localise deux Faculté de Médecine générale dans deux chefs lieux de province sur six. L'une se trouve à Antananarivo Renivohitra. Celle de Majunga comprend une branche spéciale qu'est la « médecine dentaire ». Cette dernière constitue à elle-seule une toute autre spécialité, formant un autre Ordre qu'est celui des dentistes.

Un institut national de la santé public et communautaire (INSPC) offre des formations sanctionnant d'un Licence jusqu'au Master pour les médecins sortants.

La formation des paramédicaux quant à elle se déroule à l'IFP (Institut de formation des paramédicaux) sis à Mahamasina. Remarquons que le choix des étudiants se décline surtout pour l'infirmerie et pour la formation des sages femmes. En outre, l'institut délivre aussi à titre d'exemple des formations des kinésithérapeutes.

Par ailleurs, les médecins généralistes sortants peuvent aussi se procurer des diplômes spécialisants au sein d'universités étrangères. Dans ce cas, la plupart des étudiants ont besoin de bénéficier de bourses d'études extérieures afin de pouvoir couvrir toutes leurs dépenses (en frais de déplacement, de scolarité, en hébergements et alimentation).

3. Les spécialités présentes à Madagascar

Selon l'appartenance à l'Ordre National des Médecins, on compte d'une part la présence de 107 différentes spécialités à Madagascar. Parmi celles-ci, il y a les spécialistes des plus courants ainsi que ceux inconnus du public, ou encore dont il ignore l'utilité. Nous avons entre autres des spécialistes en « anatomie », en « cardiologie », en « dermatologie », ou en « endocrinologie ».

Les paramédicaux d'autre part comprennent un certain nombre de spécialistes (non confirmés). Nous connaissons par exemple les kinésithérapeutes ou les acupuncteurs.

Concernant notre étude de cas, nous avons choisi sept spécialités touchant les douleurs dorsales et lombaires. Ce sont la rhumatologie, la kinésithérapie, l'hydrothérapie, la neurologie, l'ostéopathie, la traumatologie et l'acupuncture. Les spécialistes cités existent au pays, surtout à Antananarivo.

D. Les services de santé en milieu urbain

L'offre de soins a une grande influence sur les comportements de la population. Néanmoins, un des caractères communs des pays en développement [2], dont Madagascar, est la différence de la situation de l'offre en milieu urbain et rural. En effet, en milieu rural, il existe très peu d'alternatives. Les centres hospitaliers de district (CHD) sont les hôpitaux de référence pour les CSB, CHD1 pour les références médicales et CHD2 pour les références chirurgicales [14].

1. Les ressources en santé disponibles en milieu urbain

Pour les ressources humaines, le nombre de médecins spécialistes et de chirurgiens dentistes a augmenté mais reste encore insuffisant. Le ratio médecins publics/population s'est amélioré¹⁵. Par contre, le nombre de paramédicaux a diminué étant donné la stagnation des effectifs¹⁶

Concernant l'Offre de soins, nous verrons plus bas que les infrastructures publiques sont assez régulièrement réparties dans la ville¹⁷. Leur distribution peut signifier l'équité dans l'accès physique aux services sanitaires. En ce qui concerne les soins privés, leur répartition autour des plus grands axes de communication traduit la logique marchande de leur implantation.

Concernant l'offre de services sanitaires à Antananarivo Renivohitra, on a une disponibilité des centres et des personnels médicaux. Par exemple, remarquons que les deux seuls établissements publics spécialisés de la région Analamanga se localisent dans la commune. Ces 1 016 982 habitants disposent également de 8 CHU dont 6 publics et 2 privés, 7 CHD2 privés et 2CHD1 publics, tous sont fonctionnels. En outre, la CUA comprend 16 CSB2 publics et 92 privés. Les problèmes d'accessibilité sont résolus par l'abondance des infrastructures, des moyens de communication et de transport. Parmi ces formations sanitaires, seuls un des CSB2 privés et un CSB1 privé ne sont pas encore fonctionnels [Cf. ANNEXE 3 : Etablissements de soins par arrondissement à Antananarivo Renivohitra].

Rappelons que les CSB1 sont tenus par les paramédicaux et les CSB2 par des médecins. Ils sont destinés pour les prises en charge des cas simples et des activités de prévention. Aussi, si les CHD1 assurent les références médicales provenant des CSB, les CHD2 prennent en charge les références chirurgicales.

Etant donné notre thème de recherche, les CHU nous intéressent surtout. En effet, c'est à leur niveau que se passent les consultations externes de référence, les examens complémentaires¹⁸ ainsi que les actes médicaux et chirurgicaux spécialisés des cas graves ou compliqués.

La demande de santé dans tout le pays est selon ce qu'exprime les individus puisqu'il y a libre choix d'accès. En effet, 3/4 des malgaches (74%) peuvent avoir accès en cas de besoins, entre 1 à 5 formations sanitaires au sein même de leurs communes. Précisément, plus de 23% de la population ont le choix entre plus de 5 formations dans leurs communes [8]. Les habitants de la commune Renivohitra en font partie vu l'offre proposée. Ces gens ne sont donc pas obligés de se déplacer en dehors de leurs communes pour trouver un centre de santé, d'autant plus que le transport urbain facilite les déplacements.

¹⁵ Ratio nombre médecins publics pour 100 000 habitants : 8,60 – INSTAT, PNUD : tableau de bord social 2000, 2001

¹⁶ INSTAT, La distribution des services sociaux à Madagascar, 1993 – 1999

¹⁷ Ordre National des médecins de Madagascar, Spécialités et adresses

¹⁸ Examens complémentaires signifient : en vue de confirmation de diagnostic et de conduite à tenir

2. La répartition des centres et personnels médicaux à Antananarivo Renivohipitra

En se référant aux principes de développement local, il faut citer la capacité d'attraction en personnel médical de la commune d'Antananarivo Renivohipitra. C'est aussi en partie à cause de la notion d'appartenance que les étudiants en médecine préfèrent exercer en ville. Ils se sentent aussi rattachés à la Commune urbaine surtout du fait que celle-ci constitue en elle-même un véritable pôle d'attraction.

Certes, les établissements sanitaires publics attirent les jeunes médecins diplômés pour l'assurance de leur statut de fonctionnaire. Seulement, c'est le contexte spatial qui constitue une problématique. Or, les recrutements se tournent surtout vers les zones enclavées. Ainsi, nous entendons parfois des commentaires sur le faible taux d'emploi des jeunes médecins.

Auparavant, cette exposition au chômage incitait une résignation à l'émigration et à l'expatriation. Nous parlons là d'un exode des médecins sortants, cherchant à l'étranger une meilleure « valorisation personnelle » [2]. Toutefois, du point de vue personnel, une émigration vers les pays étrangers constitue parfois un avantage pour le médecin. En tant qu'individu, il optimise ses capacités en évitant qu'elles ne se déprécient trop. Il investit donc de façon à augmenter sa productivité future et ses revenus. Ce point de vue n'est pourtant pas bénéfique pour le pays.

Il arrive aussi d'une part que les jeunes médecins, et parfois les meilleurs, sont tentés par les salaires et les multiples avantages offerts par les « projets de développement » ou par des organisations internationales. En deuxième choix, ceux-ci préfèrent l'administration de la santé à leur devoir de personnel soignant. Ils abandonnent toutes formes de pratiques thérapeutiques pour une spécialisation en santé publique où ils s'intéresseraient aux différents programmes de réformes. De même, le domaine de la santé publique amène ces médecins à devenir des rédacteurs de divers rapports. Ces préférences contribuent à la baisse du nombre de médecins traitants.

Concernant les spécialistes du mal de dos, de par leur implantation dans la CUA, leurs lieux de fonction présentent néanmoins une concentration dans le Ier Arrondissement¹⁹. En effet, cette concentration s'explique par la présence du CHU HJRA Ampefiloha en son sein. La plupart d'entre ces spécialistes pratiquent au niveau de ce centre. En effet, ce même CHU abrite divers services. Citons à titre d'exemple les services « anesthésie-réanimation », « chirurgie générale », ou « dermatologie vénéréologie », ou encore l'« oncologie médicale ». Dans la même enceinte se situe le Pavillon et maternité Sainte Fleur. Environ 111 spécialistes sur les 281 recensés (soit 39.5%) pratiquent au niveau du Ier Arr.

Environ 17 spécialités appartiennent au IIème Arrondissement. Les principaux établissements de cet Arrondissement sont le Clinique Saint Paul Ambatoroka, l'Espace Médical Ankadivato, le Laboratoire des Neuro-sciences Antsakaviro, ainsi que la Faculté de Médecine Ankatsosy.

En outre, entre autres le CEN HO SOA Soavinandriana, l'OSTIE Behoririka, le MSI Maternité Avaradoha comprennent les quelques 44 spécialistes du IIIème Arrondissement.

¹⁹ Cf. La répartition géographique des spécialistes inscrits à l'ONM. Y sont inscrits tout médecin en exercice diplômé en docteur en médecine de la Faculté, publics et privés confondus.

La présence du CHU HJR Befelatanana et d'autres services rattachés justifie les 45 spécialités dans le IVème Arrondissement.

On trouve environ 18 spécialistes au niveau du Vème Arrondissement, réparties surtout dans des cabinets médicaux privés.

C'est le 6^{ème} Arrondissement qui compte le moins de ces spécialistes avec seulement 6 spécialités. Trois d'entre elles se trouvent au CDT Anosivavaka AmbohimanaRina.

Afin de mieux comprendre le contexte auquel le présent document s'intéresse, il nous faut savoir davantage sur notre étude de cas.

SECTION II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A part la mortalité, être invalide constitue pour une personne physique le pire état de santé. Plusieurs peuvent être les causes de cet état. Cela peut être un état génétique c'est-à-dire depuis la naissance, un accident, une maladie grave telle le cancer, le mal de dos, Le mal de dos est une maladie qui concerne les régions dorsales et/ou lombaires. Elle commence par gêner la personne concernée, puis elle affaiblit l'aptitude de travail d'où la quantité de travail que celle-ci peut accomplir. Ce qui diminue la productivité de la personne. A part les pertes de temps à cause des jours d'invalidité, un mal de dos non traité ou mal soigné va lui valoir une part de son revenu et de celui de sa famille. Aussi, cela implique une insatisfaction pour elle-même ainsi que pour son employeur. Le patient peut même devenir une charge pour son entourage. Nous ne faisons là que rappeler l'importance d'un bon état de santé d'une population pour le développement d'un pays.

La présente étude ambitionne de cerner le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra. Nous allons étudier les comportements adoptés par la population vis-à-vis de son état de santé et des professionnels de santé locaux, en particulier des professionnels du mal de dos. Supposant que le mal de dos constitue une menace pour celle-ci, proposer en premier lieu tout type de traitement possible est une nouvelle approche de contribution à l'amélioration de santé de la population. Les informations sur le mal de dos favorisent la prévention par la population. En effet, environ 42% de la population enquêtée doutent de contracter le mal de dos dans un avenir prochain (cf.Résultats). Pour les patients concernés, notre étude constitue un conseil de choix par rapport au coût et à l'efficacité de chaque traitement.

Nous nous proposons d'apporter une correction sur le recours de la population.

A. Objectif général

Cette étude insiste sur le rôle du recours aux soins, en montrant que le non recours est un facteur de la gravité des douleurs dorsales et lombaires. De même pour l'absence de recours préventif. Elle veut clarifier le choix des personnes concernées par le traitement du mal de dos. En effet, le choix du patient

peut ne pas correspondre au traitement qui lui serait plus profitable. Ici, nous allons avancer aux patients le professionnel du mal de dos dont le traitement est le moins coûteux mais plus efficace en terme de jours d'invalidité évités.

Nous voulons démontrer :

- l'état de santé de la population à travers l'exemple du mal de dos
- la fréquence des consultations chez les professionnels (en une année)
- les motifs de recours ou de non recours aux soins
- l'inégalité du recours aux professionnels selon le sexe, le niveau d'éducation et les informations reçues sur la maladie, et surtout selon le type d'activité.

- la préférence des gens quand au recours chez les professionnels du mal de dos

Nous souhaitons surtout éclairer les choix qui s'ouvrent à la population.

Nous ne manquerons pas vers la fin de notre étude des propositions de solutions au faible recours aux soins, raison pour laquelle l'état de santé de la population n'atteigne pas son optimum.

B. Les questions importantes

Pour atteindre l'objectif général de l'étude, nous devrions répondre à plusieurs questions. Précisément, nous chercherons à savoir :

- Quels comportements adopte la population par rapport aux professionnels du mal de dos? (Recours et non recours)
- Qu'est ce qui motive ces différences ?
- A quelle fréquence les gens vont-ils chez les professionnels?
- Qui a le plus recours aux professionnels ? par rapport au sexe, à l'âge, au niveau d'instruction...
- Laquelle de ces variables influe-t-elle le plus les comportements ?
- Lequel des professionnels du mal de dos est le plus consulté ?
- Quels sont les motifs et raisons de consultation ?

Ces comportements identifiés, nous ne saurions limiter les actions à mener dans l'amélioration du recours aux soins. Il serait par exemple judicieux d'imaginer une médecine de masse²⁰ [2], à la fois pour la prévention et pour radier l'asymétrie d'informations de la population.

Concernant les professionnels, la connaissance et la compréhension des comportements de la population permettraient d'appréhender les améliorations possibles de l'accès à leurs soins. A la fin de cette analyse, nous proposerons lequel d'entre eux présente le meilleur traitement du point de vue patient. Cela dans le but de vérifier si le choix de la population est rationnel ou non.

Si tels sont les objectifs de notre étude, comment allons nous procéder pour y parvenir ? Nous passons à la section troisième qui concerne la méthodologie.

²⁰

Il s'agit de s'approcher des gens au lieu de laisser leur « non recours » à leur responsabilité.

SECTION III. METHODOLOGIE

Afin d'avoir les meilleurs résultats possibles, nous effectuerons deux enquêtes différentes. L'une concerne l'enquête sur le recours aux professionnels de santé. Elle nous permet d'analyser les comportements déclarés par la population âgée de 30 ans et plus. Elle fournit une appréciation générale sur les questions de perceptions et de comportements de recours aux professionnels. L'autre enquête porte sur les traitements des professionnels, ceux des douleurs dorsales et lombaires. Celle-ci nous permet de calculer les coûts probables des traitements de chaque spécialiste. Nous expliquerons les détails de ces deux enquêtes ultérieurement. Néanmoins, nous tenons à préciser que la première enquête auprès de la population vise à connaître la tendance de leur comportement, la deuxième enquête consiste surtout à demander des informations sur les traitements des professionnels.

Pour commencer, nous allons d'abord nous intéresser aux différents paramètres à considérer pour mener à bien notre étude.

A. Les variables considérées

Nous avons considéré différentes variables. Respectivement, il y a les variables dépendantes, ainsi que les variables indépendantes qui pourraient influencer les premières.

Les variables dépendantes : les choix de recours de la population (recours ou non, c'est -à- dire consultation ou non). Il nous faut définir les possibilités sur lesquelles peuvent se porter les choix de la population. Comme nous l'avons précisé dans la section précédente, il existe de nombreuses possibilités thérapeutiques pour le traitement des maux de dos. Nous avons aussi vu que quelques manifestations du mal de dos sont typiquement du ressort des généralistes (cas des *lombalgies*).

Les variables indépendantes : le sexe, le niveau d'éducation et les informations reçues sur la maladie, le type d'activité.

Le sexe est déterminant du seul fait que nous parlons de recours, donc de comportements. En effet, les deux genres présentent toujours des différences de comportements dans tous domaines considérés. Ensuite, c'est le niveau d'éducation qui détermine ces différences ainsi que les informations dont peuvent disposer les gens de la maladie.

Le type d'activité est, selon les professionnels, un des principaux facteurs favorisants des douleurs dorsales et lombaires. Ainsi, il caractérise la population cible, et fait d'elle des personnes susceptibles d'avoir déjà contracté le mal de dos, donc d'avoir déjà eu l'opportunité de recourir aux professionnels du mal de dos (ou non).

Entre autres, nous parlerons aussi des remboursements que bénéficient certaines personnes, ou de l'état de santé déclarée de la population, des motifs de recours, de la moyenne de consultation annuelle ainsi que de la disposition à payer de la population.

Pour mettre en relation ces différentes variables, ci-après les méthodes que nous allons utiliser.

B. Outil de recueil des données

De manière générale, dans les cas où il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes et où se pose un problème de représentativité, on utilise un questionnaire.

Le questionnaire est une liste de questions écrites adressées à la population échantillon afin d'obtenir les résultats attendus. Nous l'avons choisi surtout pour rassembler des opinions (choix de recours...) et des explications.

Pour l'analyse, l'enquête permet de prendre connaissance des comportements de la population cible ou de valider certaines hypothèses émises. La méthode des questionnaires auto administrés est très utile pour compléter des interviews directes avec les cibles. Néanmoins, cette confiance accordée à l'enquêté demande en retour de sa part davantage d'efforts pour y répondre et pour le renvoyer.

Le recueil a été effectué par 8 enquêteurs, des étudiants en lycée sensibilisés sur les objectifs de l'étude et qui ont participé à la validation du questionnaire.

1. Enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra

Une première enquête vise les objectifs suivants :

- relever la morbidité déclarée et évaluer l'état de santé de la population,
- mesurer le recours aux professionnels de santé et aux spécialistes,
- mettre en relation le comportement de recours avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus (selon les variables choisies).

Remarquons que nous ne disposons pas encore de données sur le mal dos à Madagascar. Un questionnaire a été rédigé en la langue officielle malgache et en français. Il comporte en tout 22 questions [Cf. ANNEXE 4 : questionnaire d'enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra]. La majorité d'entre-elles sont semi-ouvertes, c'est à dire proposant une série de réponses à laquelle on ajoute « autre (préciser : ...) ». Les questions ouvertes qui ne prévoient pas la réponse ont été évitées pour plus de précision dans les interprétations. De cette façon, le questionnaire peut s'auto administrer, c'est-à-dire pouvant être géré par le répondant seul.

Le questionnaire comprend trois volets. Le premier pour obtenir des informations sur les enquêtés : leurs caractéristiques et leur état de santé. Celui-ci se rapporte aussi au choix de la maladie qu'est le mal de dos. Les possibles facteurs de risques étant inclus dans les questions. Ensuite, un second volet qui sert de précurseur au troisième. Ces deux derniers volets permettent de mieux connaître les déterminants des comportements de recours, d'abord aux professionnels de santé, et enfin aux spécialistes.

a. La population cible

La population est a priori définie par la zone d'étude choisie. Il s'agira des habitants des six Arrondissements de la Commune urbaine. Un échantillon représentatif sera enquêté.

Puisque l'étude porte sur les comportements de recours liés à une maladie exemple des douleurs dorsales et lombaires, elle portera aussi sur les personnes qui sont les plus à même de la contracter. Ceci n'excluant pas toutes personnes bien portantes qui ne pensent pas courir le risque. Selon les spécialistes, ce sont surtout le type d'activité et la fatigue qui entraînent le mal de dos. Le moyen d'âge de la clientèle des spécialistes se situe entre 30 et 55 ans, entre autre il s'agit de la population active.

Nous avons choisi un échantillonnage selon le modèle aléatoire simple. Ainsi, le tirage se fera à partir de la population constituée de toutes personnes dont l'âge est compris entre 30 et 55 ans. La modalité « âge » est donc la seule condition d'acceptabilité.

b. Choix de l'échantillon

Il est difficile de soutirer des informations sur le mode de vie chaque population. Des recherches bibliographiques ont permis de quantifier les personnes ayant le mal de dos dans les pays industrialisés et les pays à activités rurales. Notre site d'étude choisie, la commune d'Antananarivo Renivohipitra, nous émettons l'hypothèse suivant laquelle la population urbaine a un type de vie ressemblant à celle des pays industrialisés. Cette commune étant la plus peuplée et la plus urbanisée. Ainsi, nous prendrons comme prévalence estimative du mal de dos dans la zone $p=70\%$.

Sachant qu'il peut y avoir une quelconque opposition entre cette commune et le reste de la région (et de l'île), une comparaison de l'analyse de la demande de santé de sa population avec les résultats des autres pays serait envisageable.

Deux autres facteurs déterminent la taille de l'échantillon requise :

-le niveau de confiance visé, 95% donc une valeur type notée $t=1.96$

-la marge d'erreur acceptable. Nous l'avons choisi à 5%, donc une valeur type notée $m=0.05$

Aussi avons-nous choisi deux tranches d'âge de la population (de 30 à 45 ans, de 45 à 55 ans). Cette répartition facilitera la distinction des comportements des gens à âge identique, selon le sexe, le niveau d'éducation, et surtout selon le type d'activité. Dans la zone à étudier, nous comptons environ dans les $N=356\ 825$ individus [16].

Le modèle d'enquête est fondé sur un échantillon aléatoire simple. L'échantillon choisi de façon aléatoire signifie que chaque unité de la population statistique étudiée doit avoir la même chance d'être choisie pour faire partie de l'échantillon. On peut alors calculer la taille minimale de l'échantillon en appliquant la formule suivante.

$$n=t^2 \times N / t^2 + [m^2 \times (N-1)]$$

L'utilisation des valeurs types indiqués donne le calcul suivant :

$$n= (1.96)^2 \times 356\ 825 / (1.96)^2 + [0.5^2 \times (356\ 825-1)]$$

$$n=3.8416 \times 356\ 825 / 3.8416 + [0.025 \times 356\ 824]$$

n=1370778.92/895.9041

n=1530.05 soit n=1530

2. Interview sur le traitement des professionnels du mal de dos

Dans le même souci d'absence de données, nous avons été obligé d'interviewer les professionnels du mal de dos. Il s'agit de la deuxième enquête. Cependant, tous les professionnels abordés n'ont pas donné des précisions dans leurs réponses. En effet, le fait de « supposer » le cas exemple a embrouillé leurs avis. Le cas aurait pu être plus précis si nous nous sommes fait aidés par un patient atteint d'un mal de dos. Rappelons que le mal de dos peut représenter un symptôme d'autres maladies plus ou moins grave. Nous voulions la considérer en tant que maladie à part entière. D'ailleurs, le choix des professionnels du mal de dos le confirme.

Concernant ces enquêtes chez les professionnels du mal de dos, nous avons recueillis les réponses d'un Kinésithérapeute, d'un Neurologue, d'un Rhumatologue (tous les trois en service dans les hôpitaux publics), d'un Acupuncteur, et d'un masseur de chez Homéopharma. Ces choix ont surtout été influencés par la connaissance des gens de ces professionnels par rapport aux autres (traumatologue, ostéopathe, hydrothérapeute) [Cf. ANNEXE 5 : Questionnaire d'interview sur le traitement des professionnels du mal de dos]. En effet, les gens connaissent rarement ces autres professionnels du mal de dos. Néanmoins, leurs interventions peuvent être pris en compte dans les choix de traitement.

Par ailleurs, les réponses des cinq professionnels du mal de dos abordés ne nous ont pas permis de calculer les coûts. Ainsi, le choix du Neurologue et du Kinésithérapeute s'explique par la préférence des gens lors de l'enquête. Nous verrons plus tard dans la partie résultat de l'enquête sur le recours des gens aux soins que ces deux professionnels du mal de dos correspondent aux deux premiers choix de la population selon leur déclaration. Les réponses fournies par ces deux professionnels étant complètes. Remarquons qu'une contre enquête nous a permis de confirmer la représentativité de ceux-ci.

C. Exploitation des données

1. Méthodes d'analyse des données

Certes, l'exploitation semble a priori difficile du fait de la complexité de l'étude, mais les trois volets du questionnaire²¹ se sont complétés pour tirer le plus d'informations aux enquêtés.

A titre d'instrument, nous nous sommes appuyés pour l'exploitation des données sur le logiciel Excel. Nous avons d'abord procédé par une saisie des résultats dans un tableur Excel. Pour faciliter le codage des réponses, nous avons utilisé un « masque enquête » comportant 58 colonnes correspondant au

²¹ Cf. Partie I, Section III, B., 1. Outil de recueil des données (page 24)

nombre de questions de l'enquête. Puisque la grande majorité des questions sont semi-ouvertes, toutes les propositions de réponses ont été écrites en colonne. Les réponses positives ont été codées « Oui » et les négatives « Non ». Nous avons procédé par une inférence statistique²² quant aux analyses des résultats des enquêtes. Nous avons fait une analyse en grappe²³. Nous avons regroupé les répondants par groupe, au départ de leurs similarités sur un certains nombres de variables en activant le filtrage automatique. Le questionnaire « personne » nous a permis d'identifier par exemple l'ensemble des répondants dont le profil est très semblable. Les autres volets du questionnaire nous avaient donné les résultats de combinaison de réponses. Pour obtenir le nombre de réponses positives avec « type d'activité » et « mal de dos Oui », il nous a suffit par exemple de filtrer les deux colonnes correspondantes. Les pourcentages ont été obtenus après rapport entre ces résultats et l'ensemble des réponses considérées.

Cette première exploitation nous a déjà permis d'avoir les relations recherchées au bout des enquêtes. Néanmoins, il est essentiel de mesurer ces différentes relations entre les variables. Sont-elles significatives ou non ? Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Khi deux. Le but est de s'assurer de la certitude de la liaison des deux variables. Le calcul du Khi deux permet d'améliorer encore l'interprétation et de savoir si la relation entre les deux variables est significative ou non.

Aussi avons-nous utilisé cinq différents tableaux pour la réalisation du test. Ce sont le tableau de (1) contingence, (2) les tableaux profils lignes et (3) profils colonnes, (4) le tableau des effectifs théoriques ou calculés, et enfin (5) le tableau de Khi deux.

Le *tableau de contingence* est un tableau de répartition des individus obtenus en croisant deux variables qualitatives. Le problème posé est de savoir l'interpréter correctement, par conséquent chercher :

- l'existence d'une relation entre les deux variables, et
- la détermination de la nature de cette relation

Rappelons que chaque variable peut comprendre plusieurs modalités. Nous avons :

$$N = \sum_{j=1}^1 n_{ij} \text{ où } n_{ij}, (\text{ligne } i \text{ et colonne } j) \text{ représentent les effectifs partiels}$$

Il s'agit de la répartition univariée des deux variables. On les note respectivement n_i et n_j tels que :

$$n_{i \cdot} = \sum_{j=1}^l n_{ij} \quad \text{et} \quad n_{\cdot j} = \sum_{i=1}^k n_{ij}$$

Pour le test, nous choisissons une hypothèse nulle qui dans un but de montrer qu'il existe une relation, cherche à montrer que l'inexistence de la relation à une faible probabilité de se réaliser.

²² L'inférence statistique consiste à induire les caractéristiques inconnues d'une population à partir d'un échantillon issu de cette population (Définition tirée de l'encyclopédie libre wikipedia)

²³ L'analyse en grappe, essaie de regrouper les répondants par groupe, au départ de leurs similarités sur un certains nombres de variables (tranche d'âges, sexe, type d'activité) [17] :
[http://fr.wikipedia.org/wiki/Sondage_\(sciences_humaines\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sondage_(sciences_humaines))

Le Khi deux se définit comme l'écart des deux tableaux de profils. Plus celui-ci est grand, plus faible est la chance que le tableau observé soit semblable au tableau théorique. Autrement dit que l'hypothèse nulle se réalise, et en conséquence que la liaison soit significative.

D'où le tableau des effectifs théoriques ou de l'indépendance statistique de deux variables. Par définition : $t_{ij} = n_i \cdot n_j / N$

De ce tableau, nous passons au calcul du Khi deux qui n'est autre que :

$$X^2 = \sum \frac{(n_{ij} - t_{ij})^2}{t_{ij}}$$

Il suffit de comparer cette valeur calculée avec la valeur critique indiquée dans la table Khi deux²⁴. Rappelons que si la valeur de Khi deux calculé est supérieure à la valeur critique de la table, l'hypothèse considérée est rejetée. Dans le cas contraire, cette même hypothèse est maintenue. Dans notre cas, nous avons choisi un seuil de signification du test de 5% (0,05)²⁵. Le degré de liberté se calcule suivant la taille du *tableau de contingence* initial.

2. Comparaison coût efficacité de traitements

Pour l'évaluation économique, nous supposons que le résultat attendu soit le nombre de jours d'incapacité évités des patients atteints de douleurs dorsales et lombaires. Nous comparons les coûts et les conséquences d'un traitement chez le Neurologue par rapport au traitement du kinésithérapeute. Dans ce cas, le résultat est commun aux deux options, mais ils peuvent avoir des performances et des coûts différents. Le programme le plus intéressant n'est donc pas forcément celui qui coûte le moins cher, à moins, bien sûr, qu'il aboutisse aussi à un nombre de jours d'incapacité évités plus important.

Puisque nous voulons comparer ces options, nous allons calculer le nombre de jours d'incapacité évités associée au coût, ce afin d'obtenir le coût par unité d'effet (i.e. le coût par jour d'incapacité évité). Dans une telle analyse, les coûts sont liés à un seul type d'effet dont l'importance peut varier selon les options. Nous qualifions donc cette analyse d'« analyse coût-efficacité ou ACE». Les résultats des comparaisons peuvent aussi être exprimés en effet par unité de coût, (i.e. jours d'incapacité évitée par franc dépensé).

²⁴ Table de valeurs statistiques préétablies / pré calculées

²⁵ Ce seuil correspond aux risques qu'on se donne de se tromper sur l'hypothèse rejetée

PARTIE II. RESULTATS ET COMMENTAIRES GENERAUX

SECTION I. LE RECOURS AUX SOINS

A. Description de la population

Le volet « questionnaire personne » nous a permis de mieux connaître chaque enquêté. Ci-après donc les informations collectées sur eux.

L'enquête se faisant de façon aléatoire, les enquêteurs ont été incités à aborder toutes catégories de personnes qu'ils ont rencontrées à tout moment. Les résultats obtenus correspondent à ceux escomptés. Nous avons recueillis des réponses des bureaucrates (cadres, secrétaires travaillant dans les administrations, techniciens, caissiers, épiciers ou autres types de vendeurs...), des artisans, des agents de sécurité, des chauffeurs,... Cependant, en supposant qu'ils ont une condition de travail particulière²⁶, nous avons encouragé la participation des travailleurs des zones franches. Nous comptons 190 individus travaillant dans les ZF parmi nos enquêtés, et ce sont surtout des travailleurs physiques, les techniciens des bureautiques à part. Rappelons tout de même que notre tirage se faisait de façon au hasard comme le recommande la logique aléatoire simple.

De même, les femmes/hommes au foyer ainsi que les gens de maison ont été pris en compte durant l'enquête.

Il y a aussi des transporteurs de marchandises, des jardiniers, des couturiers, des petits agriculteurs et éleveurs (faisant les récoltes), ...qui considèrent leur emploi comme physiquement fatigant. En effet, ceux-ci sont appelés à soulever ou à tirer de lourdes charges ou doivent fréquemment se pencher vers l'avant.

Suite aux calculs d'échantillonnage effectués²⁷, l'enquête a abouti sur 1633 individus en tout si la taille minimum est de 1530. Deux groupes d'âge pour les deux sexes sont considérés dans cette étude. Le tableau suivant résume leur répartition par sexe et par âge.

Tableau 1. Répartition de l'échantillon par sexe et par âge

Sexe/Age	30 à 45 ans		45 à 55 ans		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Femmes	491	65,46%	259	34,53%	750
Hommes	631	71,46%	252	28,54%	883
Total	1122	68,70%	511	31,29%	1633

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

²⁶ Source : revue de la littérature des quotidiens locaux. Exemple : L'express de Madagascar, n°3694 du 03-05-2007, « Le délégué du personnel défend les intérêts des travailleurs »

²⁷ Cf. Partie I., Section III., B., 1., b. Choix de l'échantillon (page 25)

Concernant particulièrement les femmes, plus de 93% ont donné naissance à au moins un enfant. Le nombre moyen de leurs enfants est de 3 par femme. Rappelons que les accouchements constituent un facteur de risque des douleurs abdominales pour les mères de famille. Nous nous sommes abstenus de poser la question concernant le nombre d'enfants aux hommes (qui se réfère plutôt à l'accouchement).

Cette première présentation faite, les sous-sections suivantes se rapportent au profil général des personnes enquêtées.

1. Niveaux d'études

Tableau 2. Répartition des enquêtés par niveau d'instruction

	Non scolarisé	Primaire	1 ^{er} cycle du secondaire	Lycée	Université	Pas de réponse
Femmes de 30 à 45 ans	13	77	144	83	167	9
Femmes de 45 à 55 ans	5	54	52	43	103	
Hommes de 30 à 45 ans	20	83	191	152	174	12
Hommes de 45 à 55 ans	11	39	67	53	81	
TOTAL	49	253	454	331	358	
Taux	3%	15,49%	27,80%	20,26%	21,92%	

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Concernant la scolarité des enquêtés, la plus grande partie (27.80%) ont arrêté leurs études au premier cycle du secondaire. A ce stade, ceux qui ont fini le cursus obtiennent le diplôme du BEPC. 20.26% passent au Lycée si 21.92% ont convoité les Universités, ou au moins ont fait des études après le Bac. Remarquons que ce sont surtout les hommes qui déclarent avoir fait des études que les femmes, avec un taux élevé pour chaque niveau. Par contre, ce sont les femmes qui l'emportent si nous ne considérons que la déclaration d'avoir fait des études universitaires avec 75.41% (167+103 /358) contre 71.22% pour celui des hommes. Seulement 3% des enquêtés disent ne pas avoir été à l'école. En outre, la génération des 30 à 45 ans a effectué plus d'études que celle des 45 à 55 ans. Cette situation est valable aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

2. Activités de la population étudiée et ses conséquences

La grande majorité des enquêtés (53.33%) considère que leur condition d'activité les oblige à être sédentaires. Nous entendons par « sédentaire » le geste que tout un chacun adopte durant sa journée de travail. Toujours selon leur explication, ce geste peut consister à s'asseoir devant un bureau, un ordinateur, ou autres machines, ou encore à se mettre debout pour pouvoir accomplir leurs tâches.

Seulement 6 personnes n'ont pas choisi les types d'activités proposées par le questionnaire pour mettre « autres » à la place. 22.90% affirment qu'elles se penchent sur quelque chose dans le cadre de leur type d'activité. 14.69% effectuent des déplacements fréquents suivant leur emploi. Par contre, 7% font des travaux physiques et qui nécessitent beaucoup d'effort pour pouvoir mériter leur salaire (Exemple : docker).

28.10% (459/1633) des enquêtés soutiennent avoir déjà souffert du mal de dos au moins une fois. Ils s'agissent des 234 femmes et des 225 hommes sur les 1633 enquêtés.

Les personnes ayant des conditions d'activité sédentaire sont les mêmes à ne pas nier avoir déjà mal au dos au moins une fois. Elles représentent 39.64% des enquêtés. Ensuite, viennent celles qui ont une obligation de se pencher avec 38.30% précédant les 12.47% qui physiquement travaillent plus. 8.68% des personnes ayant le mal de dos se déplacent fréquemment dans leur activité.

Tableau 3. Répartition des personnes ayant le mal de dos par type d'activités

Personnes ayant le mal de dos	Types d'activité				TOTAL
	Présente activité	Routine	autres causes	Pas de réponse	
Femmes de 30 à 45 ans	77	16	63	1	234
Femmes de 45 à 55 ans	23	12	42	0	
Hommes de 30 à 45 ans	104	1	41	1	225
Hommes de 45 à 55 ans	45	3	30	0	
TOTAL - %	249 – 54,24%	32 – 7%	176 – 38,34%	2 – 0,4%	459 -100%

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Parmi les personnes ayant déjà eu mal au dos, 54.24% pensent que leur présente activité est une des principales causes si 7% accusent leur routine au quotidien. Néanmoins, 38.34% de celles-ci trouvent d'autres explications à ces douleurs dans le dos.

Tableau 4. Répartition des personnes ayant le mal de dos par début / fréquence des douleurs

	Personnes ayant le mal de dos			
	F de 30 à 45 ans	F 45 à 55 ans	H 30 à 45 ans	H 45 à 55 ans
Après accouchement	8	0	0	0
Assez longtemps	9	5	17	6
Récemment	7	5	13	1
Occasionnellement	0	1	0	0
Ignore	1	0	0	0
Pas de réponse	1	25	28	26

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Toujours concernant ces personnes ayant le mal de dos, 3.41% des femmes affirment qu'elles ont commencé à sentir ces douleurs depuis leur premier accouchement. 5.98% en ont souffert depuis assez longtemps (non précis, littéralement : « efa ela ela ihany »). Par contre 5.55% d'entre elles ne s'en sont plaintes que récemment (au cours des deux dernières années). Quelques unes d'entre elles, 11.96% n'ont su répondre à la question et/ou ignorent la période exacte depuis laquelle elles ont senti le mal de dos.

Pour les hommes, 10.25% ont enduré le mal de dos depuis assez longtemps. 6% affirme ne l'avoir éprouvé que récemment si 24% l'ignore puisque ne le ressent qu'occasionnellement. (Cf. Tableau 4)

3. Habitude et mal de dos

Tableau 5. Pratique du sport chez les personnes enquêtées

SPORT	OUI	NON
Femmes de 30 à 45 ans	65	426
Femmes de 45 à 55 ans	23	234
Hommes de 30 à 45 ans	262	368
Hommes de 45 à 55 ans	65	187

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Les résultats font apparaître que 11.73% des femmes [(65+23) sur les 750 enquêtées] pratiquent un sport de façon régulière. Chez les hommes, ce taux est de 37% [(262+65) sur les 883 enquêtées]. Remarquons que ce sont toujours la tranche d'âge 30 à 45 pour les deux sexes qui comptent le plus de « sportifs ». Rappelons que nous avons tenu compte de cette pratique par rapport à l'hygiène de vie des gens.

Tableau 6. Pratique du sport et mal de dos

	Pratique du sport/Mal de dos ressenti				TOTAL
	OUI/NON	NON/OUI	OUI/OUI	NON/NON	
Femmes de 30 à 45 ans	45	137	20	289	
Femmes de 45 à 55 ans	21	74	2	159	
Hommes de 30 à 45 ans	209	94	53	274	
Hommes de 45 à 55 ans	52	65	13	122	
TOTAL - %	327 – 20,07%	370 – 22,71%	88 – 5,40%	844 – 51,81%	1629

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

En combinant les deux paramètres, « Sport » et « mal de dos », la proportion des personnes qui ne pratiquent pas de sport et n'ont pas non plus ressenti le mal de dos dépasse les autres combinaisons de réponses avec 51.81% des 1629 qui y ont répondu. 5.40% de ceux qui pratiquent un sport de façon régulière ont, malgré cela, souffert du mal de dos. Les 20.07% restant disent n'avoir pas encore senti ces douleurs dorsales.

B. Les grands types de comportements

Dans notre hypothèse d'études, quatre types de comportements peuvent être considérés : le recours aux spécialistes, le recours aux non spécialistes, le recours aux spécialistes et non spécialistes combinés, et enfin le non recours. Voyons d'abord à quel point le recours (la consultation) est important pour la population.

1. La fréquence de consultation et la disposition à payer des enquêtés

Tableau 7. Répartition des enquêtés par moyenne de consultations par an

Moyenne de consultation par an	Sexe		TOTAL
	Femmes	Hommes	
Au moins une fois	343	416	759
2 à 3 fois	306	369	675
Plus de 4 fois	29	20	49
Pas de réponses	72	77	149
Jamais		1	1
TOTAL	750	883	1633

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Parmi les enquêtés qui ont répondu à la question (1484), 51.14% ont recours aux professionnels de santé au moins une fois par an. La proportion des gens qui consultent entre 2 et 3 fois par an n'est pas non plus négligeable avec 45.48% des cas. Par contre, la proportion de ceux qui consulte 4 fois et plus n'est pas très importante (3.3%). Ceux qui n'ont donné de réponses quantifiables déclarent qu'il leur arrive rarement d'avoir recours aux professionnels de santé. Ceux-ci représentent 9.12% de la population étudiée. Les résultats restent valables pour les deux sexes. Les résultats ne varient pas en fonction du sexe mais plutôt avec l'âge.

Tableau 8. Disposition à payer les frais de consultation

Disposition à payer	Sexe		Total - %
	Femmes	Hommes	
Gratuit	24	26	50 soit 3,29%
Moins de 5000Ar	393	461	854 soit 56,33%
5000 à 10000Ar	247	297	544 soit 35,88%
Plus de 10000Ar	28	40	68 soit 4,48%
Pas de réponses	58	59	117 soit 7,16%
TOTAL	750	883	1633 soit 100%

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

En ce qui concerne les frais de consultation, les prescriptions (médicaments ou autres recommandations du médecin, divers examens à faire) à part, 56.33% des réponses des enquêtés correspondent à n'être prêts à payer que moins de 5000Ar. 3.29% autres ont affirmé qu'ils préfèrent les soins gratuits. Les 35.88% affirment être prêts à payer entre 5000 et 10000Ar. 4.48% d'entre eux sont prêts à payer plus de 10000Ar. Les 7.16% des enquêtés n'ont pas répondu.

Considérant les réponses aux questions relatives au nombre et frais de consultation, une combinaison nous donne les résultats ci-après. Rappelons que le choix de ces tarifs est relatif aux résultats des pré-enquêtes.

Tableau 9. Disposition à payer et moyenne de consultation par an

	Disposition à payer pour frais de consultation									
	Gratuit		moins de 5000Ar		5000 à 10000Ar		Plus de 10000Ar		Pas de réponses	
	Moyenne de consultation par an	F*	H**	F*	H**	F*	H**	F*	H**	F*
Au moins une fois	4	4	285	337	44	63	6	9	4	3
2 à 3 fois	20	20	86	102	189	221	9	23	2	3
Plus de 4 fois	0	2	14	6	3	6	10	6	2	0
Pas de réponses	0	0	8	15	11	7	3	2	50	53

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

F* : Femmes

H** : Hommes

Parmi les femmes qui consultent au moins une fois par an, la majorité (285 sur 343, soit 83.09%) n'est prête qu'à payer un frais de moins de 5000Ar (Cf. Tableau 8). Par contre, 12.82% (44 sur 343) affirment oser payer de 5000Ar à 10000Ar. Une infime partie (6 sur 343, soit 1,74%) paierait plus de 10000Ar. Seulement quelques unes (4 sur 343 soit 1,16%) choisissent les soins gratuits ou n'ont pas répondu. Ces résultats correspondent de façon proportionnelle aux réponses des hommes qui ne consultent qu'au moins une fois par an.

Ensuite, les gens qui disent consulter 2 à 3 fois par an (675 personnes, Cf. Tableau 7) sont prêts à dépenser plus, notamment entre 5000 et 10000Ar de frais de consultation pour 60.70% d'entre eux. Pour 27.85%, ce frais se limiterait à moins de 5000Ar. 40 enquêtés parmi les 675 iront dans les soins gratuits si

possible. Le reste (9 femmes et 23 hommes) cependant accepte de payer plus de 10000Ar. Les tendances chez les hommes et les femmes se correspondent.

Bien que la proportion de ceux qui disent consulter plus de 4 fois par an est assez faible (49 sur 1633 soit 3%), ils choisissent surtout la première catégorie de tarif proposée, c'est-à-dire moins de 5000Ar. Très peu (2 sur 1633 soit 0.12%) iront dans les soins gratuits.

2. La consultation des professionnels de santé chez les remboursés

Parmi les réponses obtenues sur le remboursement des frais de soins, 31.93% en bénéficient. Parmi celles-ci, les 56.93% sont composés de femmes et 43.07% d'hommes.

Tableau 10. Remboursement et disposition à payer les frais de consultation

Remboursement	Disposition à payer pour frais de consultation									
	gratuit		moins de 5000Ar		5000 à 10000Ar		Plus de 10000Ar		Pas de réponse	
	F*	H**	F*	H**	F*	H**	F*	H**	F*	H**
Oui	17	13	87	72	31	22	9	5	8	3
Non	6	12	151	209	71	81	11	11	9	8
Pas de réponse	1	1	155	180	145	194	8	24	41	48

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

F* : Femmes

H** : Hommes

D'une part, nous nous demandions si l'existence d'un remboursement ou non influe sur le choix du frais de consultation. Les gens qui ne bénéficient d'aucun type de remboursement (360 sur 569 soit 63.26%) choisiraient de payer moins de 5000Ar. Dans le cas contraire, si les gens sont remboursés et si choix il y a, ils ne changent pas d'avis. Le choix du tarif « moins de 5000Ar », est nettement important pour les deux catégories d'enquêtés (respectivement 70.78% et 63.26%) par rapport aux autres tarifs.

Tableau 11. Remboursement et type de professionnels de santé

Remboursement	Type de professionnels de santé				TOTAL	
	Généralistes		Spécialistes			
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes		
Oui	69	56	28	17	170	
Non	91	98	44	31	264	
Pas de réponses	72	127	192	219	610	
					944	

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Par ailleurs, les résultats (Cf. Tableau 11) montrent que le remboursement (ou non) importe peu sur le type de professionnel de santé consulté. Dans les deux cas, les gens décident de consulter un généraliste (73.52% pour oui et 71.59% pour non) plutôt qu'un spécialiste. Néanmoins, pour ceux qui

n'ont pas répondu à la question sur le remboursement, la consultation des spécialistes (67.37%) est préférée à celle des généralistes (32.62%).

3. La consultation des professionnels de santé selon le niveau d'études

Il apparaît que la connaissance d'au moins un professionnel de santé varie selon le niveau d'éducation de la population. Plus le niveau d'instruction des gens s'élève, plus ils déclarent connaître un professionnel de santé. 93.71% des universitaires disent en connaître un, contre 6% qui nie en avoir la connaissance. Ensuite, ce sont respectivement les lycéens (84.59% Oui contre 15.40% Non), les gens du niveau primaire (60.47% Oui, 39.52% Non), et les sortants du premier cycle du secondaire (56.82% Oui et 43.17% Non), qui savent où aller si le besoin se présente. Enfin, les non scolarisés (51% d'entre eux Oui, 48.97% Non) sont ceux qui connaissent le moins de professionnels de santé même si c'est significatif.

Tableau 12. Moyenne de consultations par an selon le niveau d'instruction

Moyenne de consultation annuelle	Niveau d'instruction						Total
	Non scolarisé	Primaire	Premier cycle du secondaire	Lycée	Universitaire		
Au moins une fois	28	135	195	170	223	751	
2 à 3 fois	11	65	194	128	272	670	
Plus de 4 fois	2	9	14	11	11	47	
Total	41	209	403	309	506	1468	

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Par ailleurs, la scolarité de la population peut être rapportée à la moyenne de sa consultation par an. Parmi les non scolarisés, environ 57% consulte au plus une fois par an. Seulement, 2% vont consulter entre 2 et 3 fois par an. Seules 2 femmes disent consulter plus de 4 fois par an. Les 75.5% d'entre eux sont prêts à payer moins de 5000Ar de frais de consultation. Aucun ne veut payer plus de 10000Ar.

En ce qui concerne les gens sortant du niveau primaire, 53.35% consultent au moins une fois par an. 175 personnes sur les 253 au niveau primaire ont choisi la catégorie de tarif le moins cher de consultation, moins de 5000Ar.

Ayant arrêté leurs études au premier cycle du secondaire, les enquêtés de 30 à 45 ans consultent surtout soit au moins une fois par an (40.89%), soit 2 à 3 fois par an (46.26%). Les autres moyennes de consultations ne sont pas très marquantes. La majorité d'entre eux, 56.41%) vont payer moins de 5000Ar pour frais de consultation.

Une grande partie de ceux ayant été dans les universités (51.80%) vont consulter entre 2 et 3 fois par an. Aussi, 44.81% de ces femmes et 52.94% de ces hommes déclarent disposer entre 5000 et 10000Ar de consultation.

C. Le recours aux soins en milieu urbain

[Cf. ANNEXE 6 : Connaissance des individus des professionnels de santé]

La connaissance d'au moins un professionnel de santé à consulter au besoin concerne 628 hommes parmi les 883 enquêtés, soit 71%. Pour les femmes, ce taux atteint les 79%. L'ensemble donne une somme de 1221 enquêtés à connaître un professionnel de santé.

Nos résultats ont donné un nombre de 512 médecins généralistes et 529 médecins spécialistes parmi ces professionnels de santé déclarés être consultés par les enquêtés. Les 180 personnes qui disent connaître un médecin à consulter ignorent si ce dernier a une spécialité ou non. Ils le considèrent comme étant son médecin traitant tant que celui-ci satisfait ses besoins en santé.

Si 44.58% des hommes qui connaissent un médecin consultent des généralistes, ce type de consultation touche les 39.12% chez les femmes.

476 des médecins (généralistes et spécialistes) déclarés connus par les enquêtés sont des femmes contre 599 médecins de sexe masculin. La proportion de femmes consultant des médecins femmes (41.65%) avoisine celle des hommes (36.46%). Par contre, les hommes consultent plus de médecins hommes (52.86%) par rapport aux femmes (45%).

Parmi les médecins femmes connus par les enquêtés, 32.30% sont libres. En ce qui concerne les médecins hommes, ce taux est de 13.78%.

Environ 3.31% des médecins déclarés par les enquêtés travaillent dans les hôpitaux. Parmi ceux-ci, les médecins femmes et les médecins hommes représentent les mêmes proportions. 60.44% des enquêtés ne savent si leur médecin sont libres ou pratiquent dans des hôpitaux.

D'une façon générale, c'est grâce aux plaques publicitaires des professionnels de santé que 59.37% des gens y ont recours pour la première fois. 38% des enquêtés font la connaissance de leur médecin après recommandation d'une autre personne ou dépendamment de leur emploi. Ce sont surtout les hommes de 30 à 45 ans qui consultent ces professionnels de santé recommandés.

1. Le recours aux spécialistes

Sur les 1221 qui déclarent consulter au besoin un professionnel de santé, 529 d'entre eux connaissent au moins un spécialiste.

Tableau 13. Répartition des enquêtés par temps de recours aux spécialistes

Temps de recours aux spécialistes	Femmes	Hommes	Total (sur 667)
* Immédiatement	171 (53.94%)	197 (56.27%)	368 – 55,17%
* Reporté à plus tard à cause de :	146 (46.05%)	153 (43.71%)	299 – 44,82%
Problèmes financiers	17	11	
Eloignement	3	3	
Pas grave	8	10	
Méfiance envers le spécialiste	5	3	
Peur	7	8	
Manque de temps	62	82	
Autres	44	36	
			667 – 100%

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Si un professionnel de santé généraliste conseille la personne d'avoir recours à un spécialiste, 55.17% (parmi les 667 réponses collectées) répondent que ce recours est immédiat. Le reste affirme qu'elles reporteront leur recours à plus tard. Le manque de temps est surtout l'une des raisons pour lesquelles ce recours est différé pour 21.58% des réponses. Néanmoins, les autres personnes y trouvent d'autres explications. Parmi celles-ci, par ordre d'importance, « d'autres raisons » de recours différé, les problèmes financiers, la non gravité de la maladie, la peur du traitement des spécialistes, la méfiance par rapport aux compétences et réussites des traitements spécialistes, et enfin l'éloignement des lieux de fonction des spécialistes. Cet ordre d'importance de l'ensemble correspond à celui qu'ont donné respectivement les hommes et les femmes enquêtées.

a. La consultation des spécialistes au cours des dernières années

Afin d'avoir plus d'informations sur la consultation des gens chez les spécialistes et mieux appréhender le recours des gens à ceux-ci, nous leur avons demandé leurs habitudes et leur recours aux cinq différents spécialistes avancés au cours de ces deux dernières années. Ce sont les dentistes, les spécialistes de l'Oto-Rhino-Laryngologie-Ophtalmologie (O.R.L.O), les dermatologues, les gynécologues et obstétriciens, et enfin les psychologues. Parmi ces spécialistes proposés, les dentistes sont ceux que les gens consultent le plus, ou ont déjà consulté au moins une fois ces dernières années. Ensuite, ce sont respectivement les spécialistes de l'O.R.L.O, les gynécologues et obstétriciens, les psychologues et enfin les dermatologues. Les hommes sont ceux qui les consultent le plus, sauf concernant les gynécologues et obstétriciens.

Tableau 14. Répartition des enquêtés selon leur recours aux spécialistes

	Femmes de 30 à 45 ans	Femmes de 45 à 55 ans	Hommes de 30 à 45 ans	Hommes de 45 à 55 ans
Ont consulté au moins une fois				
Dentiste	350	194	456	194
ORLO	78	51	90	38
Dermatologue	18	10	32	7
Gynécologue	122	100	12	1
Psychologue	20	11	50	11

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Nous comptons 72.26% des hommes (456 sur les 631 enquêtés) et 71.28% des femmes (350 sur 491 enquêtés) de 30 à 45 ans (Cf. Tableau 1) qui déclarent avoir consulter un dentiste au cours des deux dernières années. Ces taux parmi la génération 45-55 ans sont respectivement de l'ordre de 76.98% (194 sur les 252 enquêtés) pour les hommes et 74.90% (194 sur 259 enquêtés) pour les femmes.

Le recours aux spécialistes de l'O.R.L.O est faible avec un taux de 17% chez les femmes et 14.49% chez les hommes.

Les psychologues semblent être moins connus par les gens. Pour l'ensemble des femmes, les résultats présentent un taux de consultation de ces spécialistes de 4% si pour les hommes il est de 6%.

Les dermatologues sont moins convoités par les gens. Que ce soit les femmes ou les hommes, dans la tranche d'âge 30-45 ou 45-55, les taux de consultation chez ces spécialistes tournent autour de 3 à 5%.

Tableau 15. Remboursements et recours aux spécialistes

FEMMES	Remboursement		HOMMES	Remboursement	
Recours aux spécialistes	Oui	Non	Recours aux spécialistes	Oui	Non
Dentiste	90	153	Dentiste	74	183
O.R.L.O	35	56	O.R.L.O	32	51
Dermatologue	8	10	Dermatologue	12	23
Gynécologue	77	81	Gynécologue	3	6
Psychologue	14	15	Psychologue	17	36

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Comme nous l'avons vu plus tôt, l'obtention de remboursement des frais de santé (ou non) ne semblent pas influer les types de professionnels de santé consulté (cf. p 35). De même, elle n'a pas d'impact quant aux consultations des spécialistes. Les résultats nous montrent que la consultation des dentistes, des spécialistes en O.R.L.O, des dermatologues, des gynécologues, ainsi que des psychologues sont plus importante parmi ceux qui ne bénéficient d'aucun remboursement. Ce constat s'observe chez les femmes comme chez les hommes enquêtés.

Tableau 16. Répartition des enquêtés selon leur recours aux spécialistes

Recours aux spécialistes	Femmes de 30 à 45 ans	Femmes de 45 à 55 ans	Hommes de 30 à 45 ans	Hommes de 45 à 55 ans
Problème précis	304	147	358	142
Recommandé par un généraliste	97	49	118	50
Difficultés ressenties	55	32	100	29
Jamais	5	9	18	11
Autres	22	12	25	9

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Si nous avons demandé pendant notre enquête pourquoi les gens recourent-ils aux spécialistes, ils ont surtout répondu que c'est dû à un problème de santé précis. En effet, dès l'apparition de quelques symptômes, ils soupçonnent un cas de maladie, que ceci soit pour eux une maladie héréditaire, chronique ou passagère. 56.23% de la population étudiée pensent qu'à ce moment, l'intervention du spécialiste est utile.

Pour 19% des deux sexes, le recours aux spécialistes n'ait lieu que si le médecin généraliste traitant les recommande.

Un autre motif motive aussi le recours aux spécialistes. Il s'agit des difficultés ressenties quand l'état de santé de la personne s'aggrave. Celles-ci inquièteraient 13.22% des gens, mais concernent plutôt les hommes (14%) que les femmes (11%). Ces difficultés peuvent éventuellement l'empêcher de mener à bien ses tâches ou de diminuer sa productivité.

Très peu pense pouvoir se passer des spécialistes quoi qu'il advienne. Il s'agit de 2.63% des enquêtés. Sinon, 4.16% d'entre eux trouveraient d'autres motifs au recours aux spécialistes.

b. Les types de premiers recours chez la population d'Antananarivo Renivohitra

A partir de nos résultats, nous avons établi le tableau suivant :

Tableau 17. Les divers types de premier recours selon l'âge et le sexe

Premier recours	Femmes 30-45	Femmes 30-45	Hommes 30-45	Hommes 30-45	Total
Massage	89	30	120	46	285
Produit	29	11	50	12	102
Automédication	37	15	58	20	130
Généraliste	122	34	157	32	345
Spécialiste	137	106	133	73	449
Autres	12	4	11	4	31

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Que les gens aient déjà eu des douleurs dorsales ou lombaires ou non, nous leur avons demandé ce qu'ils ont eu ou auront comme intention de premier recours si le cas se présente. Il y a 27.49% des enquêtés qui déclarent consulter tout de suite un spécialiste. Environ 21% des gens iront d'abord chez un généraliste.

Par ailleurs, les divers types de massage attirent 17.45% des gens. Ceux-ci tiennent la troisième position quant aux premières intentions de recours.

L'automédication devance l'utilisation des produits recommandés par d'autres personnes dans le classement de ces intentions de premier recours. L'une concerne 7.96% des gens et l'autre 6.24%. En outre, ce sont les hommes qui pratiquent surtout ces méthodes. Ces deux propositions figurent parmi les soins des non professionnels de santé. Ils se distinguent par l'absence d'un avis médical. Les pratiquants peuvent néanmoins utiliser des produits médicaux. 1% des gens ont recours à d'autres méthodes en première intention. Quelques uns (3 personnes) affirment par exemple confier leur maladie à leur croyance religieuse.

Particulièrement pour les gens qui ont déjà eu le mal de dos, le massage (pour 31.15%) se situe en première position de première intention de recours. Ce type de traitement devance le recours aux spécialistes (pour 27.66%) et aux généralistes (pour 18%). Or, pour l'ensemble des enquêtés (mal de dos ou non), ces derniers semblent être les préférés des gens (respectivement pour 27.49% et 21%).

c. Résultats des tests sur la connaissance des professionnels du mal de dos

Voici le tableau qui va nous permettre d'apprécier les résultats du troisième volet du questionnaire « recours aux spécialistes » :

Tableau 18. Préférence en professionnel du mal de dos selon l'âge et le sexe

Professionnel du mal de dos	FEMMES 30-45ans	FEMMES 45-55ans	HOMMES 30-45ans	HOMMES 45-55ans	Total
Kinésithérapeute	296	192	434	159	1081
Rhumatologue	17	8	14	12	51
Neurologue	54	17	41	17	129
Ostéopathe	22	9	26	1	58
Traumatologue	7	4	8	4	23
Acupuncture	4	1	2	1	8
Hydrothérapeute	22	4	19	2	47
Pas de réponses	69	24	87	49	229

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Parmi les professionnels du mal de dos proposés, les traitements des kinésithérapeutes sont ceux que les gens pensent être les plus favorables. En effet, d'une part, les enquêtés qui déclarent avoir déjà consulté un professionnel lors de douleurs dorsales et lombaires sont allés chez un kinésithérapeute. D'autre part, le kinésithérapeute est le professionnel que les gens pensent aller consulter s'ils ont le mal de dos. La déclaration des hommes de 30 à 45 ans (pour 434/631 soit 68.77% d'entre eux) dépasse largement celle des autres.

En deuxième position de choix, nous retrouvons les neurologues. Ensuite, la préférence et la confiance des gens se classent comme suit, par ordre croissant, pour l'ostéopathe, le rhumatologue, l'hydrothérapeute, le traumatologue et l'acupuncteur.

Aussi, on retrouve les mêmes résultats concernant les personnes ayant le mal de dos et dont la première intention de recours est de consulter les spécialistes. En effet, ils croient surtout aux compétences des kinésithérapeutes. C'est toujours les neurologues qui tiennent la seconde position, devant l'ostéopathe, le rhumatologue, le traumatologue, l'hydrothérapeute, et l'acupuncture. D'ailleurs cette préférence correspond parfaitement à celle des hommes et des femmes enquêtés.

2. Les motifs de recours et de non recours aux soins

Le comportement rationnel d'une personne se traduirait par un arbitrage entre minimisation de perte et maximisation d'avantages. En cela, les motifs de recours relèvent des représentations des personnes.

Tableau 19. Répartition des enquêtés selon leurs motifs de choix des professionnels de santé

	Femmes			Hommes			TOTAL	% sur 1627
	30-45	45-55	Total	30-45	45-55	Total		
Avis médical	139	37	176	145	30	175	351	21,57
Moindre coût	121	66	187	143	63	206	393	24,15
Proximité	79	31	110	93	44	137	247	15,18
Compétence du professionnel	70	96	166	68	63	131	297	18,25
Contact/Relation patient médecin	63	30	93	40	25	65	158	9,71
Disponibilité du professionnel	57	23	80	42	29	71	151	9,28
Autres	12	9	21	8	1	9	30	1,84

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Concernant les motifs de recours aux professionnels de santé, le motif « coût » tient la première place (24.15%) pour l'ensemble de la population qui y ont répondu (393 sur les 1627 personnes qui ont donné au moins un motif). Ensuite vient le motif « avis médical » pour 21.57% de l'ensemble. Le motif « compétence » du professionnel de santé (18.25%) devance le motif « proximité » (15.18%). Les motifs

« contact » ou la qualité de la relation patient médecin (pour 9.71%), et sa « disponibilité » (9.28%) incitent aussi à avoir recours à un professionnel de santé. Les 1.8% restant trouvent d'autres motifs de recours. Cet ordre des motifs est autant valable pour les femmes que pour les hommes enquêtés. Encore une fois, les réponses de la génération 30-45ans sont plus manifestes.

Tableau 20. Répartition des enquêtés selon leurs motifs de recours aux professionnels de santé

Motifs de recours	Sexe		Total - %
	Femmes	Hommes	
Traitements	480	493	973 – 81,69%
Information	71	94	165 – 13,85%
Dépistage	17	26	43 – 3,61%
Autres	7	3	10 – 0,83%
Total	575	616	1191 – 100%

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Les raisons de consultation se classent par ordre d'importance selon l'ensemble des enquêtés comme suit : pour traitement 973 sur les 1191 ayant donné une réponse positive, soit 81.69%, car la personne ne se sent plus en bonne santé, pour informations sur une maladie qu'elle risque de contracter (pour 13.85%), pour dépistage (pour 3.61%). Une infime partie des enquêtés pensent qu'ils consultent surtout un professionnel de santé pour d'autres raisons (0.83%). La variable sexe n'a pas influencé ces résultats car l'ordre d'importance est le même aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

a. Une proportion importante déclarant un « respect » envers les traitements modernes

Tableau 21. Combinaison des traitements modernes et traditionnels

Combinaison	FEMMES 30-45	FEMMES 45-55	HOMMES 30-45	HOMMES 45-55
Oui	23	30	19	22
Non	380	166	518	170
Pas de réponse	88	63	94	60

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

La dernière question du questionnaire consistait à savoir la pratique à la fois des traitements spécialistes et non spécialistes. Une grande majorité des enquêtés ont répondu « non ». Les 75.56% de réponses sont négatives. Aussi, nous comptons moins de réponses « Oui » que les non réponses. En effet, si la première ne concernait que 5.7% de l'ensemble, le second comprenait en tout 18.67%.

Les rares personnes qui ont donné des explications à cette combinaison l'imputaient surtout aux « tambavy » et aux produits traditionnels du pays. Citons entre autres le mavitrika, le fanazava, le tsipipihina, l'aferon-tany ou le hafatra ou encore le katrafay. Aussi, l'argile verte et le crème mentholé

sont aussi des alternatives. Certaines personnes ont avoué qu'ils allaient chez des « mpitaiza » ou guérisseurs traditionnels en sus du traitement médical.

SECTION II. DIFFERENCE DES TRAITEMENTS DES PROFESSIONNELS DU MAL DE DOS

Pour le médecin soignant, l'important c'est de sauver une vie à n'importe quelles conséquences monétaires. Dans ce cas, l'évaluation économique se traduira en performance.

Cependant, nous considérons pour cette évaluation le point de vue du patient. Celui-ci va choisir le traitement le moins coûteux possible mais le plus efficace.

Pour ce deuxième type d'enquête chez les spécialistes, nous nous sommes basés surtout sur les résultats obtenus pendant les enquêtes auprès de l'échantillon de la population urbaine. Pour notre cas d'évaluation, nous allons procéder en premier lieu par une description des options concurrentes choisies.

La première s'agit du traitement du kinésithérapeute qui selon les résultats des enquêtes est le professionnel du mal de dos préféré de la population urbaine.

La deuxième option correspond au traitement fourni par le neurologue.

Hypothèses d'études

Pour mieux calculer les coûts, nous supposons le cas suivant :

- Une personne âgée de 45 ans souffre d'une douleur dorsale et lombaire (pas encore diagnostiquée)
 - Son état est « assez grave », et ne va plus la permettre prochainement d'effectuer ses activités quotidiennes si elle tardait à consulter un spécialiste
 - Elle vient chez le spécialiste « en première intention de recours » (aucun traitement antérieur, sous aucune recommandation)
 - Elle a surtout été victime de l'intensité de l'activité physique à son travail (cause supposée de la maladie parmi tant d'autres)
 - La personne ne bénéficie d'aucun remboursement de ses frais de santé

Ci-après, nous allons voir comment un spécialiste va procéder pour un traitement du cas exemple suivant sa déclaration lors de notre interview.

A. Traitement d'un neurologue

L'examen peut gêner certaines personnes (besoin de se déshabiller ou questions indiscrètes)

Le patient doit faire des bilans en premier recours. Par contre, passer à un scanner est évitable surtout que le patient est supposé ne pas bénéficier d'aucun remboursement des frais de santé.

Le neurologue va prescrire un *antalgique*, seul ou associé à un anti-inflammatoire. Ce dernier n'agit pas sur l'évolution de la maladie, mais diminue les symptômes. Les *antalgiques* courants sont les *analgésiques* et les anti-inflammatoires. Ce sont les acides acétylsalicyliques comme l'Aspirine et les

acétaminophènes dont le Tylenol® ou le Tempra® d'une part ; et d'autre part l'Ibuprofen, Advil®, Motrin®, le kétoprofène Actron® ou Orudis®, l'Anaprox®, le Diclofénac, les Nifluril, le voltarène

Cette première consultation ne va pas suffire, le patient doit revenir au moins pour une autre consultation à titre de contrôle. Plus précisément, il s'agit de contrôler l'état clinique et l'évolution de la maladie. A ce moment, le tarif de la consultation peut diminuer, suivant le médecin.

Il est à remarquer que les patients peuvent avoir le choix des médicaments qu'ils utiliseront. A titre d'exemple, un patient peut préférer la présentation en sachets ou en gélules que les comprimés. De même, il peut préférer un comprimé par rapport à un autre par la taille de celui-ci. Par ailleurs, les spécialistes, en tant que tels, parfois évitent de prescrire les médicaments génériques. Ils optent plutôt pour les médicaments de spécialité. Or, ces choix influent dans le calcul des coûts de chaque traitement.

Après un contrôle au bout d'une semaine ou de deux semaines au plus, une recommandation chez un autre spécialiste pourrait avoir lieu selon l'évolution de la maladie.

Une hospitalisation est possible mais pas inévitable. Parfois, une hospitalisation sans intervention chirurgicale sert à contrôler l'évolution d'un cas de maladie ou la prise des médicaments, ou seulement sert de repos prescrit au patient. Les frais de cette hospitalisation comprennent l'hébergement (literie, droit de ménage, frais généraux dont eau, électricité), visite médicale journalière, le repas du patient et de son garde ainsi que les frais de déplacements du garde (en cas de changement de garde malade).

Par ailleurs, une intervention chirurgicale est aussi possible, tout dépend des résultats du bilan.

Le neurologue se rendrait chez le patient si celui-ci n'est pas en état de se déplacer, aussi bien pour la première consultation que pour le traitement.

Le traitement du neurologue peut avoir des effets secondaires. Les médicaments peuvent endommager certains organes, dont l'estomac ou le foie.

Le neurologue pense que l'avantage de son traitement par rapport à d'autres réside dans la réduction du risque de progression de la maladie. Déjà, les médicaments prescrits ont pour effet de réduire les douleurs.

Les coûts :

Puisque le médecin considéré est un spécialiste, l'article premier de l'homologation des tarifs applicables [11] prévoit le montant de 3C, soit $(3*5000Ar)=15\ 000Ar$ de consultation. Ce frais n'est valable que si la consultation est effectuée entre 07h 00 et 20h 00. Rappelons que cette consultation comprend l'acte lui-même, utilisant les moyens courants de diagnostic.

Nous allons donc prendre comme valeur de la première consultation : **15 000Ar**

La deuxième consultation à titre de contrôle va coûter au patient :

$$15\ 000Ar * 3/5^{28} = \boxed{9\ 000Ar}$$

Le frais de transport (aller et retour) du médecin de son cabinet ou de son domicile au domicile du patient va valoir **2 000Ar/km²⁹** pour le patient. Si le patient se trouve dans un rayon de 5 km du cabinet du

²⁸

Remarquons que cette valeur d'une deuxième consultation pour contrôle dépend de chaque médecin. Aucun article de l'Arrêté portant homologation des tarifs applicables ne souligne ce point. 3/5 est une valeur approximative

médecin (valeur approximative du rayon de la commune urbaine d'Antananarivo³⁰), il va payer :
 $5*2000\text{Ar}*2\text{fois}=20\,000\text{Ar}$

A Madagascar, une plaquette de 10 comprimés d'Aspirine coûte dans les 100Ar. Quant à l'Ibuprofen, la même quantité se paye à 220Ar. L'Advil s'achète à 1300Ar. Ces prix sont ceux de la pharmacie des sœurs à l'HJRA Ampefiloha. Rappelons que ces genres de fournisseurs de médicaments proposent toujours des prix inférieurs à ceux des autres. Le choix de la pharmacie peut donc avoir un changement dans le calcul des coûts.

Le neurologue prescrit les dosages suivants :

- Aspirine : 4g/jour pendant 15 jours, soit 8 comprimés de 500mg/jour repartis en 4 prises, soit 120 comprimés pour les 15 jours, d'où un total de **1200Ar**.

- Ibuprofen : 2,4g/jour pendant 15 jours, soit 6 comprimés de 400mg/jour réparties en 6 prises, soit 90 comprimés pour les 15 jours, d'où un total de **1 980Ar**.

Pour compenser les irritations gastriques fréquentes lors de l'utilisation des anti-inflammatoires, le médecin va prescrire en plus un anti-ulcéreux. Ce peut être la Cimétidine, le Maalox, le Digusil. Considérons le prix de la Cimétidine (le moins cher des 3 possibilités) qui s'élève à 420Ar la plaquette de 10 comprimés. Le dosage est de 2 comprimés par jour. Pour avoir une efficacité de ce médicament, il faut prolonger le traitement jusqu'à 4 semaines, c'est à dire 56 comprimés en tout. D'où, $56*42\text{Ar}=2\,352\text{Ar}$

Concernant les frais d'hospitalisation, nous prenons comme exemple une hospitalisation dans un établissement public, à la HJRA Ampefiloha. En moyenne, le cas exemple retient le patient pendant deux semaines à l'hôpital.

D'abord, l'hébergement varie selon le choix du patient et la disponibilité des chambres. On propose à l'HJRA un hébergement de 300Ar/jour si dans les chambres communes dont la capacité est de 12 personnes par chambre. Il y a des chambres à 900Ar/jour occupées par 3 à 6 personnes, ou de 1200Ar/jour si réservée pour 2 à 3 personnes.

Dans le cas où le patient choisisse la dernière option de 1200Ar/jour (le plus souvent disponible), nous obtenons

$1200\text{Ar}*15\text{jours}=18\,000\text{Ar}$ pendant les 15 jours

Concernant les repas du patient et de son garde, le cafétéria de l'HJRA propose des plats de riz à 1800Ar, d'où une dépense qui s'élève à $1800\text{Ar}*2\text{plats}=3600\text{Ar}/\text{jour}$. Au bout de 15 jours, la famille du patient a besoin de $3600\text{Ar}*2\text{personnes}*15\text{jours}=108\,000\text{Ar}$ durant les 15 jours

Les frais de déplacements du garde : 600Ar/aller-retour (sur la base des frais de déplacement actuel de 300Ar par voyage). A supposer qu'il y a changement de garde tous les jours, auquel nous ajoutons un aller-retour pour le patient, nous comptons 16 aller-retour, d'où $600\text{Ar}*16=9\,600\text{Ar}$

D'où un total de frais d'hospitalisation autour de : $18000+108000+9600=135\,600\text{Ar}$

Le total des coûts nous donne :

$15000+9000+20000+1200+1980+2352+135600=185\,132\text{Ar}$

²⁹ Montant fixé par l'Arrêté n° 2998/2005-SANPF portant homologation des tarifs des honoraires et actes médicaux effectués par les médecins d'exercice libéral du ministère de la santé

³⁰ La CUA s'étend sur une surface de 8336Ha ($\pi d^2/4$) selon l'Atlas de la CUA

Les temps de rétablissement ou convalescence varient entre 15 jours et 1 mois. Ce qui nous donne un maximum de durée de traitement de 15 jours + 30 jours=45 jours

Selon les études menées par INSTAT en 2000, l'espérance de vie à la naissance d'un malgache est de 56 ans. Or, nous avons supposé le cas d'un patient de 45 ans. Celui-ci gagne donc $56 - 45 = 11$ années d'invalidité évitées, soit $11 \times 365 = 4015$ jours auxquels nous enlevons la durée du traitement soit $4015 - 45 = 3970$ jours d'incapacité évités.

Nous obtenons le rapport coût par unité d'effet suivant :

185132Ar/3970=46,63Ariary par jour d'invalidité évité.

B. Traitement d'un kinésithérapeute

L'examen clinique peut être gênant pour certains patients. Les bilans, ainsi que la radiographie, sont obligatoires, ce qui n'est pas le cas d'un scanner.

Pour chaque séance chez le kinésithérapeute, celui-ci utilise une pommade anti-inflammatoire.

Le kinésithérapeute peut offrir des choix de traitements au même patient, parmi lesquels des exercices physiques, des conseils en hygiène de vie (alimentation, sommeil, exercice physique, l'eau...), ou encore ce qu'ils appellent l'économie du dos par les massages proprement dits.

Une recommandation chez l'ostéopathe est envisageable.

Une seule consultation ne suffit pas en kinésithérapie. Le retour du patient sert à mesurer l'évolution des douleurs. Les consultations valent autant les unes que les autres : le tarif ne diminue pas.

En moyenne, 20 séances suffiraient pour guérir le patient. En général, c'est au bout de la 5^{ème} séance que le patient commence à ressentir les bienfaits du traitement. Le kinésithérapeute ne va pas attendre les 20 séances pour envoyer le patient chez l'autre spécialiste si nécessaire.

L'hospitalisation pour le kinésithérapeute est sans objet. Par contre, une intervention chirurgicale est possible, ce qui ne serait pas seulement de son ressort. Une telle intervention comprendrait les analyses préopératoires, l'hospitalisation, ainsi que les frais de l'opération elle-même.

A l'instar du neurologue, le kinésithérapeute va se rendre chez le patient pendant le traitement si celui-ci présente des difficultés à se déplacer. Dans ce cas, les frais de déplacement du kinésithérapeute traitant sont à la charge du patient en sus de son traitement. Aussi, le traitement peut aussi se passer dans un autre centre, par exemple un centre de rééducation.

Le traitement pourrait avoir des effets secondaires. Ceux-ci peuvent correspondre à d'autres coûts pour le patient.

Une réduction du risque de progression de la maladie fait partie des avantages du traitement chez le kinésithérapeute (mis à part le traitement non médicamenteux par exemple).

Les coûts :

La pommade anti-inflammatoire peut s'agir d'un Nifluril, ou d'un Voltarène, d'un Diclofénac. Une boîte de Diclofénac coûte en moyenne 2500Ar (prix du HJRA). La durée du traitement tourne autour de 20 séances, une pommade ne suffit que pour 3 à 4 séances. Considérons la dépense de cinq boîtes pour arriver au bout d'un traitement, d'où $5*2500Ar=12500Ar$

La totalité des frais de consultation s'élève à $(20*15000Ar)=300000Ar$.

Le frais de transport (aller et retour) du médecin de son cabinet ou de son domicile au domicile du patient va valoir $2000Ar/km$ pour le patient. Si le patient se trouve à 5 km du cabinet du médecin, il va payer : $5*2000Ar*20$ fois= $200000Ar$

D'où un total de frais de traitement de : $12500+300000+200000=512500Ar$

Le kinésithérapeute enquêté fait en moyenne 1 séance tous les deux jours. Donc en une semaine, nous comptons 3 séances en enlevant les week-ends. Le traitement de 20 séances va donc correspondre à environ 7 semaines. Nous obtenons une durée de traitement de 210 jours.

Concernant le temps utilisé aux traitements, considérons que le patient peut le prendre sur son temps de travail.

Compte tenu de l'espérance de vie d'un malgache et de l'âge du patient considéré, il gagnera 4015 jours auxquels nous enlevons la durée du traitement soit $4015-210$ jours= 3805 jours d'incapacité évités.

Nous obtenons le rapport coût par unité d'effet suivant : $512500Ar/3805=134,69$ Ariary par jour d'invalidité évitée.

C. Coûts communs

Pour les deux professionnels interviewés, la nécessité ou non d'un bilan dépend de la gravité de l'état du patient.

L'acte radiologique vaut $3000Ar$ [11]

Autant avec le traitement d'un neurologue et d'un kinésithérapeute, un transfert du patient chez les chirurgiens va coûter à celui-ci les charges d'une intervention chirurgicale. A cause d'une telle intervention, les frais de soins augmenteront des :

- frais d'hospitalisation

- frais des analyses. Ces frais dépendent de l'anesthésiste et du chirurgien. Ils varient d'un cas à l'autre. Ils peuvent comprendre par exemple la détection d'un diabète, une analyse sanguine ou autres. Remarquons qu'une intervention chirurgicale n'implique pas toujours un apport en sang. De même, l'achat d'une poche de sang environne les 48000Ar. Cependant, si nous considérons une opération à la HJRA, il est interdit de vendre les poches de sang. Le patient qui en a besoin va en bénéficier gratuitement, mais il faudrait la remplacer par les dons de deux donneurs familiaux.

- les frais de l'opération elle-même, qui englobent aussi l'honoraire du médecin et ceux de ces auxiliaires, la valeur des matériels consommables utilisés.

Pour résumer cette partie concernant les résultats des enquêtes chez les spécialistes, nous allons passer au récapitulatif des résultats portant sur la différence de traitements chez les deux spécialistes choisis.

D. Récapitulatif des résultats de l'enquête sur le traitement des professionnels du mal de dos

Tableau 22. Récapitulatif des résultats de l'enquête sur le traitement des professionnels du mal de dos

	Traitement chez le neurologue	Traitement chez le kinésithérapeute
Coûts (Ariary)	185 132	512 500
Effet commun : nombre de jours d'incapacité évitée (jours)	3970	3805
Coût par unité d'effet (Ariary par jour d'incapacité évitée)	46,63	134,69

Source : tableau établi par nous-mêmes

Nous observons donc une meilleure efficacité, en terme de coût et de jour d'incapacité évitée, du traitement du Neurologue (ou Neurochirurgien) par rapport à celui du Kinésithérapeute. Néanmoins, ce coût calculé du traitement chez le Neurologue inclut une hospitalisation du patient, ce qui n'est pas toujours le cas pour celui du kinésithérapeute. Cet effet pourrait influencer le choix du patient.

Rappelons que notre enquête sur le recours des gens nous a montré que le neurologue et le kinésithérapeute sont les deux professionnels du mal de dos que les gens choisiront au besoin. Du moins leur déclaration correspond à ce qu'ils feront en première intention de recours. Nous préconisons donc pour le patient concerné (et selon nos hypothèses) d'aller en premier lieu chez le neurologue et non chez le kinésithérapeute. La suite de chaque traitement dépend de l'évolution de l'état du patient. En effet, au mal de dos, avons-nous dit, peut être associé différentes causes, ce qui peut impliquer une différence de traitement selon chaque cas. Autrement dit, le mal de dos peut être considéré comme une maladie à part entière, n'excluant pas le fait qu'il peut représenter des symptômes d'autres maladies (dépression, cancer...). Il reste donc à savoir lequel des traitements garantit la guérison totale.

E. Autres approches à considérer du point de vue patient

Nous l'avons dit auparavant, que les douleurs dorsales et lombaires peuvent être considérées isolément ou se rapporter à d'autres maladies. Le patient n'est donc pas supposé connaître tout de suite l'origine de ses maux de dos, même le médecin généraliste pourrait se tromper. Ainsi, les professionnels

du mal de dos suivants seront décrits en vue d'apporter plus d'informations sur leur traitement et d'améliorer la connaissance des gens à leur égard.

1. Traitement du rhumatologue

La plupart des temps, la *lombalgie* commune est la forme la plus fréquente des douleurs dorsales et lombaires. Cette maladie nécessite l'intervention du rhumatologue pour un traitement médical ou d'un neurochirurgien pour un traitement chirurgical.

A la première consultation chez le rhumatologue, il procède par un examen clinique. Les bilans, les analyses et les radiographies sont sans objet. Une ou d'autres consultations sont nécessaires.

Le traitement de ce spécialiste peut s'agir d'un simple repos. Si cela ne suffit pas, il prescrit des *antalgiques* simples ou des anti-inflammatoires. Il n'est pas besoin de recommander le patient chez un autre spécialiste.

La durée du traitement est très variable en fonction de la gravité de la maladie. Des fois, une semaine peut suffire, dans d'autres cas, le traitement peut prendre deux ans. Remarquons que la *lombalgie* commune peut être un cas de cancer.

Une intervention chirurgicale est possible si le traitement vire du médical au chirurgical. Dans ce cas seulement, l'hospitalisation est aussi possible.

Les avantages du traitement du rhumatologue résident dans la précision du diagnostic. Parfois, le repos peut suffire au patient.

A part le rhumatologue, nous connaissons aussi les présupposées efficacités des traitements par acupuncture.

2. Traitement d'un acupuncteur

Rappelons qu'un acupuncteur est un professionnel du mal de dos. La première consultation nécessite un examen médical qui pourrait aussi être gênant pour certains. Seulement, le médecin a précisé que la grande majorité de ses patients le consulte de leur propre gré. Autrement dit, la plupart du temps, il ne s'agit pas d'un recours en première intention, mais c'est surtout suite à une recommandation d'un proche ou d'une connaissance convaincu par l'efficacité du traitement. Il arrive aussi souvent que l'acupuncture est recommandée par un généraliste ou un autre spécialiste. Les gens viennent même de loin pour ce traitement. Une autre explication apportée à ce fait pourrait être la gravité du cas du patient (selon les explications d'un acupuncteur en exercice interviewé).

Comme la procédure des autres professionnels, l'acupuncteur va faire passer au patient certains bilans et une radiologie au besoin.

Une séance d'acupuncture ne va pas suffire, le patient aura à se soumettre à 2 séances au minimum. Le traitement peut comporter 10 à 15 séances. Le tarif reste le même pour chaque séance. Il

s'élève à 15 000Ar la consultation. Ce tarif comprend la valeur des matériels consommables utilisés dont les aiguilles jetables³¹.

L'ignorance du métier d'acupuncteur explique la faiblesse du recours des enquêtés à ses médecins. En effet, les gens considèrent que seuls les médecins d'origine asiatique pratiquent l'acupuncture. Ce fait constitue déjà un obstacle aux patients qui peuvent y avoir recours. Or depuis 2006, l'INSPC forme des acupuncteurs (Master en acupuncture³²) à Madagascar à part ceux qui se sont spécialisés à l'étranger.

Aussi, les frais de soins avoisinent ceux des traitements des autres spécialités. Certains même appliquent des tarifs moins chers pour attirer les clients potentiels. L'acupuncteur tient à préciser que son traitement n'est pas seulement réservé aux gens de catégorie socioprofessionnelle élevée.

Enfin, nous ne pouvons nier la réussite de l'homéopathie dans son domaine. Les homéopathes aussi peuvent guérir les douleurs dorsales et lombaires. Nous considérons surtout les séances de massages aromatiques³³ que Homéopharma offre pour la population urbaine.

3. Traitement chez Homéopharma

Remarquons que les massages aromatiques chez Homéopharma n'impliquent pas que le masseur soit un médecin. Cependant, il doit avoir été formé pour ce métier par Homéopharma même.

Un examen n'est pas toujours nécessaire, sauf si le patient consulte en premier lieu les médecins chez Homéopharma. Par contre, ce traitement est le plus susceptible d'être gênant pour le patient. Il est parfois difficile la première fois de se laisser toucher par une autre personne étrangère³⁴.

Le tarif pour un massage général, c'est-à-dire touchant toute partie du corps, est de 5000Ar/séance. Par contre, un massage local (cas si traitement de notre exemple) coûte 3000Ar la séance. Néanmoins, ce tarif n'inclut pas le coût des produits (crème, huiles ou baumes) utilisés pour chaque massage. Le flacon d'huile « Katrafay » s'achète par exemple à 3500Ar. Un seul flacon peut suffire 4 à 5 séances.

Le choix de revenir pour une deuxième séance appartient au patient. Généralement, les patients reviennent au moins 3 fois. Ce traitement cadre parfaitement avec la préférence de nos enquêtés, de par son coût et sa durée. Par opposition aux autres traitements, manquer à une séance de massage n'est pas aussi délicat que d'oublier son médicament. Le patient peut ne pas se sentir obligé de s'y rendre si les moyens ou le temps lui manquent. C'est surtout le soulagement rapide des douleurs qui incite la personne à se hâter d'y retourner.

³¹ « Il est impératif que les aiguilles soient jetables et à usage unique », dans « Qu'est ce que l'acupuncture ? », www.psychologies.com

³² Avec 30 apprenants par promotion

³³ Ce sont des massages utilisant des arômes naturels, produits par les laboratoires Homéopharma eux-mêmes, comme le katrafay ou ravintsara

³⁴ « C'est, avant tout, une question de tempérament. Il y a des personnes sensuelles, qui aiment le toucher, et d'autres moins », Anne Floret-Van Eiszner, psychologue.

Aussi, les centres de massage Homéopharma existent dans tous les Arrondissements. Nous pouvons dire que leur proximité avec la population est assurée. Citons par exemple les centres à Analakely, à Ampefiloha, à Mahamasina, à Ankorondrano, à Antsahabe, aux 67Ha Sud...

Il est important de rappeler les limites de notre méthode quant aux confusions des personnes enquêtées. En effet, nous avons remarqué une malcompréhension des gens de la différence entre un kinésithérapeute et un masseur de dos. De même, quand les gens vont chez des centres tels Homéopharma, ils pensent qu'ils ont recours à des kinésithérapeutes. Or, la qualification de ces derniers (masseurs) ne se compare pas avec celle des personnels soignant spécialisés (kinésithérapeutes) de par leur formation respective.

Les résultats étant donnés, il est impératif de les commenter afin d'en mieux tirer des conclusions. Nous passons à la section suivante.

SECTION III. COMMENTAIRES GENERAUX

(Le tableau récapitulatif des résultats commentés dans cette section se trouve en ANNEXE 7 : Tableau récapitulatif des principaux résultats de l'enquête sur le recours aux soins)

Dans cette section, nous nous proposons d'apporter des critiques se rapportant aux méthodes et résultats. Néanmoins, plus bas, nous procéderons par des analyses des résultats. Ces analyses auront pour fin de vérifier si les relations entre les différentes variables que nous observons à travers les résultats sont significatives ou non. Mais pour commencer, nous allons présenter quelques inconvénients du non recours.

A. Les inconvénients du non recours

Quels rôle et importance tient le recours aux soins pour l'état de santé d'une personne ? Voilà la question à laquelle nous nous proposons de répondre.

Le recours aux soins est un devoir, mais pas une obligation pour le patient. En effet, il paraît évident qu'un patient qui se soigne se rétablira plus vite que celui qui ne fait pas attention à son état de santé. Toutefois, se soigner n'implique pas toujours avoir recours à un professionnel de santé. Cela peut consister en de simples gestes, de simples changements du mode de vie, ou à la tenue d'une hygiène de vie.

Le recours aux soins évite la complication et la gravité d'une maladie. Plus une maladie est grave, plus la durée de son traitement sera prolongée, et plus les coûts de traitement tendent à être élevés. Ainsi, la durée de traitement correspond au temps pris sur le temps de travail ou de loisir du patient. La perte sera donc minime par rapport à celle que le patient aura si son cas se complique. En effet, sans avoir recours aux soins, une personne agrave son cas. Elle peut passer d'un état X facilement traitable par un généraliste à un état X' qui nécessite un recours plus complexe d'un professionnel du mal de dos.

Dans le cas des douleurs dorsales et lombaires, s'il s'agissait de symptômes d'une maladie plus grave, le patient prolongera la durée de son traitement et de son rétablissement. De la même façon, plus le temps de recours est long, plus la personne rend difficile le traitement futur d'un professionnel de santé. Ce cas de non recours n'est quand même pas fréquent selon les spécialistes. Les gens renoncent rarement aux soins. Ceux-ci pratiquent surtout l'automédication ou suivent les traitements prescrits par un généraliste. Ceux qui viennent voir ces derniers par contre confirment le fait que les gens ne consultent surtout que pour traitement. Ne considérant que les dires des professionnels du mal de dos, les gens qui les consultent s'y rendent à titre de « second » ou même de « dernier recours ». De nouvelles questions nous viennent, par exemple il nous faut savoir si l'état de santé n'a pas d'influence sur les temps de recours aux soins ou au contraire.

Nous restons dans la section commentaires généraux, mais cette fois, nous allons présenter les points forts de notre méthode ainsi que ses points faibles.

B. Commentaires sur les méthodes

1. *Appréciation de l'enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra*

Le but de notre enquête a été réalisé dans la mesure où nous avons de par les résultats un aperçu général du recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra.

L'enquête nous a permis de relever la morbidité déclarée par la population. Il s'agit de sa perception de son état de santé. Rappelons que cette morbidité ressentie est un élément subjectif. Elle peut être alors vraie, fausse ou même nulle. Au terme de notre enquête, nous avons pu constater que l'écoute du corps chez la population urbaine est assez faible. Seulement, la perception de l'état de santé varie d'un individu à un autre. Pour certains, certains maux semblent être plus graves que d'autres. Les maux dentaires, et/ou buccaux, comptent parmi les maux les plus craints car sont plus gênants et souvent aigus. Ainsi, certaines personnes tentent d'abord de soulager les douleurs par d'autres recours, automédication ou massage non spécialisé. Néanmoins, nos résultats dénoncent la ruée des gens chez les dentistes.

Pourquoi le cas paraît différent lorsqu'il s'agit des douleurs dorsales et lombaires ? Nous constatons alors que les gens se plaignent presque rarement de ces types de douleurs. Or, comparé aux maux dentaires, le mal de dos ne présente-t-il pas plus de menaces ?

L'enquête a aussi contribué à mesurer le recours aux professionnels de santé et aux professionnels du mal de dos. Nous avons eu des réponses sur la moyenne de consultation annuelle de la population chez ces professionnels. De la même façon, l'enquête nous a révélé la disposition à payer de la population à titre de frais de consultation. La majorité, soit 56.33% des enquêtés, ne sont prêts à payer que moins de 5000Ar de frais de consultation, les prescriptions mises à part.

Enfin, nous avons pu mettre en relation les comportements avec l'état de santé et les caractéristiques socio-démographiques des individus.

Les gens qui déclarent avoir recours aux spécialistes se plaignent moins du mal de dos. Par contre, ceux qui préfèrent consulter des non spécialistes semblent avoir déjà souffert de cette maladie. Nous n'en savons rien du peu de gens qui avouent avoir un recours combinés aux traitements du spécialiste et non spécialistes. En tout cas, ces gens ne trouvent aucun inconvénient à cette combinaison. Quant à ceux qui affirment ne connaître aucun professionnel de santé, ils ont parfois recours à l'automédication. Parmi ceux-ci, environ 8% ont déjà eu des douleurs dorsales et lombaires. Néanmoins, nous vérifierons plus tard la significativité ou non de ces différentes relations entre les variables.

2. Limites des méthodes et des résultats

Pour les Malgaches en général, la problématique de recours repose entre autres sur la motivation de la population à la prévention. La moyenne du nombre de consultations des gens par an est nettement faible, 51.14% des enquêtés ne consultent qu'au moins une fois par an.

Il s'avère que le recours en première intention du spécialiste tend à être sur déclaré. Cependant, les gens disent surtout qu'ils consulteraient un kinésithérapeute en cas de mal de dos. Ceci démontrent un comportement des enquêtés parfois non logique. Le kinésithérapeute est un paramédical mais pas un spécialiste.

Par ailleurs, la définition de l'automédication pourrait englober la pratique des divers types de massages ainsi que l'utilisation de divers produits recommandés par autrui.

Aussi, les déclarations des enquêtés peuvent être réelles ou supposées. Ils peuvent avoir dit qu'ils consultent un type de médecin ou pratiquent un tel type de traitement sans l'avoir vraiment pratiqué. Ceux-ci pensent que ce qu'ils déclarent correspond à ce qu'ils feront probablement si le besoin se présente. Par contre, il y a ceux qui déclarent ce qu'ils ont déjà fait le cas échéant. L'importance relative de chaque motif est considérée pour les deux types de recours (réel ou supposé).

Selon les interviews « chez les professionnels du mal de dos », les gens ont tendance à leur mentir pendant les premiers examens qu'ils leur font passer. En effet, très rares sont les gens qui viennent les consulter en première intention de recours, c'est-à-dire des patients sans aucun traitement antérieur à la première consultation chez eux. Or, les résultats des enquêtes nous montrent le cas contraire puisque les spécialistes seraient les plus consultés en première intention.

a. Limites des enquêtes

La qualité et le résultat de la méthode dépendent fortement des nombreuses conditions qui doivent être remplies (choix correct de l'échantillon, formulation univoque des questions...). A titre d'exemple, le questionnaire auto-administré peut ne pas permettre d'approfondir les réponses comme

c'est le cas avec l'interview. De même, certaines personnes ne comprennent pas les choix de réponses qu'on leur a proposés, malgré nos tentatives d'explications.

Parmi quelques questions concernant le remboursement des frais de consultation, le temps de recours aux spécialistes, aux professionnels du mal de dos, ou encore celle concernant le recours combinés aux soins modernes et traditionnels, les taux de « non réponse » s'avèrent importants. Une première explication se porte sur l'ignorance des enquêtés. Ignorance qui se rapporte parfois à leur niveau d'instruction, mais aussi à l'incompréhension de leurs droits. Tel est par exemple le cas des remboursements des frais médicaux. En effet, si nous prenons l'exemple précis des travailleurs des Zones Franches, ceux-ci normalement bénéficient des services de soins de l'OSTIE. Cependant, certains d'entre eux ont répondu durant l'enquête qu'ils ne connaissaient aucun professionnel de santé à consulter au besoin. Par contre, la réponse de ces travailleurs des Zones franches quant au recours différencié semble justifiée. En effet, leurs droits ne leur permettent pas une sortie du lieu de travail pour une consultation sans recommandation du médecin de travail. Tant que l'état de santé de l'employé ne semble donc pas grave, celui-ci ne peut avoir recours aux soins au moment voulu. C'est surtout les conditions de travail qui définissent ces détails. Ce qui explique le nombre élevé de réponses « par manque de temps ». Nous pouvons expliquer que les réponses sur le recours immédiat ont été influencées par la mention « recommandé par un généraliste ».

b. La méthode comporte un risque de mauvaise compréhension des réponses

La préférence des gens quant aux professionnels du mal de dos proposés est relative aux définitions élémentaires fournies lors de l'enquête. Nous avons associé par exemple le kinésithérapeute à un masseur spécialisé de par ses formations. Le neurologue est défini comme le spécialiste des nerfs, l'ostéopathe comme le spécialiste des os, le rhumatologue s'occupant des différentes formes de rhumatismes et de gouttes, le traumatologue spécialiste des traumatismes physiques provoqués par chocs ou accidents.

Les gens ont accordé une importance à ces définitions et ont adapté leur réponse à celles-ci. Il s'agit là d'une limite de la méthode d'enquête. En effet, nous avons remarqué que la peur de jugement de la part de l'enquêteur inquiète les gens malgré le fait d'avoir annoncé au préalable de l'objet de l'enquête.

c. Le procédé demande un important investissement en temps

Si on suit la définition d'un bon échantillon : chaque élément de la population urbaine doit avoir la même chance d'être concerté. Cependant, la contrainte temps n'a pas permis nos enquêteurs d'avoir aborder certains groupes de personnes. Certains s'excusaient de ne pas avoir été disponibles sous prétexte qu'on les perturbe pendant les heures de bureaux. D'autres n'étaient accessibles qu'en heures creuses, ce qui laissait très peu de temps pour eux de répondre aux questions. En outre, les procédures d'entrée dans les différents bureaux ont limité la diversification des catégories des personnes enquêtées.

Effectivement, les différents résultats peuvent être perçus de différentes manières. Nous procéderons donc d'une façon générale pour les interprétations et la comparaison.

C. Commentaires sur les recours aux soins observés

1. *Les différents recours aux soins*

Etant donné la moyenne de consultation de la population en une année (au moins une fois au lieu de 2 à 3 fois par an), nous pouvons dire que les gens tendent à adopter le type « non recours ». Quand au recours combinés des spécialistes et non spécialistes, seuls 5.7% de l'ensemble des enquêtés ont répondu positivement.

Selon les déclarations des enquêtés, le coût est le premier facteur de choix d'un professionnel de santé (parmi les sept motifs de choix : avis médical, coût, proximité, compétence, contact et relation patient médecins, disponibilité, et autres motifs). Il s'avère donc que la population urbaine ressent comme raison essentielle de choix les frais de consultation abordables.

Aussi, dans les représentations de la population, l'avis médical semble déterminant. Le motif compétence du professionnel de santé se situe juste après, à quasi-égalité avec la proximité. La distance n'est pas un obstacle, c'est grâce entre autre à l'organisation du réseau routier qui existe au niveau de la Commune urbaine.

L'importance de ces motifs proposés n'est pas subie ni vécue de la même manière en fonction des catégories socioprofessionnelles des gens. Les résultats nous le montrent à travers les types d'activité et l'emploi déclaré de ceux-ci.

Concernant les explications apportées aux recours différés, seul le manque de temps (21.58%) pose un problème manifeste. Les autres explications, problèmes financiers, l'éloignement, la non gravité de la maladie, la méfiance vis-à-vis du professionnel de santé, et la peur, sont minimes et ne représentent pas un obstacle suffisant. En revanche, il existe bien d'autres explications non proposées de ce recours différé aux spécialistes.

Par ailleurs, nous avons vu que les gens consultent surtout pour traitement, ensuite pour informations, pour dépistage et enfin pour d'autres motifs (exemple : contrôle). Ce classement est de plus en plus confirmé avec le niveau d'études de l'enquêté. En effet, nous observons que les motifs de recours aux professionnels de santé changent en fonction des niveaux d'instructions des gens. Ce sont les sortants des universités (44.29%) qui consultent surtout pour traitement. Ensuite, les gens ayant fait le niveau premier cycle sont ceux qui consultent surtout pour informations sur un cas de maladie (32.72%). Par contre, les deux derniers motifs, dépistage et autres motifs, ne semblent pas varier en fonction du niveau d'instruction.

Le fait de bénéficier d'un remboursement des frais de santé n'influe pas la consultation des professionnels du mal de dos selon les résultats. En effet, pour chaque spécialiste avancé, le taux de

consultation de ceux qui ne sont pas remboursé de leur frais de santé est même supérieur à celui des remboursés. Ce qui peut expliquer la non importance des problèmes financiers quant aux motifs de non recours. Les deux sexes présentent les mêmes résultats. L'ordre des spécialistes les plus consultés reste aussi le même en dépit du remboursement ou non, c'est-à-dire en premier le dentiste, le spécialiste en O.R.L.O, le psychologue, enfin le dermatologue. Nous avançons par conséquent que, malgré la déclaration importante des enquêtés sur la connaissance des médecins spécialistes, il semble y avoir une sous sollicitation de ceux-ci quant aux habitudes de recours des gens.

Si environ 56.23% de la population étudiée pensent qu'à l'apparition d'un problème précis, l'intervention du spécialiste est utile. Pour 19% des deux sexes, le recours aux spécialistes n'ait lieu que si le médecin traitant le recommande. Or, ce deuxième motif de recours aux spécialistes correspond à un logique de raisonnement attendu parmi les résultats de l'enquête. En effet, si le médecin traitant s'avère être un généraliste, c'est sa recommandation qui doit amener le patient vers un spécialiste.

2. Les recours aux soins par groupes d'individus

Concernant la variable « âge », notre échantillon est composé de plus d'hommes (631) que de femmes (491) dans la génération 30 à 45 ans. Néanmoins, les deux tranches d'âges ont été autant représentative l'une que l'autre durant l'enquête. En moyenne, les deux groupes de personnes comprennent autant de gens au niveau d'éducation élevée, et présentent autant de personnes ayant déjà été atteintes des douleurs dorsales et lombaires. Par exemple, parmi les femmes de la tranche d'âge 30 à 45 ans, 16.90% (83 sur 491) ont arrêté leurs études au lycée. Ce taux est de 16.60% (43 sur 259) chez les femmes de 45 à 55 ans. Aussi, les déclarations de recours aux spécialistes chez les enquêtés de la deuxième tranche d'âges (182 sur 354 soit 51.41%) ne sont que légèrement supérieures (+0.91) à celles des individus du premier groupe (347 sur 647 soit 50.50%).

En outre, les femmes connaissent des professionnels de santé (avec 79% d'entre elles) plus que les hommes (avec 71.12% d'entre eux). De même, celles-ci déclarent consulter plus les spécialistes pour 32.4% (243 femmes sur les 750 enquêtées) contre 23.32% (206 sur les 883 enquêtés) chez les hommes. Nous parlons ici de la consultation de spécialistes en première intention de recours (Cf. Tableau 17). Cependant, les consultations des spécialistes proposés convergent dans le même sens chez les deux sexes. A titre d'exemple, les dentistes ne sont plus consultés par les femmes (pour 544 femmes sur les 750 enquêtées soit 72.53%) que par les hommes (650 sur les 883 enquêtés soit 73.61%). (Cf. Tableau 14. Répartition des enquêtés selon leur recours aux spécialistes)

D'une façon générale, les résultats tendent à être les mêmes selon la variable sexe. Parfois, il n'y a pas de grande différence entre les comportements des hommes par rapport à ceux des femmes. Par exemple, la déclaration selon laquelle le recours aux spécialistes est immédiat suite à une recommandation du généraliste, présente de taux approximatifs chez les deux sexes (22.8% chez les hommes et 22.3% chez les femmes). De même, les motifs et raisons de recours déclarés se classent dans le même ordre aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Compte tenu nos résultats, les coûts médicaux déterminent en premier lieu le choix d'un professionnel de santé pour la population urbaine. Ce qui signifie d'emblée que l'avis médical, comme les autres motifs proposés, passe après. Les gens trouvent pourtant trop élevés les coûts et cela depuis les frais de consultation aux coûts de traitements. Mais ces coûts considérés sont pour la plupart du temps les coûts directs d'une prise en charge d'une maladie. L'importance des coûts indirects liés à une quelconque maladie est donc inconnue ou amoindrie par les gens. Il peut s'agir d'un manque d'informations sur les risques qui se présentent au patient. De même, le niveau d'instruction de celui-ci pourrait influencer son comportement.

Les personnes qui bénéficient de remboursement de leurs frais de santé (267) consultent plus les professionnels de santé que celles qui se prennent en charge elles-mêmes (569). Les taux de leur consultation sont respectivement de 63.67 et de 46.39%. (Cf. Tableau 11)

Cependant le remboursement, au lieu de faciliter et d'amoindrir les coûts d'un traitement, devient un souci à cause de la complexité des procédures administratives y associées. En effet, celles-ci prennent de l'ampleur. En premier lieu, la durée se décrit par la lenteur de chaque étape à suivre. Le problème « temps » devient donc une contrainte. Ensuite, les remboursements se font rarement en totalité. La famille du patient débourse d'abord les frais nécessaires aux soins et c'est selon l'appartenance à une assurance que celle-ci bénéficie du total de remboursement ou non. En général, les taux atteignent les 70 à 90% des dépenses en santé. Néanmoins, certains médicaments ne faisant pas partie des traitements thérapeutiques, ou prescrits à titre de compléments (nutritionnels), figurent parmi ceux exclus des remboursements.

La principale déduction dénonce la faiblesse de la morbidité ressentie par la population. En général, les gens ne donnent pas assez d'importance à leur état de santé. Seule la gravité de cet état presserait le patient. Cette affirmation est vérifiée par nos résultats. La grande majorité (81.69%) de la population déclare qu'une consultation n'est nécessaire que pour un traitement. Seule 13.85% dit avoir besoin d'un avis médical pour savoir plus d'information sur une maladie ou 3.6% pour dépistage. (Cf. Tableau 20). Pour souligner ce comportement, beaucoup imputent leur recours tardif au manque de temps, malgré le fait qu'ils ont conscience de leur état de santé.

Ces résultats et ces commentaires généraux étant émis, nous proposons une dernière partie qui sera entièrement consacrée aux différentes discussions, propositions de solutions tenant compte de notre premier objectif.

PARTIE III. DISCUSSIONS

En premier lieu, nous rappelons un des objectifs de la présente étude. Il s'agit de donner de plus amples informations sur le mal de dos. Nous avons dévoilé la prévalence des douleurs dorsales et lombaires chez la population urbaine d'Antananarivo Renivohipitra.

Par définition, la prévalence est le nombre de personnes atteintes par la maladie dans une population donnée. La présente étude nous révèle ce nombre de personnes atteintes des douleurs dorsales et lombaires parmi l'échantillon de la population urbaine. Plus précisément, nous avons obtenu d'une part 28.10% de réponses positives. D'autre part, certains enquêtés déclarent soupçonner un possible atteint du mal de dos par sa fréquence ces derniers mois. Aussi, 42.06% des personnes ayant répondu négativement pensent que dans un prochain avenir, ils souffriront du mal de dos. Ainsi, 37.71% de ces gens là accusent surtout leur présente activité professionnelle comme étant le premier facteur de risque. Seules 4.35% pensent que ce serait surtout dû à leur routine quotidienne (les activités ménagères, les obligations familiales, et autres charges dans le lieu de travail). Nous suggérons ainsi qu'il est nécessaire d'adapter les habitudes de recours à de nouvelles raisons de consultation (exemples, pour des recherches d'informations ou pour des contrôles périodiques) et non seulement pour traitement si ce dernier motif concernait jusque là 81.69% de la population étudiée.

Par contre, les 49.40% d'entre elles jugent qu'il y aurait d'autres causes de cette maladie (n'impliquant pas leur type d'activité, mais des causes totalement imprévisibles comme des accidents ou à cause du mauvais traitement du dos comme les mauvaises postures pendant les positions assises ou le sommeil).

SECTION I. DISCUSSIONS SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE

A. Correspondance entre objectifs et principaux résultats

En début de ce document, nous avons fait les points sur l'offre de soins et de professionnels de santé en milieu urbain. Pour cerner le recours aux soins, notre étude a apporté des résultats d'abord sur la connaissance de la population urbaine des professionnels de santé. Ensuite, nous avons aussi des éléments sur les principales raisons de choix d'un médecin pour celle-ci. En outre, les motifs de consultation, ainsi que les temps de recours, ont été révélé par notre enquête. Enfin, les questions ont aussi porté sur la moyenne de consultation par an et le minimum de frais de consultation que les gens sont prêts à payer. Tout ceci nous a permis d'apprécier le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohipitra.

Par ailleurs, le troisième volet du questionnaire nous a été utile dans la détermination du « recours aux spécialistes et personnels soignant spécialisés ». Les réponses nous ont fourni la connaissance de la population urbaine de quelques spécialistes avancés, le motif de recours des gens.

Concernant la maladie exemple, les gens ont déclaré leur intention de premier recours qui correspond au recours chez le kinésithérapeute ainsi que le spécialiste qu'ils consulteraient, ou « pensent consulter » au besoin. Par opposition aux kinésithérapeutes, l'acupuncteur et le traumatologue sont moins connus par les gens et il ne leur a été accordé que peu de confiance quant à un possible traitement.

La dernière question nous informe sur le recours combiné des traitements des spécialistes et non spécialistes. D'ailleurs, les résultats nous montrent que les gens ont du respect à la fois pour les spécialistes et leur état de santé.

Ayant pour finalité de vérifier l'atteinte ou non des objectifs, nous allons considérer les résultats d'autres études portant sur le mal de dos, ainsi que les nôtres.

B. Situation de cette étude par rapport aux travaux des autres

1. Les femmes souffrent plus du mal de dos que les hommes

D'après une étude portant sur les conseils pratiques face aux douleurs dorsales et lombaires [19], il est dit que les femmes se plaignent moins de cette maladie. Or, celles-ci présentent le plus de risques d'en souffrir. En effet, uniquement le fait de marcher pendant des années avec des talons déséquilibre tout le corps mais surtout le dos. De même, les grossesses souvent déforment la mobilité du bassin mais aussi tout le squelette.

Afin de vérifier cette affirmation, nous allons la confronter à notre résultat. Effectivement, nos résultats ont démontré l'affirmation selon laquelle les femmes ont plus de problèmes de dos que les hommes. D'une part, par rapport à l'ensemble des personnes ayant le mal de dos, nous avons 50.98% de femmes contre 49% d'hommes. D'autre part, 31.2% de toutes les femmes (30 à 55 ans) ont déjà eu mal au dos, contre 25.48% des hommes. Les différents facteurs de risques peuvent être une explication à cette situation.

2. Les conséquences du mal de dos pour le patient concerné

Nous avons avancé³⁵ que les douleurs dorsales et lombaires peuvent avoir d'importantes conséquences [19].

Les conséquences du mal de dos sont :

- En premier lieu, comme on dit, la santé n'a pas de prix mais des coûts. Les douleurs dorsales et lombaires engendrent aussi des coûts médicaux. Ces derniers peuvent représenter les coûts directs dont

³⁵ Cf. Partie I, Section I, A. Le mal de dos (page 12)

les médicaments, les consultations, bref les frais de traitements, ou les frais d'hospitalisation et d'opération, ou encore des coûts d'opportunités liés aux temps de travail et de plaisir de moins pour le patient lui-même, la baisse de productivité, mais aussi des frais qui incombent au ménage et à la famille du patient en conséquence.

- En deuxième lieu, le mal de dos à un stade aigue engendre un manque à gagner d'une désinsertion socio-professionnelle. En effet, lorsque les jours d'incapacité ou d'invalidité d'une personne s'accumulent, elle perd obligatoirement quelque chose d'autre en retour. Sa productivité baisse progressivement. Il y a donc un manque à gagner. Ceci peut porter sur le statut social du patient lequel est associé à des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation. En effet, son train de vie va changer, il n'aura plus confiance en lui, il va se sentir inutile ou une charge pour les autres, et deviendra craintif. De telles conséquences détruisent la vie du patient. Une permanente recherche de l'assistance des autres, une dépendance au tabagisme ou un complexe d'infériorité se convertissent à une exclusion sociale. C'est toute sa place à l'échelle de la société qui sera remise en cause. De même, une désinsertion professionnelle est une des conséquences à prévoir. Une chose entraînant une autre, les conflits familiaux deviennent inévitables au fil du temps. Certains couples finissent par divorcer dans ces cas, d'autres deviennent irresponsables vis-à-vis de leur obligation parentale et sociale.

Nous remarquons que les suppositions émises dans ce paragraphe ne concernent pas uniquement notre maladie exemple, c'est-à-dire le mal de dos. Elles peuvent représenter les conséquences de toute maladie, à partir du moment où celle-ci a un impact sur la productivité du patient.

3. Nouvelles données sur les connaissances des gens sur les professionnels du mal de dos

Concernant notre méthode de recueil des données, l'enquête par personne nous a permis de tester la connaissance de la population sur les spécialités médicales et les professionnels du mal de dos proposés. Nos moyens étaient constitués par des définitions portant sur les domaines d'activité, ou les méthodes utilisées par chaque professionnel du mal de dos. En effet, insistons sur le problème rencontré lors de l'enquête. Nous pouvons dire que les gens ont accordé une importance aux définitions sommaires des spécialistes avancés. Ils y étaient très attentifs et nombreux d'entre eux ont interrompus les enquêteurs pour répondre qu'ils choisiraient « peut-être » un tel professionnel du mal de dos. Ils n'ont fait que supposer la compétence de ces professionnels du mal de dos dans le traitement des douleurs dorsales et lombaires. Nous pouvons donc déduire que les gens ne connaissent pas réellement chacun des professionnels du mal de dos.

En outre, est-ce le fait d'avoir déjà entendu parler d'un tel professionnel qui incite les gens à le consulter ? La plupart du temps, ce sont ceux qui ont été satisfaits du traitement d'un professionnel donné qui en parlent surtout. Ainsi, ceux-ci invitent les autres personnes qui semblent présenter le même cas que les leur à consulter le professionnel qui les ont satisfaits. Il s'agit donc là d'une recommandation d'un patient à un autre. Les résultats de nos enquêtes ont montré un taux de 38.97% de la population qui

connaisse un professionnel de santé suite à une recommandation d'une autre personne. Le souci primaire doit donc porter sur la sensibilisation des gens sur leur état de santé, et sur le domaine d'études de tous les professionnels. Néanmoins, cela n'étant pas facilement réalisable, les généralistes ont le devoir d'apprendre aux gens leur état de santé. De la présente étude, nous avons un taux de 19.22% des gens qui consultent un spécialiste sous recommandation d'un généraliste. Parmi ceux qui connaissent et iront consulter un généraliste, 61.32% suivent la recommandation de leur médecin.

Ce résultat nous permet de réfléchir sur les solutions à proposer. Il s'agit de favoriser le rôle d'un généraliste, c'est-à-dire la consultation d'un généraliste avant un personnel soignant spécialisé. En effet, le généraliste a plus de connaissance sur le domaine d'activité de chaque professionnel du mal de dos. Juste après un premier diagnostic, le généraliste peut recommander le patient au spécialiste qui pourra le prendre en charge. En outre, celui-ci a un ordre d'idée des coûts que peuvent correspondre un tel traitement. Il peut donc offrir le choix au patient. Ce dernier peut vérifier ce qui lui a été dit chez le professionnel du mal de dos avant de décider de quel traitement il choisirait tenant compte de son état de santé.

Dans la sous-partie suivante, essayons de dégager et de discuter les différents types de comportements de recours relevés lors de notre étude.

C. Compréhension des différents recours aux soins

Le mal de dos concerne 28.14% de la population d'Antananarivo Renivohitra. Il constitue ainsi pour ces gens une menace pour la productivité de leur travail en augmentant leur nombre de jours d'invalidité. Leur recours aux soins facilite la reprise de leur activité normale, ce qui augmenterait leur production donc contribuant au développement. Ce dernier dépend donc de leurs différents comportements.

Nous avons au départ distingué quatre types de comportements de recours. Le premier consiste en un recours réel aux professionnels de santé. Il est pourtant difficile de déterminer le pourcentage exact de la population qui a effectivement eu ce type de comportement.

Les résultats de l'enquête auprès de la population urbaine ont montré que le recours aux professionnels est encore faible. En effet, nous n'avons que la part de la population qui déclare avoir un recours quand le besoin se présente. Nous avons vu que ce taux n'atteigne que 27.50%.

Concernant le recours aux professionnels du mal de dos, les réponses obtenues traduisent surtout la préférence et/ou l'éventuel choix des gens. Lors des enquêtes, nous avons constaté que la grande majorité d'entre eux n'a pas encore eu l'occasion de rencontrer un des professionnels proposés. Il s'agit donc de recours fictif et supposé, mais pas réel. Nous retrouvons là une des limites de notre méthode, liée au questionnaire utilisé pour l'enquête personne.

1. Le recours de la population aux spécialistes

Afin de mieux cerner la fréquence des consultations chez les spécialistes, nous avons proposé cinq spécialistes aux enquêtés. Nous avons vu qu'il existe une inégalité de recours parmi ces spécialistes. Seul le dentiste semble être le plus consulté. Par comparaison, une étude antérieure sur les logiques de recours aux soins des consultants de centres de santé gratuits, en 2000 en France, a montré que les gens adoptaient différents comportements selon leur état de santé. De façon précise, la perte d'autonomie de mouvement inciterait à prendre en considération leurs troubles plus que l'intensité ou la durée de la douleur [5]. Ainsi, en cas de douleurs au thorax et à la poitrine, ou de problèmes dentaires et O.R.L.O, ces gens adoptent le plus souvent des comportements minimalistes. Par contre, les douleurs aux membres supérieurs et inférieurs ainsi que les douleurs dorsales ou lombaires alarment davantage les patients. Ils ont alors tendance à avoir recours aux médecins.

Or, nous remarquons que les douleurs dorsales et lombaires, et les maux de dents peuvent avoir les mêmes conséquences sur la productivité des gens. Les traitements d'un dentiste et d'un professionnel de mal de dos ont le même critère d'efficacité.

Le choix de la présente étude s'est porté sur le recours aux professionnels du mal de dos. La connaissance des enquêtés de ces professionnels étant limitée, le recours des gens auprès de ceux-ci ne sont pas les mêmes. C'est le kinésithérapeute qui est le plus choisi par les gens.

Recours aux spécialistes selon le sexe

Remarquons aussi que ce sont surtout les femmes (243 sur les 750 femmes enquêtées soit 32.40%) qui consulteraient les spécialistes en première intention de recours, contre 23.32% des hommes (206 sur 883). (Cf. Tableau 17). Tenant compte de l'âge, ce sont surtout les femmes de la génération 45 à 55 ans avec 53% de celles-ci qui sont les plus portées à déclarer ce type de comportement. La catégorie des hommes âgés 30 et 45 ans adoptent le comportement contraire et ne semblent pas présenter d'intérêt aux spécialistes en première intention de recours.

Compte tenu du fait que les gens consultent surtout pour des raisons de traitement, est-il utile d'apporter d'autres réflexions à cet effet. Nous ne savons si les femmes sont-elles alors plus à l'écoute de leur corps que les hommes ? Si tel était le cas, celles-ci consulteraient surtout pour des raisons autres que traitement, dont la recherche d'informations ou le dépistage ou autres. Or, les résultats ont montré que ce sont plutôt les hommes, avec une part de 51.72%, qui ont choisi ces « autres » raisons de consultation des professionnels de santé. Dans ce cas, les hommes seraient-ils ainsi plus préventifs ?

Il paraît néanmoins que les femmes prennent-elles plus au sérieux leur état de santé que les hommes ne le font³⁶. Telle est notre interprétation de la préférence des spécialistes en première intention

³⁶ P. Perrig-chiello : « Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et auto-définition » ; Retraite et société ; n° 34 - 2001/3 ; pp. 69-87. [13]

de recours. Peut être aussi qu'il ne s'agit pas seulement du souci porté sur l'état de santé, mais du rétablissement, ou d'une amélioration, de son état de santé futur. Dans cette même optique, la tendance protectrice des femmes à l'âge mature expliquerait l'adoption de ce comportement de recours aux spécialistes. En effet, à cet âge (45 à 55 ans), les femmes sont plus conscientes de leur état de santé. Elles deviennent plus craintives de l'avenir. Elles commencent à perdre confiance en leur potentiel passé de tout maîtriser. Il ne leur suffit donc plus de se contenter des recours aux coûts modérés. Elles ont naturellement besoin de l'avis d'un spécialiste pour les moindres soucis [13].

Recours aux spécialistes selon le niveau d'instruction

Concernant le niveau d'instruction, ce sont surtout les gens du niveau universitaire, respectivement pour 50.37% des femmes et 34.50% des hommes, qui déclarent avoir recours aux spécialistes en cas de maladie. Par opposition à ceux-ci, aussi bien les femmes que les hommes, dont le niveau d'instruction s'est limité aux études primaires, tendent à avoir d'autres premiers types de recours (aux généralistes).

A déduction simple, les gens qui ont au moins franchi les seuils des universités gagnent plus en termes de revenu que les autres. A cet effet, nous émettons l'hypothèse selon laquelle ces gens peuvent se permettre une consultation chez des spécialistes. Effectivement, ils prennent conscience des coûts médicaux directs et indirects. Pourtant, seuls 14.53% de ceux-ci portent leur choix sur les professionnels de santé qui prescrivent des traitements aux moindres coûts. Aussi, d'une façon générale, les sortants des universités choisissent comme motif de recours à un professionnel de santé l'avis médical (pour 45.93%). Ils doivent penser que les spécialistes ont les meilleurs avis médicaux sur un problème de santé considéré, peut être même par rapport à ceux des généralistes. La réussite de leur traitement semble avoir plus d'importance à leurs yeux, d'où ce comportement de recours aux spécialistes.

2. Le recours de la population aux non professionnels de santé

Le second type de comportement concerne le recours aux non professionnels de santé. Il s'agit de tout type de recours sauf recours aux généralistes et aux spécialistes. Déjà, nous constatons une définition incomplète des professionnels de santé. Cependant, d'autres traitements par exemple relèvent du domaine du professionnalisme. Tel est le cas de l'Homéopharma. En effet, l'homéopathie s'intéresse aux vertus médicales des plantes suivant des procédés scientifiques habituels. Les spécialistes de ce domaine la qualifient de médecine naturelle. Il existe même des formations en homéopathie organisées par Homéopharma dont les cibles sont les médecins généralistes, d'autres spécialistes et les dentistes. De plus, les chercheurs de l'homéopathie ne sont autres que les médecins généralistes ou spécialistes que nous avons qualifiés de « professionnels ». Par contre, nous aurions dû préciser que non professionnels signifie en partie non conventionnels. Ce dernier adjectif implique que ce sont des traitements dont la reconnaissance de leur efficacité ne fait pas l'unanimité. Les traitements non conventionnels peuvent être

médicaux ou non. Ce sont les traitements non médicaux qui préservent le patient des effets secondaires parfois graves des médicaments.

Sont concernés par ce type de comportement les 40.83% des femmes et hommes ayant répondu à la question concernant le type de recours, tel que les spécialistes et les généralistes mis à part. Le recours aux divers types de massages semblent le plus attiré ces gens. Ce sont surtout les hommes âgés entre 45 et 55 ans qui s'y intéressent. Concernant le niveau d'instruction, ce deuxième type de recours aux non professionnels de santé correspond aux comportements des hommes sortants du niveau primaire. Nous retrouvons les femmes du niveau universitaires à l'autre extrémité. Seules 27.03% d'entre elles n'ont pas recours aux professionnels de santé.

3. Le recours de la population aux traitements modernes et traditionnels combinés

Le troisième type de comportement correspond au recours aux traitements modernes et traditionnels combinés. Nous avons obtenu un très faible taux de réponses quant à cette question. Ceci peut certes résulter d'une erreur d'appréciation de la part des enquêtés eux-mêmes, ou être le fruit de comportements de contournement de la question posée. En effet, les gens n'entendent que le côté négatif de la question. Ils pensent qu'il s'agit d'un piège tendu pour ceux qui combinent effectivement ces deux traitements. Or, ceux-ci ne sont pas toujours contradictoires. Dans certains cas, traiter en combinant le mode moderne et traditionnel est plus efficace que les deux pratiqués isolément. Nous nous retrouvons dans la difficulté de définition du traitement spécialiste. Les enquêtés comprennent surtout qu'il s'agit de combiner un traitement médical avec un traitement non médical. Parfois, ce cas nous ramène à un recours aux professionnels de santé quand ceux-ci prescrivent les deux combinés. Parfois, il s'agit d'une solution selon la croyance de la personne. Nous ne pouvons ainsi qu'admettre cette limite de l'enquête.

Néanmoins, ce troisième type de recours est préconisé par l'actuel plan de développement du pays, le MAP. En effet, il y est stipulé que dans un but d'« assurer des services de santé de qualité à tous », il est nécessaire de former une « synergie entre les pratiques de médecines traditionnelles et modernes »³⁷.

D'une part, l'efficacité des pratiques de médecines traditionnelles est reconnue par la médecine moderne dans la mesure où il y a complémentarité entre la médecine traditionnelle et médecine moderne. Les pratiques de la médecine traditionnelle peuvent être utilisées en vue d'une prise en charge améliorée des patients. La collaboration des tradipraticiens avec les partenaires de la santé peut être ainsi améliorée. Il est alors possible de contribuer à l'augmentation de la couverture sanitaire par l'intégration de la médecine traditionnelle sûre et efficace à la médecine moderne.³⁸

Il faut toutefois que cette synergie entre médecines traditionnelles et médecine moderne découle de la prescription d'un professionnel de santé. Par exemple, le professionnel de santé prescrit des anti-

³⁷ Madagascar Action Plan, engagement n°5, défis n°1, stratégie n°7

³⁸ D'après les objectifs de la formation « Master en médecine traditionnelle » proposée par l'INSPC

inflammatoires en cas de mal de dos tout en conseillant le patient de prendre des séances de massage aromatique. La plupart du temps, en effet, nous assistons à une banalisation des compétences du spécialiste par rapport au généraliste. Aussi, les patients malagasy ne sont pas non plus bien informés sur le praticien. Les résultats de l'enquête nous le démontrent avec un taux de 14.74% de gens qui ne savent si leur médecin est un généraliste ou un spécialiste.

D'autre part, la qualité des services de santé dépend d'un certain nombre de paramètres. Il y a en premier lieu la qualité des infrastructures, la couverture sanitaire, les moyens humains et financiers. Nous entendons par là le confort que peut offrir les infrastructures sanitaires. Il faut aussi tenir compte de la disponibilité des médicaments ou d'autres services médicaux pour assurer des services de qualité à tous. Ainsi, l'importance que tiennent les recherches en médecine traditionnelle vient combler les insuffisances que peut présenter la médecine moderne.

Remarquons que nous n'entendons presque jamais parler des comportements des personnels de santé. Tandis qu'une grande partie de ces personnels médicaux adopte des comportements inappropriés, manque à la déontologie, ou pire, méprise des patients, leur accueil influence la qualité de leur service. Ceux qui sont honnêtes, consciencieux, aimables sont souvent marginalisés [20]. Ainsi, la proximité, non seulement physique mais aussi sociale entre soignants et soignés, doit continuellement être instaurée.

Parmi les résultats, nous avons compté 7.07% des enquêtés concernés par ce troisième type de comportement. Aussi, ce dernier concerne 15.30% des femmes, de 45 à 55 ans, ayant répondu à la question. Les femmes sortantes du lycée, pour 12.69%, pratiquent surtout cette combinaison de traitements. Celles-ci pensent que les traitements traditionnels choisis sont inoffensifs et parfaitement compatibles avec les traitements modernes. A leur opposition, les hommes non scolarisés et du premier cycle, respectivement avec 3.22% et 3.87%, déclarent ne pas avoir ce type de recours.

4. Le non recours aux soins

Le quatrième type de comportement est le non recours. Généralement, le non recours correspond à un fort renoncement au recours, entre autre au suivi médical, donc un refus de soins. Il s'agit également d'un comportement passif d'attente. Serait-ce la médecine moderne en elle-même que rejettent les populations ? Parfois, les concernés ne pratiquent même pas l'automédication. Il semble n'y avoir aucune écoute du corps, mais plutôt une prise de risque concernant leur état de santé.

Il arrive que ce type de comportement devienne des habitudes. Il peut relever de l'ignorance des gens. Dans des cas, il résulterait de la culture, des coutumes, ou des pratiques religieuses qui tiennent au cœur des gens. Celles-ci dissuaderaient les patients de se rendre à temps dans les structures de santé, d'où un recours excessif aux traitements dits traditionnels ou aux guérisseurs pour soulager les douleurs en cas de problème de santé.

Par ailleurs, l'adoption du comportement de refus des soins peut s'expliquer par des sentiments de menace ou d'anxiété dans les relations patients-médecins. Ils s'expriment sous la forme de retard ou de

renoncement à recourir aux soins. Nous avons comme résultat 9.71% de la population cible qui base leur choix sur la qualité de cette relation.

Selon les résultats, 25.22% des enquêtés disent ne pas savoir au moins un professionnel de santé consulter. Nous pouvons avancer que ceux-ci n'ont pas, ou presque, de recours même en cas de maladie grave. Dans ce cas, le non recours coïncide au cas des hommes, dont l'âge est de 30 à 45 ans, avec un taux de 31.53% à ne pas connaître un professionnel de santé. Aussi, ce sont les gens non scolarisés (50% des femmes et 48.38% des hommes) qui semblent avoir ce type de comportement. Nous remarquons surtout que plus bas est le niveau d'instruction, plus le non recours -selon la non connaissance d'au moins un professionnel de santé- est élevé.

Toutefois, 15.29% d'entre eux ont été trahis par leur réponse positive quant aux recours aux spécialistes en premier type de recours. De même, 21.60% de ces gens consultent des généralistes en intention de premier recours. En outre, 54.12% de ces personnes disent consulter un dentiste pour traiter les maux dentaires. A titre d'excuse, il peut s'agir d'une part d'une mal compréhension de la question, même s'il a été précisé que nous parlons de tout professionnel de santé. D'autre part, nous ne pouvons accuser ces personnes parce qu'elles ont pu déclarer ce qu'elles feraient probablement si le cas se présente. Le recours n'est donc pas réel mais supposé.

Par ailleurs, la plupart de ceux qui ont déjà ressenti les maladies dorsales ou lombaires (36,17%) ont soutenu qu'ils auront recours aux divers types de massage.

Afin d'élargir notre point de vue sur le sujet, nous proposons d'apporter d'autres remarques.

D. Elargissement du sujet

Si nous transposons les méthodes utilisées à l'endroit de cette étude à l'échelle d'une autre commune urbaine ou rurale, nous n'obtiendrons pas les mêmes résultats. Les gens ne répondront pas de la même façon au fur et à mesure que l'on s'éloigne du capital économique du pays. En effet, la répartition géographique des infrastructures, des établissements de soins, ainsi que des personnels médicaux influence les comportements des gens. Nous ne comptons pas le même nombre de spécialistes ni de généralistes au niveau d'une commune rurale ou même d'une autre commune urbaine d'une autre région. Un autre site, par exemple la Commune d'Ankazobe ne dispose pas du même nombre de spécialistes que notre site d'étude, la Commune urbaine d'Antananarivo Renivohitra. Ainsi, si les résultats des enquêtes au niveau de la CUA montrent une importance d'une première intention de recours aux spécialistes, cela ne va pas être obligatoirement le cas pour Ankazobe.

De même, le profil de la population habitant la CUA n'est pas comparable à celui des habitants d'une autre commune. En effet, la caractéristique « sédentaire » selon le type d'activité ne qualifie pas les gens d'une autre commune. La majorité de la population d'Ankazobe ne travaille pas comme secrétaire ni comme comptable ni en tant qu'informaticien. Celle-ci travaille plutôt dans le secteur primaire ou secondaire. Ce qui ne lui implique pas d'importants facteurs de risque aux douleurs dorsales et lombaires.

Par exemple, la grande majorité de cette population ne subit pas le stress prolongé avec lequel un citadin du grand centre Renivohitra doit faire face tous les jours. Généralement, elle pratique d'intense activité physique qui lui permet un bon apport sanguin aux muscles donc une bonne oxygénation des cartilages. Elle n'est pas obligée de porter des talons hauts parce que son emploi l'exige comme dans certaines entreprises de la CUA. Certes, elle peut être exposée à cette maladie en tant que personne à risque, mais le questionnaire aurait été modifié si notre site d'études était une autre commune. Nos suppositions ainsi que nos hypothèses d'études auraient été différentes du fait de la différence de modes de vie même.

Par ailleurs, nous ne disposons pas encore de données sur les douleurs dorsales exploitables dans le pays. Ainsi, il serait intéressant de transposer cette méthode dans une autre commune (urbaine ou rurale) afin de comparer les résultats avec ceux obtenus au cours de la présente étude.

Lors de cette section, nous avons pu discuter des résultats de notre étude. Dans la section suivante, nous nous sommes axés vers une analyse de ces résultats.

SECTION II. RELATIONS ENTRE LES VARIABLES CONSIDERÉES

Nous avons noté que la plupart (81.69%) des gens avouent n'avoir recours à un professionnel de santé que pour un traitement. De cette situation, nous pouvons avancer que les gens n'accordent pas beaucoup d'attention à leur état de santé. Le fait d'attendre qu'on soit malade reflète un comportement peu favorable à sa santé. On se demande alors pourquoi peu de gens vont voir un médecin pour avoir des informations sur une quelconque maladie, ou pour un quelconque dépistage. Pourtant, les gens semblent avoir des soupçons des symptômes bien avant leur premier recours sans être en état de mauvaise santé.

Afin d'étudier les différents facteurs influant les comportements adoptés par la population vis-à-vis de son état de santé et des professionnels de santé, nous procédonnons par une analyse de nos résultats en utilisant le test de Khi deux.

A. Genre et motifs de recours

En premier lieu, nous allons tester si ces comportements de recours dépendent des sexes des enquêtés ou non. Pour ce faire, posons une hypothèse nulle.

Soit H_0 : le motif de recours d'un professionnel de santé varie suivant le sexe.

Le premier tableau dont nous aurions besoin est le *tableau de contingence*. Celui-ci se définit simplement comme le tableau de répartition des individus obtenus en croisant deux variables qualitatives³⁹. Ici, les variables sont le sexe et le motif de recours de la population. (Cf. Tableau 20)

Ces résultats paraissent exprimer déjà ce que nous cherchons à vérifier. Le sexe ne semble pas avoir une influence sur les motifs de recours. Les gens consultent surtout pour un traitement et beaucoup moins

³⁹ Christophe Benavent, Professeur UPPA, « Analyse bivariée », Janvier 2001, <http://christophe.benavent.free.fr>

pour se faire dépister. En plus, pour ce dernier motif, les hommes consultent plus que les femmes, de même pour avoir plus d'informations sur une maladie donnée. A l'opposé, les femmes consultent plus en général (par rapport à l'effectif total), mais plutôt pour les traitements. Le tableau suivant nous le démontre.

Tableau 23. Profil ligne (répartition des enquêtés par motifs de recours)

Motifs de recours	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
Traitements	83,48%	80,03%	81,70%
Information	12,34%	15,26%	13,85%
Dépistage	2,96%	4,22%	3,61%
Autres	1,22%	0,49%	0,84%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 20

Tableau 24. Profil colonne (répartition des motifs de recours selon le sexe)

Motifs de recours	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
Traitements	49,33%	50,67%	100,00%
Information	43,03%	56,97%	100,00%
Dépistage	39,53%	60,47%	100,00%
Autres	70%	30%	100,00%
Total	48,28%	51,72%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 20

Avec les formules que nous avons rappelées dans la partie méthodologie, les valeurs théoriques calculées sont les suivantes.

Tableau 25. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des enquêtés selon le sexe et motifs de recours

Motifs de recours	Effectifs théoriques (hypothèse d'indépendance)		
	Sexe		Total
Femmes	Hommes		
Traitements	470	503	973
Information	80	85	165
Dépistage	20	22	42
Autres	5	6	11
Total	575	616	1191

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 23 et du Tableau 24

Nous allons calculer le Khi deux à partir des deux tableaux de contingence et d'effectifs théoriques.

Tableau 26. Tableau des Khi deux partiels, motifs de recours et sexe

Motifs de recours	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
Traitemen	0,21	0,19	0,4
Information	1,01	0,95	1,96
Dépistage	0,45	0,72	1,17
Autres	0,8	1,5	2,3
Total	2,47	3,36	5,83

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 20 et du Tableau 25

Ci-après le résultat du traitement statistique:

Indicateur des écarts : $\chi^2 = 5,83$

Degré de liberté : $V = (i-1)(j-1)$ soit $(4-1) \times (2-1) = 3$

Niveau de confiance : $\alpha = 95\%$

Seuil de risque : $\epsilon = 0,05$

Khi deux inverse (ϵ , v) d'où $\chi^2 = 7,815$ d'après la lecture de la table.

Nous considérons donc que l'hypothèse nulle doit être maintenue puisque la valeur calculée est inférieure à la valeur critique. La relation entre les deux variables, sexe et motifs de recours, est donc réelle. Le motif de recours varie suivant le sexe.

Même si pour la majorité des enquêtés, le premier motif de recours serait pour le traitement, la prise en considération du sexe est significative.

B. Etat de santé et type de recours choisi

Toutefois, les gens sont assez exigeants vis-à-vis de leur état de santé si on considère leurs raisons de consultation. En effet, nous comptons parmi les résultats 18.25% de réponses concernant la compétence du professionnel choisi. Rappelons néanmoins que cette raison est devancée par les coûts et l'avis médical. Tout cela signifiant que le patient ne choisirait pas n'importe qui pour le traiter. Il donne de l'importance non seulement aux coûts de son traitement, mais aussi à son temps de rétablissement, et surtout dans un but d'éviter d'éventuelles complications.

En résumant, voici donc ce qui a été dit : la plupart des patients ne consulte un professionnel de santé que pour un traitement. Il consulte surtout pour des raisons de coûts. Mais il choisit aussi son médecin pour l'avis médical de celui-ci et non moins pour sa compétence. Concernant les spécialistes, le patient ira surtout le consulter en cas d'apparition d'un problème de santé précis. Ce qui explique par exemple la forte consultation des dentistes en cas de maux de dents. De même, considérant notre exemple

de recours lors d'un mal de dos, la plupart des patients déclarent aller consulter en première intention un spécialiste. Le kinésithérapeute est celui que les patients pensent être le meilleur dans ce domaine.

Selon notre exemple, nous avons un taux qui s'élève à 79.52% de la population déjà atteinte de mal de dos connaissant au moins un professionnel de santé. Parmi elle, environ 29% consulte en première intention un spécialiste. Il en est de même pour ceux qui ont déclaré avoir recours aux pratiquants des massages non spécialisé avec un taux de 29.86%. Le recours à l'automédication semble être moins prononcé chez les personnes ayant eu des douleurs dans le dos avec 5.75%. Quant au reste, ils ont d'abord recours à un généraliste pour confirmation de diagnostic avant de consulter un spécialiste.

Par cette suite, nous allons tester de nouveau l'existence et la nature d'une éventuelle relation entre l'état de santé de la population et son type de recours. Autrement dit, nous posons comme hypothèse Ho : Le type de recours choisi dépend de l'état de santé de la population.

Voici donc le *tableau de contingence*.

Tableau 27. Répartition des individus par état de santé et type de recours

Etat de santé	Types de recours						
	Massage	Produits	Automédication	Généralistes	Spécialistes	Autres recours	Total
Mal de dos Oui	143	42	30	83	127	8	433
Mal de dos Non	142	60	100	261	322	23	908
Total	285	102	130	344	449	31	1341

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Les profils lignes et colonnes sont donnés par les tableaux suivants.

Tableau 28. Profil ligne (répartition des types de recours selon l'état de santé)

Etat de santé	Types de recours						
	Massage	Produits	Automédication	Généralistes	Spécialistes	Autres recours	Fréquence
Mal de dos Oui	50,18%	41,18%	23,07%	24,13%	28,29%	25,81%	32,29%
Mal de dos Non	49,82%	58,82%	76,93%	75,87%	71,71%	74,19%	67,71%
Fréquence	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 27

Nous pouvons constater que l'automédication est surtout choisie par ceux qui n'ont pas encore eu mal au dos (76.93% contre 23.07%). De même, la consultation des spécialistes chez les personnes ayant eu mal au dos est largement dépassée par celle de chez les gens qui n'ont pas encore eu ce problème de santé.

Tableau 29. Profil colonnes (répartition de l'état de santé par types de recours)

Etat de santé	Types de recours						
	Massage	Produits	Automédication	Généralistes	Spécialistes	Autres recours	Fréquence
Mal de dos Oui	33,02%	9,70%	6,93%	19,17%	29,33%	1,85%	100,00%
Mal de dos Non	15,65%	6,60%	11,02%	28,74%	35,46%	2,53%	100,00%
Fréquence	21,25%	7,60%	9,70%	25,66%	33,48%	2,31%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 27

D'autre part, les gens qui ont déjà expérimenté un cas de douleurs dorsales et lombaires semblent avoir plutôt recours aux divers types de massage. Il nous faut à présent le tableau des effectifs théoriques qui correspond à l'absence de liaison.

Tableau 30. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des individus par état de santé et types de recours

Etat de santé	Massage	Produits	Automédi- cation	Généralistes	Spécialistes	Autres recours	Profil colonne
Mal de dos Oui	92	33	42	111	145	10	433
Mal de dos Non	193	69	88	233	304	21	908
Profil ligne	285	102	130	344	449	31	1341

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 28 et du Tableau 29

Par la suite, calculons le critère de comparaison, c'est à dire le Khi deux qui mesure l'écart des deux tableaux.

Tableau 31. Tableau des Khi deux partiels, état de santé et types de recours

Etat de santé	Massage	Produits	Automédication	Généralistes	Spécialistes	Autres recours	Total
Mal de dos Oui	28,27	2,45	3,43	7,06	2,23	0,4	43,84
Mal de dos Non	13,48	1,17	1,64	3,36	1,06	0,19	20,9
Total	41,75	3,62	5,07	10,42	3,29	0,59	64,74

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 27 et du Tableau 30

Indicateur des écarts : Khi-deux = 64,74

Degré de liberté : $V = (2-1) \times (6-1) = 5$

Niveau de confiance : $a = 95\%$

Seuil de risque : $\epsilon = 0,05$

Khi deux inverse (ϵ , v) d'où $\chi^2 = 11,070$ d'après la lecture de la table.

En conclusion, ce qui nous semblait évidents dans les résultats ne le sont pas dans la réalité. Le type de recours n'est donc pas fonction de l'état de santé. En effet, nous rejetons l'hypothèse nulle du fait que la valeur calculée est largement supérieure à la valeur critique donnée par la table Khi deux. Ce ne serait pas le fait d'avoir déjà eu mal au dos qui a poussé l'enquête de déclarer qu'il a plutôt de recours au spécialiste qu'à un généraliste.

C. Relation entre le fait de bénéficier un remboursement des frais de santé et le type de professionnel de santé consulté

Certaines personnes quand même attendraient l'avis du généraliste si la consultation d'un spécialiste est nécessaire ou pas. Dans ce cas, le patient prendra immédiatement rendez-vous avec le spécialiste recommandé. Toutefois, la plupart des gens ne sont prêts à payer que moins de 5000Ar de frais de consultation, les frais de traitement proprement dit à part. Ce tarif ne semble pas être influé que le patient bénéficie d'un remboursement de ses frais de santé ou non.

Pour confirmer ou dénoncer ce résultat, ayons recours au test de Khi deux. Nous chercherons donc à prouver s'il existe une relation entre le fait que l'individu bénéficie d'un remboursement de ses frais de santé et du type de spécialiste que celui-ci choisirait.

Le Tableau 11 (page 35) décrit la répartition de la population ayant répondu positivement à la question. Il s'agit du croisement des deux variables : remboursement et type de professionnel de santé.

Voici les tableaux profils lignes et colonnes qui résument les résultats. Ils nous montrent d'une part que ce sont plutôt ceux qui ne bénéficient d'aucun remboursement qui consultent plus les deux types de professionnels de santé, généralistes et spécialistes. D'autre part, dans les deux cas, que l'individu soit remboursé ou non, c'est le généraliste qui est le plus consulté par rapport au spécialiste.

Tableau 32. Profil ligne (répartition des types de professionnels de santé suivant l'obtention ou non d'un remboursement des frais de santé)

	Type de professionnel de santé		
Remboursement	Généralistes	Spécialistes	Fréquence
Oui	39,81%	37,50%	39,17%
Non	60,19%	62,50%	60,83%
Fréquence	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 11

Tableau 33. Profil colonne (répartition des individus remboursés ou non selon les types de professionnels de santé)

	Type de professionnel de santé		
Remboursement	Généralistes	Spécialistes	Fréquence
Oui	73,53%	26,47%	100,00%
Non	71,59%	28,41%	100,00%
Fréquence	72,35%	27,65%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 11

Afin de pouvoir faire une mesure de relation, il nous faut un second tableau qui se comparera avec le tableau des effectifs observés, ou de contingence.

Tableau 34. Tableau des effectifs théoriques des répartitions des individus remboursés ou non et les types de professionnels de santé

Remboursement	Type de professionnel de santé		
	Généralistes	Spécialistes	Total
Oui	123	47	170
Non	191	73	264
Total	314	120	434

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du et du Tableau 32 et du Tableau 33

Ce tableau nous montre qu'il n'existe pas de relation entre les deux variables choisies. Celui qui suit va nous permettre de mesurer l'écart entre les deux tableaux précédents, et de vérifier si effectivement la relation n'existe pas.

Tableau 35. Tableau des Khi deux partiels, remboursement et type de professionnels de santé

Remboursement	Type de professionnel de santé		
	Généralistes	Spécialistes	Total
Oui	0,03	0,08	0,11
Non	0,02	0,05	0,07
Total	0,05	0,13	0,18

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du et du Tableau 11et du Tableau 34

En résumant les points suivants, nous allons pouvoir en tirer une conclusion.

Indicateur des écarts : Khi deux = 0,18

Degré de liberté : $V = (2-1) \times (2-1) = 1$

Niveau de confiance : $a = 95\%$

Seuil de risque : $\epsilon = 0,05$

Khi deux inverse (ϵ , v) d'où $\chi^2 = 3,841$ d'après la lecture de la table.

La valeur calculée est inférieure à la valeur critique, nous retenons donc l'hypothèse nulle selon laquelle la relation entre les deux variables est significative, le fait d'être rembourser ou pas définit le type de professionnel de santé choisi.

Quand une personne est remboursée, elle consulte un généraliste à raison de 73.53% et un spécialiste à 26.47%. Quand elle n'est pas remboursée, elle a tendance à consulter un généraliste à 71.59% et un spécialiste à 28.41%.

D. Relation entre niveau d'instruction et moyenne de consultation annuelle

En moyenne en temps normal, un urbain consulte au moins une fois par an. Nous cherchons à vérifier s'il existe une relation positive entre cette moyenne de consultation annuelle et le niveau d'instruction de l'individu. Le tableau suivant nous le montre. C'est le groupe ayant fait des études universitaires qui consultent le plus en une année.

Tableau 36. Répartition des individus par niveau d'instruction et moyenne annuelle de consultation

Moyenne de consultation annuelle	Niveau d'instruction					
	Non scolarisé	Primaire	Premier cycle du secondaire	Lycée	Universitaire	Total
Au moins une fois	28	135	195	170	223	751
2 à 3 fois	11	65	194	128	272	670
plus de 4 fois	2	9	14	11	11	47
Total	41	209	403	309	506	1468

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Nous émettons l'hypothèse H_0 selon laquelle la moyenne de consultation par an dépend du niveau d'instruction. En suivant le procédé, calculons les fréquences en profils lignes et en profils colonnes.

Tableau 37. Profil ligne (répartition des individus par niveau d'instruction selon leur moyenne de consultation annuelle)

Moyenne de consultation annuelle	Niveau d'instruction					
	Non scolarisé	Primaire	Premier cycle du secondaire	Lycée	Universitaire	Fréquence
Au moins une fois	68,29%	64,60%	48,39%	55,01%	44,07%	51,16%
2 à 3 fois	26,83%	31,10%	48,14%	41,42%	53,75%	45,64%
plus de 4 fois	4,88%	4,30%	3,47%	3,57%	2,18%	3,20%
Fréquence	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 36

Ce premier tableau nous montre que ce sont les personnes non scolarisées qui consultent en moyenne le plus en une année. 68.29% d'entre elles le font au moins une fois par an, les 4.88% atteignent plus de quatre consultations l'année. A leur opposé, les gens ayant fait des études supérieures consultent les moins avec seulement un taux de 44.07% d'au moins une consultation annuelle. Ceux-ci rarement consultent plus de quatre fois en nombre de consultation par an.

Tableau 38. Profil colonne (répartition des moyennes de consultation annuelle selon le niveau d'instruction)

Moyenne de consultation annuelle	Niveau d'instruction					
	Non scolarisé	Primaire	Premier cycle du secondaire	Lycée	Universitaire	Fréquence
Au moins une fois	3,73%	17,98%	25,96%	22,64%	29,69%	100,00%
2 à 3 fois	1,64%	9,70%	28,96%	19,10%	40,60%	100,00%
plus de 4 fois	4,25%	19,15%	29,80%	23,40%	23,40%	100,00%
Fréquence	2,79%	14,24%	27,45%	21,05%	34,47%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 36

De ce tableau, nous tirons le résultat selon lequel le comportement de consultation d'au moins une fois l'année est surtout adopté par les universitaires. De même, ceux-ci consultent plutôt 2 à 3 fois par an en moyenne. Pour mesurer l'écart entre ces tableaux, passons au calcul des effectifs théoriques.

Tableau 39. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des individus par niveau d'instruction et leur moyenne annuelle de consultation

Moyenne de consultation annuelle	Niveau d'instruction						Total
	Non scolarisé	Primaire	Premier cycle du secondaire	Lycée	Universitaire		
Au moins une fois	21	107	206	158	259	751	
2 à 3 fois	19	95	184	141	231	670	
plus de 4 fois	1	7	13	10	16	47	
Total	41	209	403	309	506	1468	

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 37 et du Tableau 38

Enfin, calculons la valeur du Khi deux que nous comparerons avec la valeur critique qui nous déterminera s'il est de retenir ou de rejeter l'hypothèse nulle émise.

Tableau 40. Tableau des Khi deux partiels, moyenne de consultation annuelle et niveau d'instruction

Moyenne de consultation annuelle	Niveau d'instruction						Total
	Non scolarisé	Primaire	Premier cycle du secondaire	Lycée	Universitaire		
Au moins une fois	2,33	7,33	0,58	0,91	5	16,15	
2 à 3 fois	3,37	9,47	0,54	1,19	7,27	21,84	
plus de 4 fois	1	0,57	0,07	0,1	1,56	3,3	
Total	6,7	17,37	1,19	2,2	13,83	41,29	

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 36 et du Tableau 39

En résumant, voici les résultats statistiques :

Indicateur des écarts : Khi deux = 41,29

Degré de liberté : $V = (3-1) \times (5-1) = 8$

Niveau de confiance : $a = 95\%$

Seuil de risque : $\varepsilon = 0,05$

Khi deux inverse (ε , v) d'où $\chi^2 = 15,507$

L'hypothèse nulle est donc rejetée puisque la valeur calculée est supérieure à la valeur critique correspondante. Il n'existe pas donc de relation significative entre les deux variables moyenne de consultation par an et niveau d'instruction.

Autrement dit, la moyenne de consultation annuelle de la population ne dépend pas de son niveau d'instruction.

E. Relation entre état de santé de la population et son type d'activité

Le dernier test que nous allons faire dans cette partie analyse des résultats concerne la maladie exemple que nous avons choisie.

Est-ce que l'état de santé des gens dépend de leur type d'activité ? Voilà la question qui correspond à notre hypothèse nulle. Pour pouvoir y répondre, procérons par le test de Khi deux. Ci-après le tableau de répartition des individus obtenus en croisant les deux variables.

Tableau 41. Répartition des individus par état de santé et type d'activité

Etat de santé	Type d'activité						Total
	sédentaire	à déplacement fréquent	toujours se pencher	travaux physiques	autres		
Mal de dos							
Oui	178	39	172	56	4	449	
Mal de dos							
Non	692	200	202	59	2	1155	
Total	870	239	374	115	6	1604	

Source : enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

Nous avons aussi besoin des tableaux de profils, lignes et colonnes, pour mieux comprendre la répartition de ces résultats. Le profil ligne par exemple représente la répartition des types d'activité pour chaque état de santé.

Tableau 42. Profil ligne (répartition des types d'activité par état de santé)

Etat de santé	Type d'activité						Fréquence
	sédentaire	à déplacement fréquent	toujours se pencher	travaux physiques	autres		
Mal de dos							
Oui	20,46%	16,32%	45,99%	48,70%	66,70%	28,00%	
Mal de dos							
Non	79,54%	83,68%	54,01%	51,30%	33,30%	72,00%	
Fréquence	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 41

Tableau 43. Profil colonne (répartition de l'état de santé des enquêtés par type d'activité)

Etat de santé	Type d'activité					
	sédentaire	A déplacement fréquent	toujours se pencher	travaux physiques	autres	Fréquence
Mal de dos Oui	39,64%	8,68%	38,31%	12,47%	0,90%	100,00%
Mal de dos Non	59,91%	17,32%	17,49%	5,11%	0,17%	100,00%
Fréquence	54,24%	14,90%	23,32%	7,17%	0,37%	100,00%

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 41

Nous lisons à partir de ce profil colonne que les personnes ayant le mal de dos pratiquent surtout une activité de type sédentaire ou qui consiste à toujours se pencher. Il paraît néanmoins que même les personnes qui n'ont pas encore eu ces douleurs dorsales travaillent dans ces mêmes domaines d'activités. Nous avons donc besoin du tableau des effectifs théoriques pour pouvoir mieux interpréter la relation entre les deux variables.

Tableau 44. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des individus par état de santé et type d'activité

Etat de santé	Type d'activité						Profil colonne
	sédentaire	A déplacement fréquent	toujours se pencher	travaux physiques	Autres		
Mal de dos Oui	244	67	105	32	2	450	
Mal de dos Non	626	172	269	83	4	1154	
Profil ligne	870	239	374	115	6	1604	

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 42 et du Tableau 43

Ce tableau nous permet de calculer la différence par rapport au tableau des effectifs observés au départ. Nous calculons donc la mesure d'écart ou la valeur du Khi deux.

Tableau 45. Tableau des Khi deux partiels, type d'activité et état de santé

Etat de santé	Type d'activité						Total
	sédentaire	à déplacement fréquent	toujours se pencher	travaux physiques	Autres		
Mal de dos Oui	17,85	11,7	42,75	18	2	92,3	
Mal de dos Non	6,96	4,56	16,69	6,93	1	36,14	
Total	24,81	16,26	59,44	24,93	3	128,44	

Source : Tableau établi par nous-mêmes, tiré du Tableau 41 et du Tableau 44

Voici notre conclusion en partant des points suivants :

Indicateur des écarts : Khi deux = 128,44

Degré de liberté : $V = (2-1) \times (5-1) = 4$

Niveau de confiance : $a = 95\%$

Seuil de risque : $\varepsilon = 0,05$

Khi deux inverse (ε , v) d'où $\chi^2 = 9,488$

Nous constatons que la valeur calculée est largement supérieure à la valeur critique affichée dans la table. L'hypothèse nulle est donc rejetée. La relation entre l'état de santé et les types d'activité est non significative. L'état de santé des gens ne dépend pas de leur type d'activité

Ces différents tests nous ont permis d'avoir des analyses statistiques et des interprétations fiables de nos résultats. En passant vers une toute autre question, par la suivante sous partie, nous allons proposer d'autres approches, et d'autres alternatives qui s'offrent au patient atteints de douleurs dorsales et lombaires.

SECTION III. PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE RECOURS AUX SOINS

Au bout de ce travail, nous arrivons à la conclusion que les comportements de la population se traduisent par le faible recours aux soins et aux professionnels de santé. Nous avons essayé d'expliquer ces différents comportements de recours aux spécialistes, aux non spécialistes, ou aux deux combinés, ou de non recours.

La priorité devrait être l'amélioration de l'état de santé de cette population. Dans cet objectif, ci-après donc quelques propositions. Certaines relèvent du rôle de l'Etat et du pouvoir public, d'autres des médias ou des professionnels de santé eux-mêmes.

A. Améliorer l'offre de soins

La création et l'entretien des réseaux sanitaires de proximité restent une solution à favoriser. En effet, même si la distance ne constitue pas un grand obstacle pour le recours de la population, la proximité ne perd pas sa vertu d'inciter plus de recours. Le fait d'avoir un bon centre doté de bons médecins près de soi encouragera obligatoirement de le visiter. Ainsi, les raisons de consultations ne se limiteraient plus aux traitements, les gens seront amenés à consulter pour des recherches d'informations et à avoir des intentions de dépistages. Dans le même objectif, il faut mobiliser les financements possibles pour ces créations et leurs entretiens. Certes, l'offre de soins en milieu urbain, surtout au niveau de la CUA, n'est pas à déplorer, mais il reste encore des efforts à faire dans leur distribution [Cf. ANNEXE 3 : Les établissements de soins par arrondissement à Antananarivo Renivohitra].

En outre, les ressources humaines en santé doivent faire l'objet d'une meilleure affectation. Comme nous avons évoqué auparavant⁴⁰, les jeunes médecins préfèrent les postes à responsabilité dans le cadre des projets de développement (Exemple, campagne de sensibilisation sur la prévention du VIH/SIDA) aux pratiques thérapeutiques. Par conséquent, une réorientation des étudiants devient une nécessité.

Par ailleurs, il est important d'aller auprès des gens par des campagnes de masse. Pour preuve, la ruée des habitants des bas quartiers vers les centres lors des campagnes de vaccination liée à leur gratuité. Le renforcement de cette médecine de masse contribue à l'amélioration des recours. Cette médecine de masse se traduit aussi par des visites systématiques des médecins ou des spécialistes auprès des centres de soins. De même, l'approvisionnement des centres en équipements sanitaires et en médicaments reste impératif sans lequel ceux-ci ne seraient qu'un bureau comme tant d'autres.

B. Promouvoir la télémédecine

Vu la vitesse de l'avancée des nouvelles technologies, vu l'utilisation massive de l'outil Internet par la population urbaine, la télémédecine ne peut qu'être soutenue. En effet, les gens peuvent ne pas avoir un recours direct aux soins, mais plutôt un recours indirect. Même sans savoir leur état de santé précis, chacun peut faire leur propre diagnostic à partir des symptômes qui les gênent. Il a accès à des supports d'informations concernant les diagnostics, les remèdes ainsi que les moyens préventifs. Cela ne veut pas pourtant dire que l'avis du médecin perd son importance. Rappelons que cet avis médical reste le deuxième motif de recours aux professionnels de santé.

Par contre, la télémédecine rallie l'automédication. Pour le moindre coût, le patient traite sa maladie à lui seul sans avoir recours à un professionnel de santé. Ce recours demeure tout de même risqué.

La téléconsultation vient alors combler cet inconvénient. Il s'agit d'une consultation à distance d'un professionnel de santé par le biais des outils technologiques comme l'Internet. Cette dernière n'est bien sur profitable que si les coûts de connexion sont moins élevés que les coûts directs et inhérents au déplacement pour consultation directe chez le médecin (entre autres les frais de déplacement et le temps dépensé).

C. Sensibiliser la population

Vu le manque de connaissances de la population sur les professionnels de santé et le mal de dos, une autre solution consiste à informer la population. La sensibilisation peut porter sur les risques et conséquences d'une quelconque maladie. Il s'agit de faire comprendre à la population que toute maladie est grave, que la santé ne doit pas avoir de prix. Apprendre à la population l'importance et les avantages

⁴⁰ Partie I, Section I, D., 2. La répartition des centres et personnels médicaux à Antananarivo Renivohitra (page 20)

d'être en bonne santé pour son bien être personnel ainsi que pour la société. Nous avons parlé des gains en productivité et en revenu. Ceci peut relever du rôle des médias, des centres et des professionnels de santé. Il faut renforcer les communications audio-visuelles déjà établies, notamment les émissions télévisées ou à la radio portant sur différents types de maladies. Elles enseignent aux gens les causes des maladies, les réactions à adopter, et surtout incite le recours aux professionnels de santé. Elles constituent aussi des supports afin d'informer les gens sur les domines d'activité des différents professionnels de santé. Elles consistent donc à la fois à informer et à inciter les gens à prendre conscience de leur comportement.

Par ailleurs, les usagers accusent les frais de consultation élevés parmi les raisons de non recours. Ceci relève d'une question de financement de la santé, de sécurité sociale et de gratuité des soins. Toutefois, cela n'empêche pas les gens qui ne bénéficient d'aucun remboursement des frais médicaux de consulter plus que ceux qui sont remboursés.

D. Le développement d'un pays à travers la santé de sa population

Les questions d'inégalité, d'exclusion, de pauvreté, d'évolution des modes de travail, de la vie familiale, ainsi que de qualité de la vie et de santé, doivent être prises en compte dans l'évaluation du bien-être qui ne se réduit pas au bien-être économique⁴¹.

La santé est la première ressource des individus et des peuples, aussi bien pour le bien-être et l'épanouissement de chacun que pour le développement de tous les pays [4].

Les théories sur le capital humain soulignent l'importance de la place que prend la santé. Selon l'OCDE le capital humain et le capital social⁴² constituent des ressources pour favoriser le développement économique et social. Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances, compétences et capacités d'un individu, et il fait appel à la mobilité géographique et à la santé, etc⁴³. En outre, celui-ci peut prendre en compte la santé psychologique, physique et mentale, ainsi que certaines catégories morales (motivation, comportement, persévérence) [9].

D'une part, l'impact du capital humain sur tous les aspects du bien-être correspond à la réduction des inégalités de revenu, le recul de la délinquance, la participation à la vie publique et l'amélioration de la santé [9].

D'autre part, en nous référant à l'idée centrale de la théorie du capital humain, une dépense - ici en termes de santé- qui devient alors un investissement, susceptible d'améliorer le niveau de santé d'un individu, a pour conséquence d'améliorer, à terme, sa productivité et donc son revenu⁴⁵. D'où les intérêts

⁴¹ Selon l'OCDE

⁴² Le capital social se différencie du capital humain : il réside dans des relations entre les individus, il constitue pour l'essentiel un bien public, il est le produit d'investissements réalisés par la société en temps et en énergie. Le capital social se définit par les relations sociales et par des normes et valeurs communes. C'est du capital car il s'agit d'une ressource dans laquelle nous investissons pour obtenir un flux d'avantages.

⁴³ Schultz 1961, commentaires d'Yvan Urunuela, Doctorant au C3ED-UVSQ et Ater à l'Université d'Angers - Journée « Regard critique sur la mondialisation », – Yvan.Urunuela@c3ed.uvsq.fr

d'avoir recours aux soins. Au terme recours peut être associé l'action de recourir ou de faire appel à quelqu'un⁴⁴, donc en santé, il s'agit du professionnel de santé consulté.

Ce recours permet au patient d'éviter les états de complications d'une maladie moins grave. Il gagne à la fois en terme de temps d'invalidité et de revenu. En effet, un bon état de santé réduit l'absentéisme au travail mais renforce l'aptitude à travailler. Quand la quantité de travail effectif augmente, la productivité est aussi en hausse. D'une façon générale, il y a baisse des prix à la consommation, hausse du pouvoir d'achat, augmentation des salaires réels. En outre, cela contribue à une baisse des coûts unitaires pour les entreprises ainsi qu'une hausse des recettes fiscales pour l'Etat, favorisant les investissements⁴⁵.

Par ailleurs, l'accumulation du capital humain nécessite des coûts⁴⁶ : ce sont des coûts qui n'ont de raison d'être que si la réussite des traitements fournit un gain. Ce dernier se définira comme le différentiel de revenu obtenu par l'individu sur l'ensemble de sa vie grâce à l'investissement en capital humain. Notre analyse coût efficacité correspond au résultat d'un choix inter temporel entre le gain futur escompté d'un bon état de santé et le coût qu'elle entraîne dans le présent⁴¹.

Notre étude a montré que la population adopte un comportement irrationnel de recours aux professionnels du mal de dos. En général, les gens attendent d'un médecin une bonne capacité d'écoute, une vérification quand il y a un doute, un conseil sur les traitements prescrits, et enfin une révision du dossier médical du patient à chaque consultation⁴⁷. D'après l'enquête sur le recours de la population d'Antananarivo Renivohitra, les professionnels du mal de dos correspondant aux deux premiers choix des enquêtés sont le kinésithérapeute (choisi par 77.38% des enquêtés) et le neurologue (par 9.23%). Pour que les gens aient surtout préféré le kinésithérapeute aux autres professionnels du mal de dos proposés, son traitement doit être le moins coûteux. Son avis médical doit être important. Il doit être compétent. Du moins, pour ces trois raisons de consultation, les gens font confiance au kinésithérapeute. Or, les gens ont juste déclaré leur préférence en fonction de ce qu'ils pensent faire probablement s'ils ont le mal de dos. Nous avons qualifié cela de recours supposé. En effet, les gens ne connaissent pas obligatoirement un kinésithérapeute, leur déclaration se base sur leur définition des possibles traitements de ce professionnel. La particularité du traitement du kinésithérapeute réside dans le fait qu'il concerne les manipulations dont les effets peuvent être sentis directement par le patient.

D'après notre analyse coût efficacité des traitements du neurologue et du kinésithérapeute, il s'est avéré que le traitement du neurologue est plus coût efficace que celui du kinésithérapeute. Le recours de la population est irrationnel. Ainsi, nous préconisons le recours au neurologue plutôt qu'au kinésithérapeute en cas de mal de dos. En effet, le patient gagne plus en termes de jours d'invalidité

⁴⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Capital_humain [17]

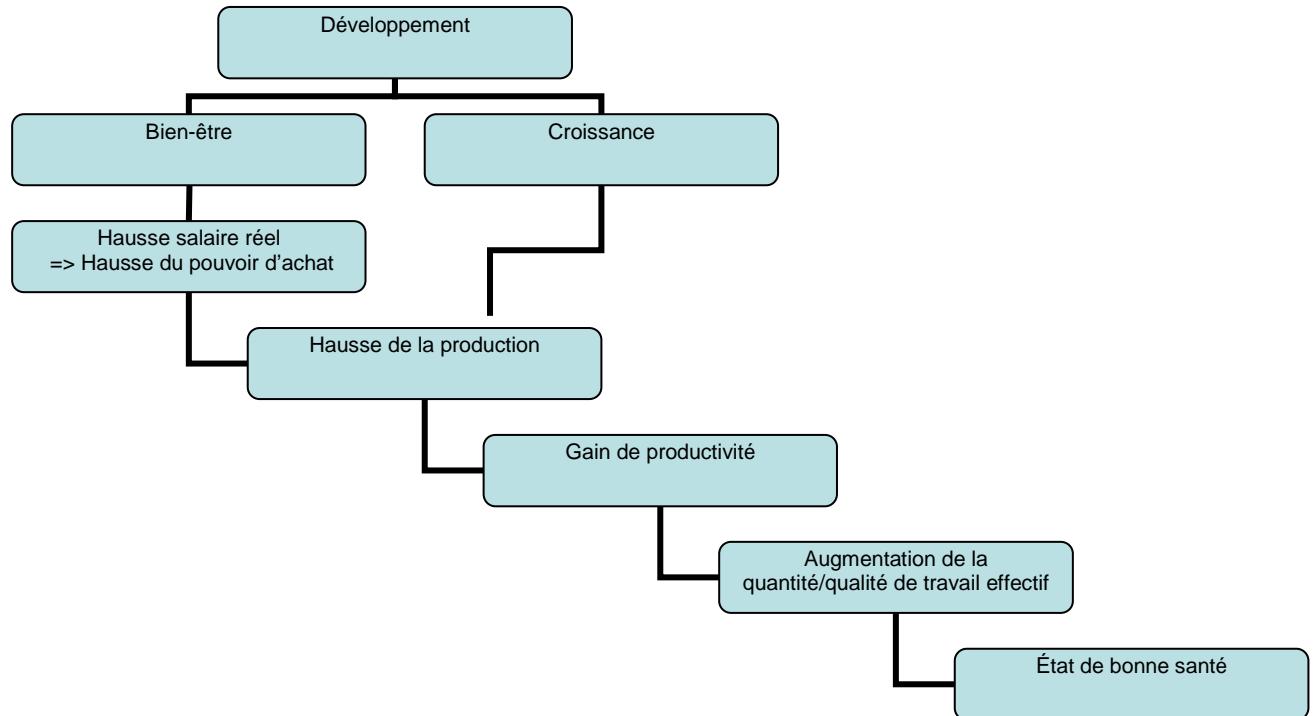
⁴⁵ Comprendre la productivité, <http://www.statcan.ca>

⁴⁶ Ces coûts peuvent inclure les coûts directs (frais de traitements, etc.), coûts indirects (par exemple les frais de déplacement pour se rendre chez le professionnel de santé) et des coûts d'opportunité (les revenus « perdus » du fait de l'absentéisme au travail pendant les jours de traitements).

⁴⁷ Isabelle Monrozier, « Comment choisir son médecin traitant ? », Dans le cadre de la Réforme de l'Assurance Maladie, Janvier 2005, <http://ecoetsante.free.fr>

évités. Donc des jours de travail de plus, autrement dit un gain de productivité. C'est cette productivité en plus qui contribue à la croissance économique⁴⁸, donc au développement.

Figure 1. Le développement à travers la santé



Source : Etabli par nous-mêmes, synthèse des différentes théories sur la santé, la productivité et le développement

⁴⁸ Comprendre la productivité, <http://www.statcan.ca>

CONCLUSION

La présente étude cherche à expliquer le pourquoi des comportements de la population face aux recours aux soins. Comme nous l'avons précisé, le faible accès aux soins est inhérent à la pauvreté. En outre, la particularité de l'étude apparaît évidente dans le fait qu'elle s'intéresse aux comportements de santé face aux professionnels du mal de dos. Il s'agit de mettre en exergue l'irrationalité du comportement de la population.

Irrational parce qu'avoir recours ne consiste pas uniquement à consulter un professionnel de santé mais surtout à faire le bon choix du professionnel. Il doit s'agir de celui dont le traitement est le moins coûteux mais surtout le plus efficace. L'efficacité est relative à différents critères. Notre étude pour son choix du mal de dos a pris comme indicateur d'efficacité le nombre de jours d'invalidité évités. Notre enquête auprès de la population a pourtant montré que celle-ci ne choisit pas toujours le traitement le plus coût efficace. Entre les traitements du kinésithérapeute et du neurologue, les deux premiers professionnels du mal de dos préférés par les gens selon leur déclaration, c'est celui du neurologue qui est le plus coût efficace.

Les comportements de réticence aux soins s'expliquent surtout par une supposition par la population que les coûts médicaux soient toujours élevés. Or, les coûts de non recours peuvent dépasser ceux-ci. Nous entendons par là les pertes que risque chaque patient sur différents plans : personnel, familial, professionnel, et social. L'accomplissement du bien-être est donc mis en jeu. Le recours aux soins des gens constitue ainsi une problématique du pays sur le plan santé et finalement sur son développement. Les gens, en minimisant les inconvénients du non recours, mettent en danger leur état de santé et leur productivité. Aussi, le comportement de la population parfois ne favorise ni l'économie dans sa généralité, ni le rôle économique des professionnels de santé.

Les professionnels de santé, en offrant leurs services aux gens, contribuent à l'amélioration de la productivité de ceux-ci. En effet, ils doivent assurer l'amélioration de l'état de santé de leur patient. Aussi, leur présence, ainsi que leur service, est essentiel à l'égard de la croissance économique du pays.

Par ailleurs, la priorité de Madagascar en ce moment se focalise vers le milieu rural. Cependant, parlant d'hygiène de vie, de types d'activités, de rythmes de vie et de stress, de la pollution, le milieu urbain présente pour sa population un environnement à risques. Certes, nous avons avancé que l'offre de services de soins en milieu urbain est plus abondante, mais il reste à savoir comment apprendre à la population de régulariser leur fréquentation et utilisation de ces services. Nous cherchons donc à expliquer la réticence des gens vis-à-vis des soins offerts. S'agit-il d'une question de confiance aux professionnels de santé ou d'une simple aversion aux soins ?

En premier lieu, c'est la morbidité ressentie par les gens qui est moins importante⁴⁹. Dans ce cas, l'hypothèse selon laquelle le non recours correspond à une aversion aux soins n'est pas vérifiée. Par ailleurs, notre étude a montré que le coût du traitement (frais de consultation, frais de médicaments...) est

⁴⁹ INSTAT, EPM 2004, Rapport principal, Janv. 2006

déterminant dans le choix du professionnel de santé pour 24.15% des enquêtés. Ensuite, l'avis médical et la compétence du professionnel de santé convainquent respectivement 21.57% et 18.25% des gens pour en consulter. Le non recours peut donc signifier manque de confiance envers les professionnels de santé.

Rappelons aussi que les motifs proximité (15.18%), le contact ou relation patient médecin (9.71%), la disponibilité du professionnel de santé (9.28%) et enfin les « autres » motifs (1.8%) entre autres l'habitude ou médecin d'entreprise, peuvent être pris en compte dans ces choix. Notre analyse des variables considérées a montré que le motif de recours (traitement, pour informations...) chez un professionnel de santé varie suivant le sexe⁵⁰.

L'état de santé n'est pas fonction du type de recours (chez un généraliste ou un professionnel du mal de dos...)⁵¹. L'exemple du mal de dos nous a permis d'apprécier cet état de santé de notre population cible active. Cette maladie touche 28,14% d'entre elle. Néanmoins, l'état de santé de la population ne dépend pas de leur type d'activité⁵². Notre enquête auprès de celle-ci a montré que les gens (51.14% des enquêtés) consultent en moyenne au moins une fois par an contre 3.3% qui consulteraient en moyenne quatre fois et plus. Cette moyenne de consultation ne dépend pas du niveau d'instruction des gens⁵³.

Nous avons vu que le fait d'être remboursé de ces frais de santé ou pas définit le type de professionnel de santé choisi⁵⁴. Concernant la préférence des gens quand au recours aux professionnels du mal de dos proposés, c'est le kinésithérapeute (77.38% des choix en sa faveur) qui devance le neurologue, l'ostéopathe, le rhumatologue, l'hydrothérapeute, le traumatologue, et enfin l'acupuncteur. Or, par rapport au nombre de jours d'invalidité évités, le patient gagne en choisissant plutôt le traitement du neurologue que celui du kinésithérapeute. Ce dernier est moins coût efficace que le premier. Ce qui nous révèle donc l'irrationalité du choix de la population.

Enfin, concernant le mal de dos, cette maladie est une menace pour la productivité de travail de 28,14% de la population d'Antananarivo Renivohitra. Rappelons que la productivité du travail est définie comme la production (en terme de quantité de biens ou de services produits) obtenue pour chaque unité du facteur de production « travail » utilisé⁵⁵.

Ainsi, si ces personnes concernées par le mal de dos n'ont pas recours aux soins, la population active se verra diminuée de celles-ci au fur et à mesure que leur état de santé ne s'améliore pas. De même, si elles choisissent mal leur professionnel du mal de dos traitant, elles vont payer plus pour un traitement qui ne leur rapporte pas le plus de jours d'invalidités évités, c'est-à-dire dont l'efficacité n'est pas maximale. Ce qui impliquera plus de jours d'invalidité, d'où plus de jours d'absence au travail et moins d'heures de travail fournies. Toutes choses égales par ailleurs, la production baisse en cas d'absence des travailleurs pour cause de maladie, et la productivité décroît encore s'ils continuent de travailler étant souffrants [12]. La productivité et le revenu se verront ainsi diminué.

⁵⁰ Cf. Partie III, Section II, A. Genre et motifs de recours (page 68)

⁵¹ Cf. Partie III, Section II, B. Etat de santé et type de recours (page 70)

⁵² Cf. Partie III, Section II, E. Relation entre état de santé de la population et son type d'activité (page 77)

⁵³ Cf. Partie III, Section II, D. Relation entre niveau d'instruction et moyenne de consultation annuelle (page 75)

⁵⁴ Cf. Partie III, Section II, C. Relation entre le fait de bénéficier un remboursement des frais de santé et le type de professionnel de santé consulté (page 73)

⁵⁵ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Productivité> [17]

Par contre, si le patient suit le choix de professionnel du mal de dos proposé, celui du neurologue à la place du kinésithérapeute, il gagne en termes de productivité. En effet, la productivité se définit comme le rapport entre la production permise par l'utilisation d'un facteur (travail ou capital) et la qualité utilisée de ce facteur⁵⁶. Nous tiendrons compte surtout de la productivité du facteur travail. Ce travail peut être mesuré en nombre d'heures travaillées et la productivité correspond au ratio entre la quantité produite sur une période temporelle (un jour, une semaine, une année) et le nombre total d'heures travaillées par les employés pendant cette période. Aussi, le gain de productivité se mesure comme la différence entre deux productivités à deux dates données⁴⁵. Autrement dit, si le travailleur soigne son mal de dos, donc évite les incapacités fonctionnelles et l'impossibilité de reprendre une activité normale [6], ses heures travaillées augmentent. Les capacités humaines augmentées par la santé font croître les valeurs créées dans le processus de la production. Par ailleurs, la variation des revenus par tête est en grande partie explicable par l'accroissement de l'espérance de vie (santé), surtout dans les pays en développement⁵⁷.

⁵⁶ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Productivité> [17]

⁵⁷ Selon les estimations économétriques sur 84 pays du modèle de croissance (Knowles, Owen (1997)) basé sur la théorie de Solow

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- [1]. AUJOULAT (L-P.), « Santé et développement en Afrique », 1969, Librairie Armand Colin, 288 pages
- [2]. PROST (A.), « Services de santé en pays africain, Leur place dans des structures socio-économiques en voie de développement » ; Vers 1970, MASSON & C^{ie} Editeurs, Collection de Médecine légale et de Toxicologie médicale, 150 pages

Articles et rapports :

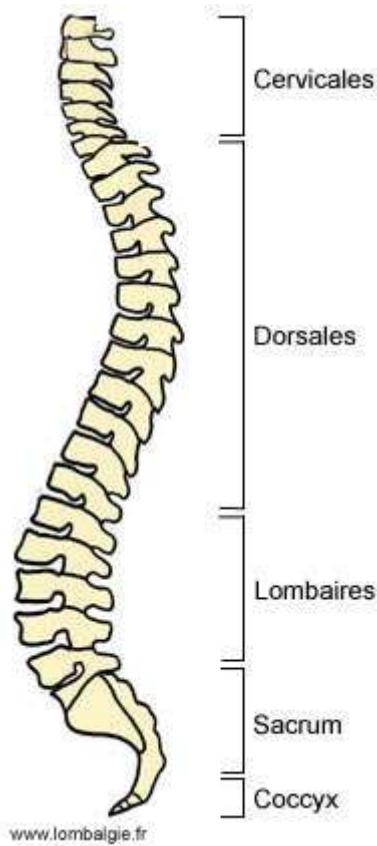
- [3]. BERR (E.) et HARRIBEY (J-M.), Introduction au dossier d'Economies et Sociétés, Série « Développement, croissance et progrès », F, n° 43, 3/2005, p. 463-476
- [4]. BONNETIER (C.), Master Expertises de l'action publique territoriale, « Analyse des atouts de "l'évaluation de la valeur santé" des politiques publiques », Institut d'Etudes Politiques de Rennes
- [5]. COLLET (M.), MENAHEM (G.), H. Picard/IRDES ; « Logique de recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits », Bulletin d'information en économie de la santé/ Questions d'économie de la santé n° 113 - Octobre 2006
- [6]. INSERM, « Lombalgie en milieu professionnel : quels facteurs de risques et quelles préventions ? », Rapport d'expertise collectif de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), Les Editions INSERM-2000-151p
- [7]. INSTAT, EPM 2004, Rapport principal, Janv. 2006
- [8]. INSTAT, recensement au niveau des communes 2003
- [9]. JEAN (G.) et RALLET (D.) : Critique de l'ouvrage de l'OCDE, Du bien-être des nations : le rôle du capital humain et social (mai 2001)
- [10]. Madagascar Action Plan
- [11]. Min. Santé et du Planning Familial, Min Economie des finances et du budget/ ARRETE N°2998/2005-SANPF, portant homologation des tarifs des honoraires et actes médicaux effectués par les Médecins d'exercice libéral
- [12]. PEAUCELLE (I.), « Santé et productivité : De l'économie à la psychologie sociale et au modèle de propagation », Décembre 2003, 38 pages
- [13]. PERRIG-CHIELLO (P.) : « Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et auto-définition » ; Retraite et société ; n° 34 - 2001/3 ; pp. 69-87
- [14]. PNUD, Ministère de la santé, « tableau de bord social, secteur santé (Madagascar) », Programme PNUD : « gouvernance et politiques publiques pour un développement humain durable », Juillet 2002
- [15]. PREVOST (P.) Ph.D., « le développement local : contexte et définition »
- [16]. SG CUA, Bureau de développement d'Antananarivo BDA, « atlas de la CUA. base de données population et équipement de quartier/ projets grandes infrastructures et zones d'activité », Avril 2004

Sites Web

- [17]. <http://fr.wikipedia.org> : Wikipédia est une encyclopédie collaborative en ligne universelle et multilingue, fonctionnant sur le principe du wiki. Wikipédia a pour principe d'offrir un contenu libre, neutre et vérifiable que chacun peut éditer et améliorer.

- [18]. <http://ecoledudos.uqat.ca/cours/> : [école du dos] : « Traitement de la lombalgie chronique »
- [19]. <http://www.anaes.fr/anaes/publications>: Recueil de Florence Campagne, le mal de dos en trois parties (les chiffres du dos en détail, définitions, les sites spécialisés dans le mal de dos...) - Août 2000
- [20]. <http://www.monde-diplomatique.fr> : Jean-Pierre Olivier de Sardan ; une médecine de proximité... et de qualité pour l'Afrique ; Février 2004, p18
- [21]. <http://www.sos-dos.com/conseils.html> : les conseils de sos-dos sur les questions fréquemment posées

ANNEXE 1 : Anatomie du dos



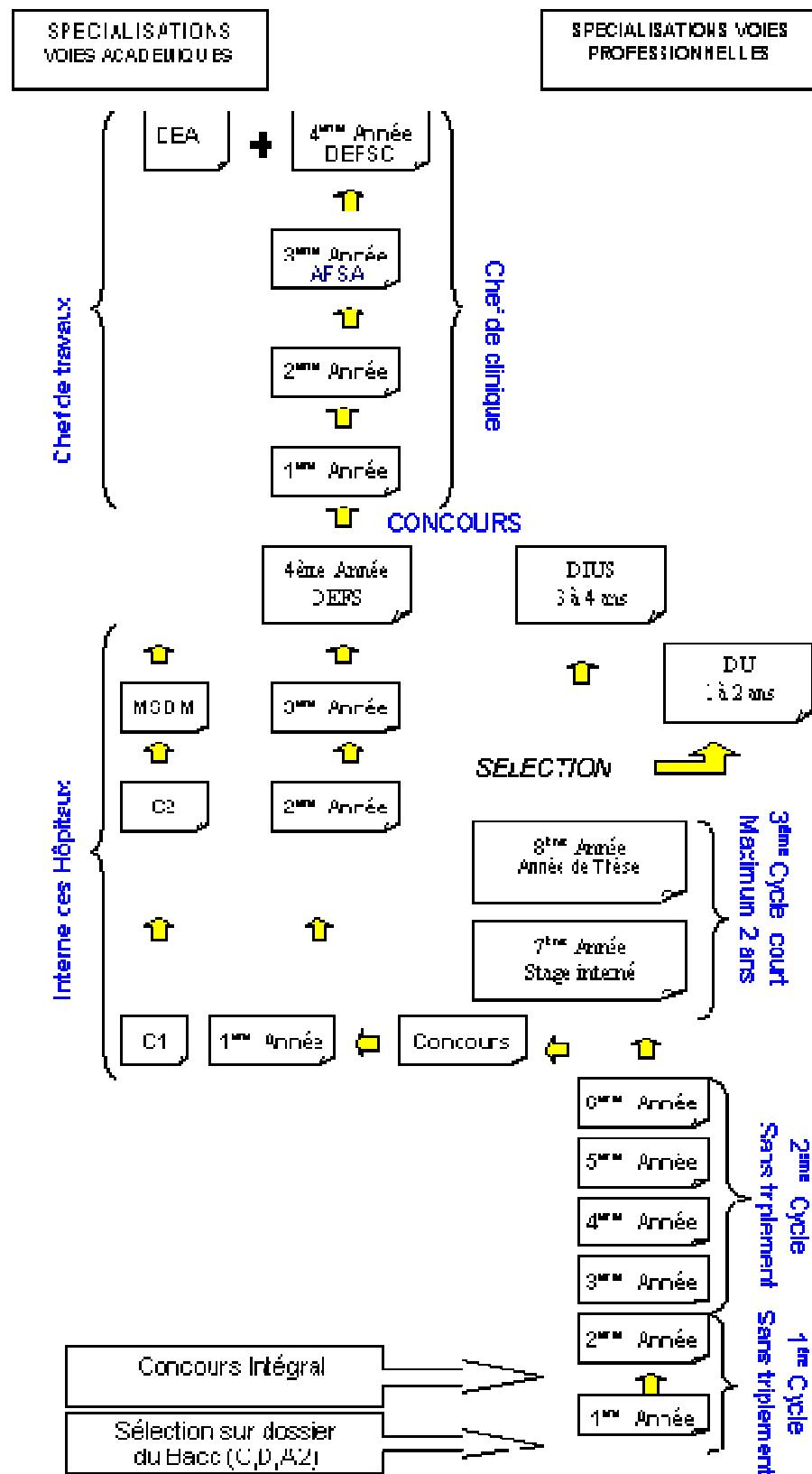
La colonne vertébrale (ou rachis) est composée de corps osseux (les vertèbres), de disques intervertébraux servant d'amortisseur entre deux vertèbres successives, et d'éléments associés (muscles, ligaments...) assurant cohésion et mobilité de l'ensemble.

Les vertèbres (33 à 35 au total) sont réparties en 5 groupes :

- les vertèbres cervicales,
- les vertèbres thoraciques,
- les vertèbres lombaires,
- le sacrum,
- le coccyx.

Les vertèbres sont des éléments mobiles selon certains axes et certaines amplitudes. Elles supportent des efforts très importants.

ANNEXE 2 : Offre de formation de la faculté de Médecine de l'Université d'Antananarivo



ANNEXE 3. Les établissements de soins par Arrondissement à Antananarivo Renivohitra

ARRONDISSEMENT	CHU	CHD		CSB	
		CHD1	CHD2	CSB1	CSB2
1 ^{er}	4		-	-	29
2 ^{ème}	1		2	-	12
3 ^{ème}	1		2	-	18
4 ^{ème}	2		1	2	10
5 ^{ème}	-		-	-	12
6 ^{ème}	-	1	1	-	5

Source : Fiche synoptique de la Direction régionale de la santé et du planning familial (DRSPF)

Analamanga (2006)-

ANNEXE 4. Questionnaire d'enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra

Date :

Firaisana:

(Arrondissement)

QUESTIONNAIRE « PERSONNE » (se rapportant au mal de dos)

1. Sexe : Lahy (Masculin) Vavy (Féminin)

2. Taona (Age) : [30,45[, [45, 55[

3. Raha Vavy, efa niteraka ve ianao ?

Eny (Oui) Tsia (Non)

(Si Féminin, avez-vous déjà accouché d'un enfant)

Isan'ny zanaka nateraka :

(Nombre d'enfants accouchés)

4. Nianatra ve ianao, hatramin'ny taona fahafiry ny fianarana vitanao ?

(Niveau d'instruction)

Tsy nianatra (Pas scolarisé)

Fototra Voalohany (Primaire) :

Fototra Faharoa (1^{er} cycle du Secondaire) :

Lycée

Université (Université) :

5. Asa atao :

(Emploi)

6. Ahoana ny fihetsikao amin'ny ankapobeny eo amin'ny asanao ?

(En quoi votre activité physique consiste-t-elle/Type d'activité)

Tsy de mihetsika fa na mitsangana na mipetraka (Sédentaire)

Mandeha lava (Déplacements fréquents)

Milanja zavatra mavesatra (Travaux physiques)

Miondrika matetika (Toujours se pencher)

Hafa, lazao (Autres)

7. Manao fanatanjahantena matetika ve ianao ? (Pratiquez-vous régulièrement un sport ?)

Eny (Oui) Tsia (Non)

8. Efa narary lamosina ve ianao na taloha na amin'izao ?

(Avez-vous déjà eu le mal au dos au cours de ces dernières années)

Eny (Oui) Tsia (Non)

Nanomboka ianao firy taona

(Quand exactement)

9. Raha Eny, Inona amin'ireto no heverinao ho antony nahatonga izany

Raha Tsia, Mihevitra ny mety ho voa ve ianao noho ireto antony ireto :

(Ou Est-il possible que vous contractiez le mal de dos à l'avenirdu fait de ?)

Ny fihetsikao eo amin'ny asa ataoao (Votre présente activité)

Ny asamadinika ao an-tokantrano atao isan'andro (Votre routine quotidienne)

Antony hafa (Autres causes)

10. Ny vola laninao amin'ny fitsabona ve misy miantoka?

(Bénéficiez-vous d'un remboursement des frais de santé) :

Eny (Oui) Tsia (Non) :

QUESTIONS « RE COURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE »

1. Mahalala mpitsabo ve ianao hantoninao raha ilaina

(Connaissez-vous un professionnel de santé que vous consulteriez au besoin) :

Eny (Oui) Tsia (Non) :

Izy io ve (Est-ce un)

Dokotera tsotra (Généraliste) ou un

Spécialiste amina zavatra iray (Spécialiste dans un quelconque domaine ?)

(Sexe) : (Féminin) (Masculin)

Mahaleo-tena

sa miasa any amin'ny hopitaly ?

2. Ahoana ny fomba nahafantaranao azy ?

(Comment le connaissez-vous / qui vous l'a recommandé ?)

noho ny plaque na pub napetrany fotsiny (grâce à une plaque)

natoron'olona anao (recommandé par un ami/membre de la famille)

3. Inona amin'ireto no mahatonga anao hifidy io mpitsabo io ?

Quelles sont les principales raisons du choix de ce professionnel ? (3 propositions maximum à numérotter)

- Ny heviny (*Avis médical*)
- Ny sarany (*Coût*)
 - Noho izy akaiky ka mora andehanana (*Proximité/accès*)
 - Ny fahaizany manokana mety ihavahany amin'ny hafa (*Compétence*)
 - Noho izy olom-pantatrao sy tsotra ifandraisana (*Contact/relation patient-médecin*)
 - Noho izy afaka mandray foana na amin'ny fotoana inona na inona (*Disponibilité*)
 - Antony hafa (*Autres*)

4. Inona amin'ireto ary no antony tena hanantonanao azy ?

(*Pour quelles raisons le consulteriez-vous surtout*)

- Hitsabo tena fa efa marary (*Traitemen*t)
- Hanontany ny momba ny aretina iray atahoranao (*Information sur une maladie dont vous risquez d'avoir (maladie héritée/suite aux habitudes...)*)
- Fitiliana nohon'ny fiahahiana (*Dépistage/Diagnostic*)
- Antony hafa (*Autres*)

5. Raha mpitsabo tsotra izy ka manoro anao hanantona spécialiste manokana :

(*Si Généraliste, si il/elle vous conseille d'allez voir un spécialiste, que faites-vous*)

- Mandeha manatona spécialiste avy hatrany ianao tsy an-kiandry (*Recours immédiat*)
- Miandry kely noho ny Antony olana ara-bola fa lafo loatra ireny (*Problèmes financiers*)
- Miandry kely noho ny Halavirana, mbola aiza ity hopitaly ohatra (*Eloignement*)
- Miandry kely fa tsy atahorana ny aretina ka tsy ilaina (*Maladie pas grave donc pas nécessaire*)
- Miandry kely fa tsy mahatoky loatra ireny, sao lany andro sy vola any fotsiny (*Méfiance/pas confiance*)
- Miandry kely fa Matahotra izay mety ho fitsaboany (*Peur du spécialiste/des opérations...)* :
- Miandry kely fa Tsy manam-potoana ianao fa miasa na sahirana foana (*Par manque de temps*) :
- Miandry kely noho ny Antony hafa (*Autres*) :

6. Impiry eo ho eo ianao no manantona mpitsabo ao anatin'ny taona, na tsotra io na spécialiste :

(*Combien de fois par an (en moyenne) irez-vous consulter le professionnel de santé)*)

- Farafakeliny indray (*Au moins une fois*)
- Mety in-2 na in-3 (*Entre 2 et 3 fois*)
- In-4 na mihoatra (*A 4 fois et plus*)

7. Vonona ny handoa ohattrinona ianao raha mankany any amin'ny mpitsabo (ankoatry ny vidina fanafody)

(*Combien serez-vous prêt à payer pour frais de consultation (prescription à part)*) :

- Maimaim-poana (*Gratuit*)
- Latsaky ny 5000Ar (*Moins de 25000Fmg*)
- 5000 hatramin'ny 10000Ar (*25000Fmg à 50000fmg*)
- Mihoatra (*Plus*)

QUESTIONNAIRE «RE COURS AUX SPECIALISTES et PERSONNELS SPECIALISES»

1. Ianao ve mpanantona (*Avez-vous souvent recours aux spécialistes suivants au besoin*)

- Dentiste, isaky ny marary nify
- ORL, rehefa marary maso na sofina...
- Dermatologue, isaky ny misy olana eo amin'ny hoditra
- Gynécologue, isaky ny mitondra vohoka na misy olana eo amin'ny taovam-pananahana
- Psychologue, na mpanoro hevitra raha manana olana

2. Amin'ny ankapobeny, Iza amin'ireto antony ireto no mety hanosika anao hanantona spécialiste :

(*Quand avez-vous recours aux spécialistes?*)

- Misy trangan'aretina manokana (*En cas d'apparition d'un problème de santé précis*)
- Asain'ny mpitsabo iray manantona (*Recommandé par votre médecin*)
- Rehefa manonitra ny aretina iray ka manembatsembana ny asanao (*difficulté dans les activités à cause du mal de dos*)

- Tsy mandeha mihitsy (*Jamais*)

- Antony hafa tsy amin'ireo

3. Raha misy marary ao amin'ny lamosinao, inona no ataoao voalohany ?

(*Dès que vous avez mal au dos, que faites-vous ?*)

Miotra any amin'ny mpanotra tsotra fantatrao (*Vous faire masser chez un masseur non spécialiste que vous connaissez*) :

- Mihosotra na mihinanana zavatra hafa natoron'olona anao (*Vous faire appliquer produits que quelqu'un vous a conseillé*) :

- Manao dokotera tena (*De l'automédication*) :

- Manantona mpitsabo tsotra (*Chez le Généraliste*) :

- Manantona spécialisten'io aretina io (*Chez un spécialiste du mal de dos, recommandé ou connu*)

- Fitsaboana hafa (*Autres médecine*)

4. Rehefa marary lamosina ianao ka tsy maintsy manantona mpitsabo voatokana ny amin'izany, iza amin'ireto atolotra manaraka ireto no efa na mety ho antoninao :

(Chez quel professionnel du mal de dos êtes-vous allé/irez-vous au besoin ?)

- Rhumatologue, spécialisten'ny godro sy rhumatisme sns
- Kinésithérapeute, manam-pahaizana manokana amin'ny otra
- Hydrothérapeute, fitsaboana amin'ny alalan'ny ranomafana na entona sns
- Neurologue, manam-pahaizana amin'ny hozatra
- Ostéopathe, manam-pahaizana amin'ny taolana
- Traumatologue, miandraikitra ireo olona avy nianjera na voadona mafy
- Acupuncture ou médecine asiatique, tsindrona volamena hanamaivana ny faharariana

5. Efa nisy fotoana ve sady nanaraka fitsaboana moderna sy nenti-paharazan miaraka?

[Ohatra ...]

(Vous arrive-t-il de combiner traitements modernes et traditionnels ?)

- Eny (Oui)
- Tsia (Non)

Ohatra (*Lesquels* ?)

ANNEXE 5. Questionnaire d'interview sur le traitement des professionnels du mal de dos

Destinataires : Neurologue, Rhumatologue, Kinésithérapeute, Acupuncteur, Homéopharma (massage aromatique)

Dans le cadre de la réalisation du mémoire de fin d'étude intitulé : « Recours aux professionnels de santé : exemple du recours aux spécialistes des douleurs dorsales et lombaires »

Particulièrement, la partie « évaluation économique » comprend le **calcul des coûts** qui incombent au patient.

Supposons le cas/l'exemple suivant :

- Une personne âgée de 30 à 45 ans atteinte d'une **arthrose dorsale et lombaire** vient vous voir
- Son état est assez grave, et ne va plus la permettre prochainement d'effectuer ses activités quotidiennes si elle tardait à venir vous consulter
 - Elle vient chez vous en première intention de recours (aucun traitement antérieur, sous aucune recommandation)
 - Elle a surtout été victime de l'intensité de l'activité physique à son travail (cause supposée de la maladie parmi tant d'autres)
 - La personne ne bénéficie **d'aucun remboursement** de ses frais de santé

Voici les questions :

1- A sa première consultation chez vous :

a/ L'examen pourrait-il gêner certaines personnes ? (par exemple besoin de se déshabiller ?, questions trop indiscrètes ?...)

Peut être Non

b/ Doit-elle faire des bilans ? Oui Non

c/ des analyses ? Oui Non

d/ Doit-elle faire une radiographie ? Oui Non

e/ Un scan ? Oui Non

2- Existe-il un choix de traitement (le vôtre) pour le même cas de maladie ?

Oui Non

Lesquels ?

3- Quels médicaments lui prescrivez-vous (pour chaque traitement) ?

4- Le recommanderiez-vous à un autre spécialiste X en sus de votre intervention ?

a/ Lequel ?

b/ Pour quelle durée :

5- Au minimum, combien de temps pourrait durer son traitement ?

a/ La première consultation chez vous suffirait-il ? Oui Non

b/ Ou doit elle revenir pour une autre consultation ? Oui Non

c/ Dans ce cas ; doit-elle payer le même frais de consultation ? Oui Non

d/ ou le tarif diminue Oui Non

e/ ou le tarif augmente à titre de contrôle ? Oui Non

f/ Si elle revient pour un contrôle, en quoi consisterait-il ?

g/ Combien de fois devrait-elle revenir ?

h/ L'hospitalisation est-elle inévitable ?

inévitable

possible

sans objet

i/ Si oui, quels frais comprend une hospitalisation de ce genre ?

j/ Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ? Oui

Non

k/ Si oui, quels frais comprend elle ?

6- Concernant votre disponibilité :

a/ Ou la consultation aurait-elle lieu si la première ou une autre tombe un week-end ou un jour férié ?

A votre cabinet

A votre domicile

Vous rendre chez le patient s'il n'est pas en état de se déplacer
b/ Et le lieu de traitement ?

A votre cabinet

A votre domicile

Vous rendre chez le patient

Dans un autre centre (par exemple centre de rééducation)

7- Des effets secondaires aux traitements sont-ils envisageables ?

Atteinte probable de l'estomac à cause des médicaments

Réduction de la capacité du patient

Nécessité de plus de soins ambulatoires après hospitalisation

Autres

8- Quels sont les avantages de votre traitement par rapport à ceux des autres spécialistes ?

Réduction du risque de progression de la maladie

Sans intervention chirurgicale

Pas besoin de chirurgie reconstructrice après traitement

Minimum de durée de traitement

Autres

9- Y aurait-il eu des questions non posées qui m'aurait aidé à la précision des calculs des coûts ?

Mes sincères REMERCIEMENTS pour votre collaboration.

ANNEXE 6 : Connaissance des individus des professionnels de santé

		PROFESSIONNELS DE SANTE						
F 30	OUI	385	GLST	147	M.FEMME	51	LIBRE	13
							HOPITAL	0
							NON SPEC	38
					M.HOMME	74	LIBRE	16
							HOPITAL	4
							NON SPEC	54
					NON PREC	22		
		SPLST	160	M.FEMME	64	LIBRE	12	
						HOPITAL	3	
						NON SPEC	49	
					M.HOMME	86	LIBRE	10
						HOPITAL	0	
						NON SPEC	76	
					NON PREC	10		
			NON PREC	78				
	NON	106						
F 45	OUI	208	GLST	85	M.FEMME	49	LIBRE	25
							HOPITAL	3
							NON SPEC	21
					M.HOMME	29	LIBRE	9
						HOPITAL	0	
						NON SPEC	20	
		SPLST	103	M.FEMME	43	LIBRE	20	
						HOPITAL	3	
						NON SPEC	20	
					M.HOMME	45	LIBRE	10
						HOPITAL	1	
						NON SPEC	34	
					NON PREC			
			NON PREC	20				
	NON	51						
M 30	OUI	432	GLST	193	M.FEMME	80	LIBRE	22
							HOPITAL	1
							NON SPEC	57
					M.HOMME	99	LIBRE	15
						HOPITAL	4	
						NON SPEC	80	
					NON PREC	14		
		SPLST	187	M.FEMME	54	LIBRE	6	
						HOPITAL	0	
						NON SPEC	48	
					M.HOMME	123	LIBRE	2
						HOPITAL	4	
						NON SPEC	117	
					NON PREC	10	LIBRE	5
						HOPITAL	1	
						NON SPEC	4	

			NON PREC	52				
	NON	199						
M 45	OUI	196	GLST	87	M.FEMME	33	LIBRE	14
							HOPITAL	0
							NON SPEC	19
					M.HOMME	43	LIBRE	6
							HOPITAL	1
							NON SPEC	36
					NON PREC	11	LIBRE	3
							HOPITAL	2
							NON SPEC	6
		SPLST	79	M.FEMME	36	LIBRE		17
							HOPITAL	1
							NON SPEC	18
					M.HOMME	32	LIBRE	2
							HOPITAL	1
							NON SPEC	29
					NON PREC	11	LIBRE	3
							HOPITAL	3
							NON SPEC	5
			NON PREC	30	M.FEMME	11	LIBRE	7
							HOPITAL	1
							NON SPEC	3
					M.HOMME	13	LIBRE	5
							HOPITAL	5
							NON SPEC	3
	NON	56			NON PREC	6	LIBRE	0
							HOPITAL	5
							NON SPEC	1

Source : Résultat de l'enquête pour la présente étude, Juillet à Août 2007 à Antananarivo Renivohitra

F 30 : Femmes de 30 à 45 ans

F 45 : Femmes de 45 à 55 ans

M 30 : Hommes de 30 à 45 ans

M 45 : Hommes de 45 à 55 ans

GLST : Généraliste

SPLST : Spécialiste

NON PREC : Non précisé

NON SPEC : Non spécifié

ANNEXE 7 : Tableau récapitulatif des principaux résultats de l'enquête sur le recours aux soins

Etat de santé global de la population	Mal de dos (sur les 1633 enquêtés): - Oui : 28.14% - Non : 71.76%
Remboursement (sur les 836 réponses)	- Oui : 31.93% - Non : 68.06%
Connaissance des professionnels de santé	74.77% sur les 1633
Type de professionnels de santé consulté (parmi les 1221 qui connaissent au moins un professionnel de santé)	Généraliste : 39.12 Spécialiste : 44.58%
Motifs de choix du professionnel de santé (par ordre d'importance sur le 1627 enquêtés qui ont donné au moins un motif)	1. Coût : 24.15% 2. Avis médical : 21.57% 3. Compétence du professionnel : 18.25% 4. Proximité du lieu de fonction du professionnel de santé : 15.18% 5. Contact/relation médecin-patient : 9.71% 6. Disponibilité du professionnel de santé : 9.28 7. Autres motifs : 1,84
Motifs de recours aux professionnels de santé (par ordre d'importance sur les 1191 ayant donné une réponse positive)	1. Traitement : 81.69% 2. Recherche d'informations sur une quelconque maladie : 13.85% 3. Dépistage : 3.61% 4. Autres motifs : 0.83%
Moyenne de consultation par an	Au moins une fois par an pour 51.14% des enquêtés
Disposition à payer des enquêtés pour frais de consultation	Moins de 5000Ar pour 56.33% des enquêtés
Recours aux spécialistes	- Dentiste : 73.11% - ORLO : 15.73% - Gynécologue : 14.39% - Psychologue : 5.63% - Dermatologue : 4.10%
Motifs de recours aux spécialistes	1. En cas de problème de santé précis : 56.23% 2. Recommandé par un généraliste : 19% 3. Difficulté ressentie dans les activités : 13.22% 4. Autres raisons : 4.16% 5. Jamais : 2%
Première intention de recours en cas de mal de dos	1. Chez un spécialiste : 27.49% 2. Chez un généraliste : 21.12% 3. Divers types de massage : 17.45% 4. Automédication : 7.96% 5. Produits recommandés par quelqu'un : 6.24% 6. Autres types de médecines : 1.89%
Professionnel du mal de dos choisi/préféré (recours réel et supposé inclus sur les 1397 qui ont répondu)	1. Kinésithérapeute : 77.38% 2. Neurologue : 9.23% 3. Ostéopathe : 4.15% 4. Rhumatologue : 3.65% 5. Hydrothérapeute : 3.36% 6. Traumatologue : 1.64% 7. Acupuncture : 0.57%

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition de l'échantillon par sexe et par âge.....	29
Tableau 2. Répartition des enquêtés par niveau d'instruction.....	30
Tableau 3. Répartition des personnes ayant le mal de dos par type d'activités.....	31
Tableau 4. Répartition des personnes ayant le mal de dos par début / fréquence des douleurs	31
Tableau 5. Pratique du sport chez les personnes enquêtées	32
Tableau 6. Pratique du sport et mal de dos.....	32
Tableau 7. Répartition des enquêtés par moyenne de consultations par an	33
Tableau 8. Disposition à payer les frais de consultation	34
Tableau 9. Disposition à payer et moyenne de consultation par an	34
Tableau 10. Remboursement et disposition à payer les frais de consultation	35
Tableau 11. Remboursement et type de professionnels de santé	35
Tableau 12. Moyenne de consultations par an selon le niveau d'instruction	36
Tableau 13. Répartition des enquêtés par temps de recours aux spécialistes.....	38
Tableau 14. Répartition des enquêtés selon leur recours aux spécialistes.....	39
Tableau 15. Remboursements et recours aux spécialistes.....	39
Tableau 16. Répartition des enquêtés selon leur recours aux spécialistes.....	40
Tableau 17. Les divers types de premier recours selon l'âge et le sexe.....	40
Tableau 18. Préférence en professionnel du mal de dos selon l'âge et le sexe	41
Tableau 19. Répartition des enquêtés selon leurs motifs de choix des professionnels de santé.....	42
Tableau 20. Répartition des enquêtés selon leurs motifs de recours aux professionnels de santé	43
Tableau 21. Combinaison des traitements modernes et traditionnels	43
Tableau 22. Récapitulatif des résultats de l'enquête sur le traitement des professionnels du mal de dos..	49
Tableau 23. Profil ligne (répartition des enquêtés par motifs de recours).....	69
Tableau 24. Profil colonne (répartition des motifs de recours selon le sexe).....	69
Tableau 25. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des enquêtés selon le sexe et motifs de recours	69
Tableau 26. Tableau des Khi deux partiels, motifs de recours et sexe.....	70
Tableau 27. Répartition des individus par état de santé et type de recours	71
Tableau 28. Profil ligne (répartition des types de recours selon l'état de santé).....	71
Tableau 29. Profil colonnes (répartition de l'état de santé par types de recours).....	72
Tableau 30. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des individus par état de santé et types de recours	72
Tableau 31. Tableau des Khi deux partiels, état de santé et types de recours	72
Tableau 32. Profil ligne (répartition des types de professionnels de santé suivant l'obtention ou non d'un remboursement des frais de santé)	73

Tableau 33. Profil colonne (répartition des individus remboursés ou non selon les types de professionnels de santé).....	73
Tableau 34. Tableau des effectifs théoriques des répartitions des individus remboursés ou non et les types de professionnels de santé	74
Tableau 35. Tableau des Khi deux partiels, remboursement et type de professionnels de santé	74
Tableau 36. Répartition des individus par niveau d'instruction et moyenne annuelle de consultation.....	75
Tableau 37. Profil ligne (répartition des individus par niveau d'instruction selon leur moyenne de consultation annuelle).....	75
Tableau 38. Profil colonne (répartition des moyennes de consultation annuelle selon le niveau d'instruction)	76
Tableau 39. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des individus par niveau d'instruction et leur moyenne annuelle de consultation	76
Tableau 40. Tableau des Khi deux partiels, moyenne de consultation annuelle et niveau d'instruction ...	76
Tableau 41. Répartition des individus par état de santé et type d'activité	77
Tableau 42. Profil ligne (répartition des types d'activité par état de santé)	77
Tableau 43. Profil colonne (répartition de l'état de santé des enquêtés par type d'activité)	78
Tableau 44. Tableau des effectifs théoriques de la répartition des individus par état de santé et type d'activité.....	78
Tableau 45. Tableau des Khi deux partiels, type d'activité et état de santé	78

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	3
REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	8
PARTIE I. GENERALITES ET PRESENTATION DE L'ETUDE	11
<i>SECTION I. SANTE ET RE COURS AUX SOINS</i>	<i>12</i>
A. Le mal de dos.....	12
1. Notions de base	12
2. Les professionnels du mal de dos.....	14
B. Les types de recours aux soins.....	16
C. Les personnels médicaux	17
1. La formation des docteurs en médecine	17
3. Les spécialités présentes à Madagascar.....	18
D. Les services de santé en milieu urbain.....	18
1. Les ressources en santé disponibles en milieu urbain	19
2. La répartition des centres et personnels médicaux à Antananarivo Renivohitra.....	20
<i>SECTION II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</i>	<i>21</i>
A. Objectif général	21
B. Les questions importantes	22
<i>SECTION III. METHODOLOGIE</i>	<i>23</i>
A. Les variables considérées.....	23
B. Outil de recueil des données	24
1. Enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra.....	24
2. Interview sur le traitement des professionnels du mal de dos	26
C. Exploitation des données	26
1. Méthodes d'analyse des données	26
2. Comparaison coût efficacité de traitements	28
PARTIE II. RESULTATS ET COMMENTAIRES GENERAUX	29
<i>SECTION I. LE RE COURS AUX SOINS</i>	<i>29</i>
A. Description de la population	29
1. Niveaux d'études	30
2. Activités de la population étudiée et ses conséquences.....	30
3. Habitude et mal de dos	32
B. Les grands types de comportements	33
1. La fréquence de consultation et la disposition à payer des enquêtés.....	33
2. La consultation des professionnels de santé chez les remboursés.....	35
3. La consultation des professionnels de santé selon le niveau d'études	36
C. Le recours aux soins en milieu urbain.....	37
1. Le recours aux spécialistes	37
2. Les motifs de recours et de non recours aux soins	42
<i>SECTION II. DIFFERENCE DES TRAITEMENTS DES PROFESSIONNELS DU MAL DE DOS.....</i>	<i>44</i>
A. Traitement d'un neurologue.....	44
B. Traitement d'un kinésithérapeute.....	47
C. Coûts communs.....	48
D. Récapitulatif des résultats de l'enquête sur le traitement des professionnels du mal de dos	49
E. Autres approches à considérer du point de vue patient	49
1. Traitement du rhumatologue	50
2. Traitement d'un acupuncteur.....	50
3. Traitement chez Homéopharma	51
<i>SECTION III. COMMENTAIRES GENERAUX</i>	<i>52</i>
A. Les inconvénients du non recours.....	52
B. Commentaires sur les méthodes.....	53

1. Appréciation de l'enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra	53
2. Limites des méthodes et des résultats.....	54
C. Commentaires sur les recours aux soins observés	56
1. Les différents recours aux soins	56
2. Les recours aux soins par groupes d'individus.....	57
PARTIE III. DISCUSSIONS.....	59
<i>SECTION I. DISCUSSIONS SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE</i>	<i>59</i>
A. Correspondance entre objectifs et principaux résultats	59
B. Situation de cette étude par rapport aux travaux des autres	60
1. Les femmes souffrent plus du mal de dos que les hommes	60
2. Les conséquences du mal de dos pour le patient concerné.....	60
3. Nouvelles données sur les connaissances des gens sur les professionnels du mal de dos.....	61
C. Compréhension des différents recours aux soins	62
1. Le recours de la population aux spécialistes	63
2. Le recours de la population aux non professionnels de santé	64
3. Le recours de la population aux traitements modernes et traditionnels combinés	65
4. Le non recours aux soins	66
D. Elargissement du sujet	67
<i>SECTION II. RELATIONS ENTRE LES VARIABLES CONSIDERES</i>	<i>68</i>
A. Genre et motifs de recours	68
B. Etat de santé et type de recours choisi	70
C. Relation entre le fait de bénéficier un remboursement des frais de santé et le type de professionnel de santé consulté	73
D. Relation entre niveau d'instruction et moyenne de consultation annuelle.....	75
E. Relation entre état de santé de la population et son type d'activité.....	77
<i>SECTION III. PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE RECOURS AUX SOINS</i>	<i>79</i>
A. Améliorer l'offre de soins.....	79
B. Promouvoir la télémédecine.....	80
C. Sensibiliser la population	80
D. Le développement d'un pays à travers la santé de sa population	81
CONCLUSION.....	84
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXE 1 : Anatomie du dos	89
ANNEXE 2 : Offre de formation de la faculté de Médecine de l'Université d'Antananarivo	90
ANNEXE 3. Les établissements de soins par Arrondissement à Antananarivo Renivohitra.....	91
ANNEXE 4. Questionnaire d'enquête sur le recours aux soins de la population d'Antananarivo Renivohitra	92
ANNEXE 5. Questionnaire d'interview sur le traitement des professionnels du mal de dos.....	95
ANNEXE 6 : Connaissance des individus des professionnels de santé.....	97
ANNEXE 7 : Tableau récapitulatif des principaux résultats de l'enquête sur le recours aux soins	99
LISTE DES TABLEAUX	100
TABLE DES MATIERES	102

Nom et prénoms : ANDRIAMBELO Hanitrala Mbolatiana

Titre : Recours aux professionnels du mal de dos à Antananarivo Renivohitra

Nombre de pages : 103

Nombre de tableaux : 45

Nombre de figures : 01

Nombre d'annexes : 07

RESUME

Le recours aux professionnels de santé est un indicateur de l'état de santé de la population. Il évite l'augmentation des jours d'invalidité. Il s'agit de permettre à une personne d'augmenter ses heures travaillées et de rendre plus efficace le travail qu'elle accomplit. Un bon état de santé de la population aboutit à la croissance de la productivité et finalement au développement du pays.

Le mal de dos étant une maladie menace pour l'état physique d'un individu l'est donc pour sa productivité. En effet, elle réduit la faculté de se prendre en charge et limite les activités professionnelles du patient. Un mal de dos non soigné conduit à une augmentation des jours d'invalidité. Il concerne environ 28.14% de notre population cible active : population de 30 à 55ans d'Antananarivo Renivohitra et en inquiète les 42%. Nous proposons dans cette étude des informations sur le mal de dos pour mieux comprendre sa gravité mais aussi améliorer sa prise en charge.

Nous avons mené pour cela deux enquêtes de Juillet à Août 2007, sur 1633 personnes et sur cinq types de professionnels en la matière.

Les résultats nous démontrent que le motif de recours chez un professionnel de santé varie suivant le sexe, l'état de santé n'est pas fonction du type de recours (chez un généraliste ou un professionnel du mal de dos...), le fait d'être remboursé de ces frais de santé ou pas définit le type de professionnel de santé choisi, la moyenne de consultation des gens ne dépend pas de leur niveau d'instruction, et enfin que l'état de santé de la population ne dépend pas de leur type d'activité.

Par ailleurs, Antananarivo Renivohitra dispose de la présence de tous les professionnels du mal de dos considérés. La proximité du lieu de fonction du professionnel de santé n'influe que 15.18% des consultations des gens. C'est le coût du traitement qui détermine surtout le recours que l'avis médical ou la compétence du professionnel de santé. Aussi, les gens connaissent peu de professionnels du mal de dos. Ainsi, seul 0.57% des enquêtés dit connaître un acupuncteur et 3.65% un rhumatologue. La grande majorité des enquêtés soit 77.38% choisira en premier lieu de recourir au kinésithérapeute si 9.23% préfère le traitement du neurologue. Or, entre les deux traitements, notre analyse a montré que celui du neurologue est plus coût efficace que celui du kinésithérapeute.

Aussi, afin d'améliorer cette situation de recours, nous recommandons l'amélioration de l'offre de soins elle-même, la promotion de la télémédecine, la sensibilisation et information de la population sur la maladie et sur les professionnels de santé.

MOTS CLES : analyse coût efficacité, Antananarivo Renivohitra, développement, mal de dos, professionnels de mal de dos, recours, santé.

Encadreur : Madame le Professeur RICHARD Blanche Nirina