

**BURKINA FASO**

*Unité- Progrès- Justice*

-----  
**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRES, SUPERIEURS ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
-----

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

**Organisation de coopération et de coordination  
Pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE)**  
-----

-----  
**FACULTE DES LETTRES, DES LANGUES,  
DES ARTS, DES SCIENCES HUMAINES  
ET SOCIALES**  
-----

**CENTRE MURAZ**

-----  
**DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE  
OPTION RURALE**  
-----

**MEMOIRE DE MAITRISE**

**THEME:**

**LE RÔLE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES DANS LA PRISE  
EN CHARGE DU PALUDISME EN MILIEU RURAL:  
CAS DES VILLAGES DE BAKARIBOUGOU ET SAMANDENI  
DANS LA PROVINCE DU HOUET**

**Présenté et soutenu par :**

**TAHYO Manuel**

**SOUS LA DIRECTION DE:  
PALE O. Koulansouonthé Frédéric  
Chargé de recherche**

**ANNEE ACADEMIQUE 1999-2000**

## DEDICACE

**JE DEDIE CE MEMOIRE A MES PARENTS ET A  
TOUS MES AMIS.  
QUE CHACUN TROUVE ICI L'EXPRESSION DE MA  
TRES PROFONDE GRATITUDE !**

## **REMERCIEMENTS**

**MERCI A *M. PALE* POUR SA TOTALE DISPONIBILITE ET SON SUIVI  
REGULIER DU TRAVAIL.**

**NOUS REMERCIONS *TOUS LES ENSEIGNANTS DU DEPARTEMENT  
DE GEOGRAPHIE* POUR LA FORMATION RECUE.**

**NOS REMERCIEMENTS AU *PR GUILLEMDE* ET A TOUT LE  
*PERSONNEL DU CENTRE MURAZ* POUR LEUR SOUTIEN LORS  
DE NOTRE STAGE.**

**MERCI A TOUS CEUX QUI D'UNE MANIERE OU D'UNE AUTRE ONT  
CONTRIBUE A LA REALISATION DE CE DOCUMENT.**

### **Avant-Propos:**

**La géographie peut se définir comme l'étude du milieu naturel et des activités humaines à la surface de la terre.**

**De par même cette définition, la géographie s'est subdivisée en plusieurs branches au cours de son histoire en rapport avec l'évolution des activités humaines et l'apparition de nouveaux phénomènes à la surface du globe.**

**Ainsi, aux branches classiques (géographie physique, géographie humaine, géographie régionale...) se sont ajoutées de nouvelles branches comme la géographie sociale, la géographie culturelle, la géographie psychologique et de la perception, la géographie des transports, la géographie du tourisme...**

**L'une des nouvelles orientations de la discipline est la géographie de la santé.**

**SORRE M, avec son ouvrage intitulé "Les fondements biologiques de la géographie humaine", paru en 1943 peut être considéré comme le précurseur de cette nouvelle discipline.**

**En 1982, PICHERAL H définit la géographie de la santé comme <<l'étude spatiale de la qualité de la santé, dans ses relations avec l'environnement physique, biologique, socio-économique, culturel et comportemental. >>**

**Ce mémoire de maîtrise intitulé : "Le rôle des facteurs socio-économiques dans la prise en charge du paludisme en milieu rural : cas des villages de Bakaribougou et Samandéni dans la province du Houet", trouve donc sa justification dans cette définition et montre que la géographie peut apporter sa contribution au domaine sanitaire comme à beaucoup d'autres domaines.**

**LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS UTILISES DANS LE TEXTE :**

A.A: accoucheuse auxiliaire

A.I.S: agent itinérant de santé

A.S.C: agent de santé communautaire

C.E.S.A.O: centre d'études économiques et sociales d'Afrique de l'ouest

C.H.N: centre hospitalier national

C. M : centre médical

C.M.A: centre médical avec antenne chirurgicale

CHN: centre hospitalier national

C.N.L.P: centre national de lutte contre le paludisme

C.S.P.S: centre de santé et de promotion sociale

E.C.D: équipe cadre de district

F.I.T: front intertropical

G.P.S: Global positioning system

I.B: initiative de Bamako

I.D.E: infirmier diplômé d'état

I.G.B: institut géographique du Burkina

I.N.S.D: institut national de la statistique et de la démographie

I.R.D: institut de recherche pour le développement

M.E.G: médicaments essentiels génériques

M.I.I: moustiquaire imprégnée d'insecticide

O.C.C.G.E: organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les  
grandes endémies

O.M.S: organisation mondiale de la santé

S.E.S.I.S: service d'épidémiologie, de statistiques et d'informations sanitaires

S.M.I: santé maternelle et infantile

SO.FI.TEX: société des fibres et textiles

## RESUME

Le paludisme est l'une des principales causes de mortalité en Afrique.

Au Burkina Faso, il constitue un problème de santé publique majeur, surtout en milieu rural où les conditions de vie des ménages favorisent la propagation de la maladie et où leur situation socio-économique ne permet pas souvent sa prise en charge efficiente.

Il est donc important d'évaluer l'impact de cette situation socio-économique des ménages sur la perception du paludisme par les populations rurales, sur les types de traitement adoptés contre la maladie et sur les méthodes de prévention utilisées.

L'étude révèle que le bas niveau d'instruction, les conditions d'hygiène, la mauvaise perception de la maladie et la persistance de certaines croyances et pratiques traditionnelles sont les principaux facteurs sociaux qui constituent un obstacle à une bonne prise en charge du paludisme en milieu rural.

La présence d'une formation sanitaire par contre a un impact positif sur la perception, le traitement et la prévention du paludisme.

Sur le plan économique, il existe un rapport entre le revenu des ménages et le traitement du paludisme ainsi qu'avec la prévention de la maladie.

Autrement dit, plus le revenu du ménage est élevé, meilleurs sont le traitement et la prévention du paludisme.

La lutte antipaludique passe donc par l'amélioration des conditions de vie socio-économiques des ménages en milieu rural.

***Mots clés : Paludisme- Prise en charge- Milieu rural- Ménages- Facteurs socio-économiques- Burkina Faso- Houet- Bakaribougou- Samandéni***

## ABSTRACT

### SUBJECT: THE IMPACT OF SOCIOECONOMIC'S FACTORS IN THE MANAGEMENT OF MALARIA CASES IN RURAL BURKINA FASO: PERCEPTION, TREATMENT AND PREVENTION

Malaria is one of the main important causes of mortality in Africa.

In Burkina Faso, it's a major public health problem especially in the rural areas where the living conditions of households favour the propagation of that disease and where their socioeconomic situation doesn't allow them to treat it efficiently.

For this, it's important to evaluate the impact of the socioeconomic situation of households on the perception, treatment and prevention of malaria.

Educational standards which are very low, conditions of hygiene, bad perception of malaria and persistence of some traditional beliefs and practices are the main social factors which can prevent a good treatment of malaria.

The existence of the health centers on the other hand has a positive impact on the perception, treatment and prevention of malaria.

On the economic aspects, there is a relationship between households' income and treatment and prevention of malaria.

In other words, more the households income is high, better are the treatment and the prevention of malaria.

To fight against malaria begins with the improvement of the households socioeconomic situation in the rural areas.

*Key words: Malaria- Treatment- Rural area- Households- Socioeconomic' factors- Burkina Faso- Houet- Bakaribougou- Samandeni*

## **INTRODUCTION GENERALE**

### **I- PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Le paludisme est l'une des plus anciennes maladies connues de l'homme. En effet, selon HARRISSON (1978), au vu des analogies entre les *plasmodiums* animaux et certains *plasmodiums* humains, on peut raisonnablement penser qu'elle sévissait sur terre déjà au I<sup>er</sup> siècle avant J-C. Au II<sup>ème</sup> siècle avant J-C, les grecs et les romains ont relevé une corrélation étiologique entre les fièvres intermittentes et la proximité des zones à couverture végétale importante (BOYD, 1949).

La connaissance moderne du paludisme peut être attribuée à un médecin militaire LAVERAN Alphonse, qui depuis 1980 a été le premier à définir la nature parasitaire de l'affection.

Cependant, malgré cette ancienneté de la connaissance de la maladie, elle continue d'être l'une des principales causes de mortalité dans le monde et ses conséquences socio-économiques sont énormes. En effet, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), 1,5 à 2,5 millions de personnes meurent chaque année de paludisme dans le monde.

La situation de l'Afrique et particulièrement celle de l'Afrique subsaharienne est beaucoup plus préoccupante. Il s'y produit entre 270 et 480 millions de cas cliniques par an, c'est à dire plus de 90% de l'ensemble des cas de paludisme dans le monde. 140 à 280 millions de ces accès de paludisme clinique touchent des enfants de moins de 5 ans.

Le Burkina Faso n'échappe pas à cette situation. Le paludisme y est endémique et touche toutes les zones géographiques du pays. Selon le centre national de lutte contre le paludisme (C.N.L.P), créé en 1987 et chargé de la lutte contre la maladie, le nombre annuel de cas de paludisme est estimé à 600 000 et la létalité hospitalière due à cette maladie à 18%. Certains spécialistes estiment même que ces chiffres sont en deçà de la réalité.

La province du Houet située à l'Ouest du pays est l'une des plus arrosées du pays, ce qui favorise le développement des gîtes larvaires et fait d'elle l'une des plus touchées par la maladie, comme en témoignent les nombres de cas de paludisme signalés dans les

formations sanitaires de la province entre 1992 et 1996, selon la direction régionale de la santé de Bobo-dioulasso :

- 1992: 40930 cas
- 1993: 51184 cas
- 1994: 48713 cas
- 1995: 55224 cas
- 1996: 56604 cas

C'est l'une des raisons qui a conduit le centre MURAZ, institut de l'organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (O.C.C.G.E) à élaborer un programme de recherche-action sur le paludisme dans la province du Houet. Ce programme pluridisciplinaire regroupe 6 projets et le premier s'intitule "ETUDE DU MILIEU". L'un des objectifs de ce projet est de recueillir des données économiques et sociales qui contribueront à une parfaite connaissance de la province. Notre thème qui porte sur l'influence des facteurs socio-économiques dans la prise en charge du paludisme en milieu rural répond à cette préoccupation.

En effet si des études ont démontré que le paludisme a d'énormes impacts socio-économiques, surtout en milieu rural où la période de transmission maximale de la maladie correspond à celle pendant laquelle l'activité agricole est intense, on peut se demander si inversement certains facteurs socio-économiques ne sont pas des déterminants importants dans la prise en charge du paludisme par les populations rurales.

Cette situation suscite les interrogations suivantes :

- Quelle influence les facteurs socio-économiques ont-ils dans la connaissance et la perception du paludisme par les populations ?
- Quelle relation existe t- il entre le revenu des ménages et le traitement du paludisme ?
- Les facteurs socio-économiques ne déterminent-ils pas les types de traitement adoptés par les populations en cas de paludisme ?
- Quel rapport y a t- il entre la situation socio-économique des ménages et les méthodes de prévention utilisées contre le paludisme ?

L'objectif principal poursuivi à travers cette étude est en rapport avec ces questions et vise donc à étudier l'impact des facteurs socio-économiques sur la prise en charge du paludisme à Bakaribougou et Samandéni.

Les objectifs spécifiques qui en découlent sont les suivants :

- Saisir les caractéristiques socio-démographiques des ménages (âge, ethnie, religion, niveau d'instruction, taille...)
- Identifier les activités génératrices de revenus menées par les ménages et estimer le revenu associé.
- Etudier la connaissance et la perception du paludisme selon les caractéristiques socio-économiques des ménages.
- Analyser les types de traitement suivi par les ménages en cas de paludisme en fonction de leur statut socio-économique.
- Etudier les mesures préventives adoptées contre la maladie par les ménages en rapport avec leur situation socio-économique.

## **II- METHODOLOGIE**

La méthodologie utilisée pour l'étude se subdivise en trois étapes principales :

### **A- LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE**

Plusieurs ouvrages traitant du paludisme existent un peu partout et des revues sur la maladie paraissent régulièrement. Ces ouvrages ont donc été recherchés, regroupés par thème, et ceux se rapportant à notre sujet ont été sélectionnés et lus. En outre, des données sur le milieu physique (relief, climat, végétation, sols etc.) et humain (démographie, organisation sociale, activités économiques etc.) de la province du Houet et des villages choisis pour l'étude ont été recherchées par l'exploitation des cartes et des données statistiques.

Nous avons obtenu ces ouvrages et données dans des centres de documentation ainsi que dans certains services administratifs à Ouagadougou et à Bobo-dioulasso tels que l'IRD, le SESIS, le CESA, l'IGB, l'INSD, le Centre Muraz etc.

Cette recherche documentaire a permis de classer les ouvrages consultés en 4 catégories :

- Les documents traitant des généralités sur le paludisme.
- Les documents portant sur la conception et la représentation de la maladie dans les sociétés rurales de l'ouest du Burkina Faso.

- Les ouvrages traitant de la situation socio-économique des villages de la province du Houet.
- Les mémoires et thèses rédigés sur le paludisme.
- Les articles et revues sanitaires portant sur les aspects socio-économiques du paludisme.

## **B- L'ECHANTILLONNAGE**

- L'échantillon spatial : Il est représenté par les 2 villages d'étude : BAKARIBOUGOU et SAMANDENI. Le choix de ces 2 villages se justifie par trois raisons essentielles:
  - \* Ce sont des villages situés sur une route principale, donc faciles d'accès.
  - \* En outre, ils sont situés à proximité d'une zone de grande transmission du paludisme que constitue la vallée du Kou (10 km pour Samandéni et 28 km pour Bakaribougou).
  - \* Leur choix répond également au souci de faciliter la comparaison entre un village qui possède une formation sanitaire (Samandéni) et un village qui n'en possède pas (Bakaribougou).

Bakaribougou est un village situé au nord de Bobo-dioulasso et distant d'environ 58 km de cette ville, sur l'axe Bobo-dioulasso-Faramana-Frontière du Mali. Ses coordonnées géographiques sont : 4°28'43,3"O de longitude et 11°27'60"N de latitude. Il fait parti du département de Dandé.

Samandéni est également un village situé au nord de Bobo-dioulasso et distant d'environ 42 km de cette ville, sur l'axe Bobo-dioulasso-Faramana-Frontière du Mali. Ses coordonnées géographiques sont : 4°32'0,9"O de longitude et 11°38'00"N de latitude. Il fait parti du département de Bama.

- L'échantillon démographique : Dans chaque village, 100 ménages ont été enquêtés, soit au total 200 ménages, ce qui représente environ un dixième de l'ensemble des ménages de Samandéni et un tiers de celui de Bakaribougou.

Une numération de l'ensemble des concessions de ces villages a été effectuée et un tirage au sort a permis de choisir un chiffre de façon aléatoire. Tous les ménages se trouvant dans les concessions dont le numéro se termine par ce chiffre ont été enquêtés. La même technique de tirage au sort a été utilisée par quartier pour atteindre le nombre total de ménages souhaité.

L'unité d'observation de l'enquête a donc été le ménage et les individus qui le composent.

Le ménage est défini ici comme l'ensemble des personnes, parents ou non vivant dans la même concession, travaillant ensemble, prenant en commun leurs repas quotidiens et répondant à l'autorité d'une seule et même personne appelée "chef de ménage."

### **C- LES ENQUÊTES DE TERRAIN**

L'enquête sur le terrain s'est déroulée en deux phases :

- La première a consisté à recueillir des informations sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages.
- Durant la seconde, la perception du paludisme par ces ménages, les types de traitement adoptés et les modes de protection contre le paludisme utilisés ont été étudiés.

En outre, des entretiens guidés ont été réalisés avec des groupes cibles tels que les tradipraticiens et le personnel de santé pour connaître leur perception et leurs pratiques en matière de paludisme.

Un questionnaire spécifique a été administré aux femmes enceintes pour apprécier le niveau des consultations prénatales et la prise de médicaments antipaludéens pendant la grossesse.

Les difficultés rencontrées lors de cette étude sont liées au fait que nous ne maîtrisons pas très bien la langue locale qui est généralement le Dioula. Il a donc fallu souvent avoir recours à un interprète, ce qui provoque parfois une certaine lenteur dans l'exécution du travail.

En plus de cela, les paysans sont souvent réticents à déclarer leurs revenus réels, car le phénomène des impôts reste encore vivace dans la mémoire des populations rurales.

Afin de minimiser ces difficultés, nous avons essayé de mener une petite sensibilisation à l'échelle locale sur le bien fondé de l'étude et les craintes des populations ont été dissipées.

Les données recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI IENFO qui est un logiciel de traitement de texte, de bases de données et programmes statistiques pour la santé publique.

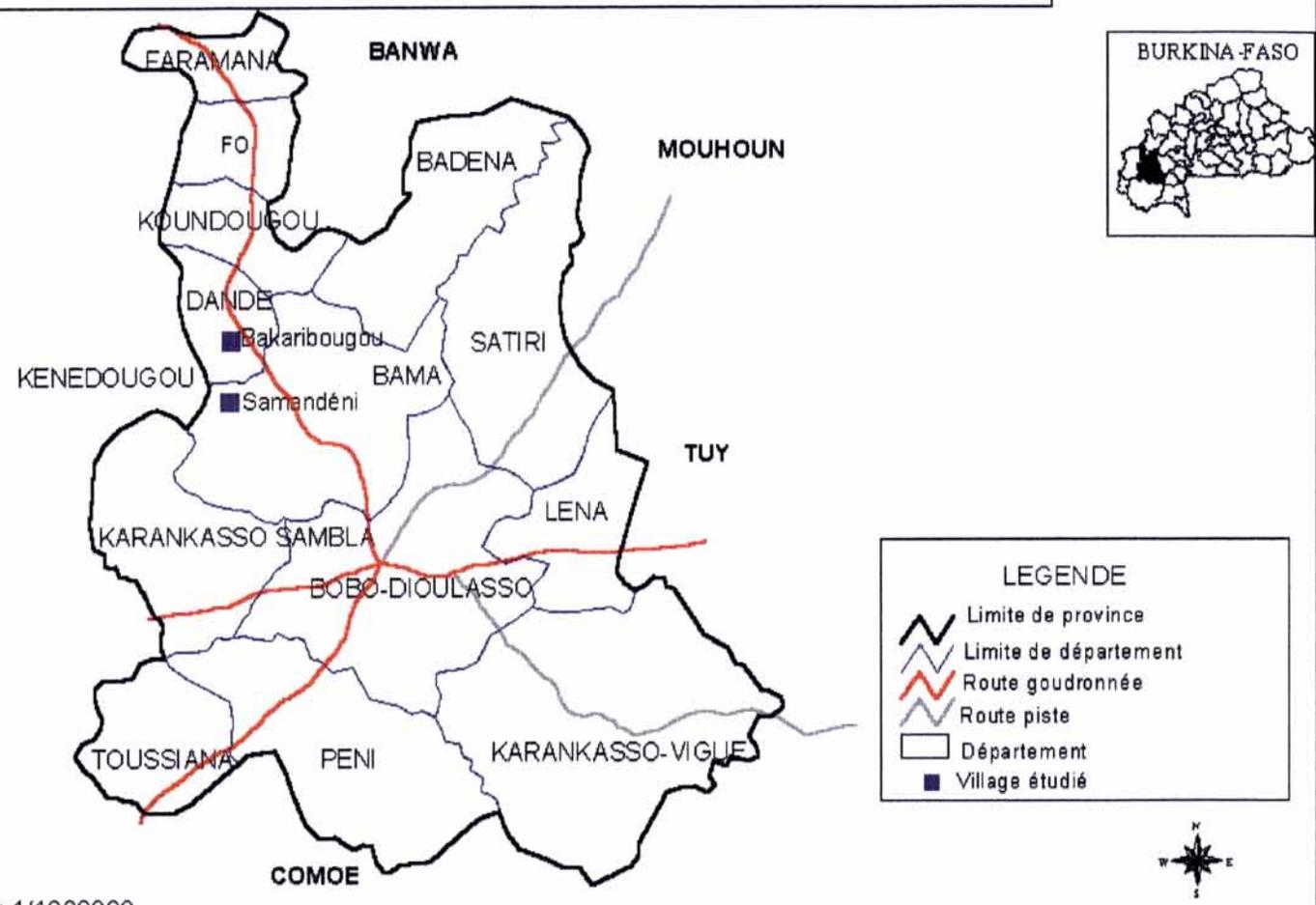
Ce sont les résultats de ces différents travaux qui sont présentés dans ce document, qui comprend trois grandes parties :

- La première partie est une présentation des aspects physiques, humains et sanitaires de la zone d'étude.
- La seconde regroupe les caractéristiques socio-démographiques des ménages et présente les résultats de l'analyse de leur situation économique.
- La troisième partie montre comment ces facteurs socio-démographiques et économiques influencent la perception, le traitement et la prévention du paludisme au sein des ménages.

**PREMIERE PARTIE :**

**PRESENTATION GENERALE DE LA ZONE D'ETUDE**

**FIG 1 : SITUATION GEOGRAPHIQUE DE LA ZONE D'ETUDE : PROVINCE DU HOUET**



Echelle : 1/1000000

Source : IGB

## **CHAPITRE I : -LE MILIEU PHYSIQUE :**

La province du Houet dont le chef lieu est Bobo-dioulasso, est située à l'ouest du Burkina Faso. Sa superficie est estimée à 11540,9 km<sup>2</sup>. Elle est limitée :

- Au nord par la province des Banwa et la frontière du Mali
- Au sud par la province de la Comoé
- A l'est par les provinces de la Bougouriba, du Tuy et du Mouhoun
- A l'ouest par la province du Kéné Dougou

### **I- LE SUBSTRATUM GEOLOGIQUE ET LE RELIEF**

La province du Houet est située approximativement à la frontière de 2 domaines géologiques différents :

- Un domaine sédimentaire dit de "grès horizontaux"
- Un domaine cristallin correspondant à la zone granito- birimienne

Le domaine sédimentaire correspond à un massif gréseux qui occupe le sud-ouest du Burkina Faso. C'est le plus vaste ensemble sédimentaire du pays avec des grès sur une épaisseur de plusieurs centaines de mètres.

Les principales formations géologiques que l'on rencontre dans la province vont des grès et schistes de Bobo-dioulasso datant du primaire et de l'Infracambrien aux granites syntectoniques datant du précambrien en passant par les roches orthométamorphiques basiques et neutres (schistes et quartzites du birimien).

Ces différentes formations géologiques permettent d'observer différents types de modelés :

- Le modelé birimien: Les chaînes birimiennes actuelles sont en fait la racine d'une ancienne chaîne de montagne qui a été érodée, aplanie et cuirassée.
- Le modelé cuirassé: Ce sont des cuirasses riches en fer et en alumine. On les rencontre aussi bien sur les éminences (collines et buttes non structurales), que dans les positions topographiques les plus basses (lits des cours d'eau) et même en profondeur.
- Les éminences: Il s'agit des inselbergs et des pains de sucre dominant de 100 à 150 mètres voir plus, la plaine environnante.

Sur le plan géomorphologique, situé à 430 mètres d'altitude, le relief de Bobo-dioulasso et de ses environs dominant celui du plateau central. Il est plus accentué que celui de la moyenne nationale qui oscille entre 300 et 500 mètres au maximum. Cette situation confère à la région l'appellation de "Hauts- Bassins" d'où prennent leurs sources d'importants cours d'eau tels que le Kou, le Mouhoun, la Comoé et la Léraba.

## II- LE CLIMAT

### A- La pluviométrie

La province du Houet est située dans la zone climatique dite "Soudanienne" du Burkina Faso délimitée au nord par l'isohyète 900 mm.

Au cours de l'année, la province est soumise à l'influence de 2 saisons en rapport avec le déplacement du front intertropical (FIT) au passage duquel sont liées les précipitations:

- Une saison sèche qui va d'octobre à mai
- Une saison pluvieuse qui dure de juin à septembre

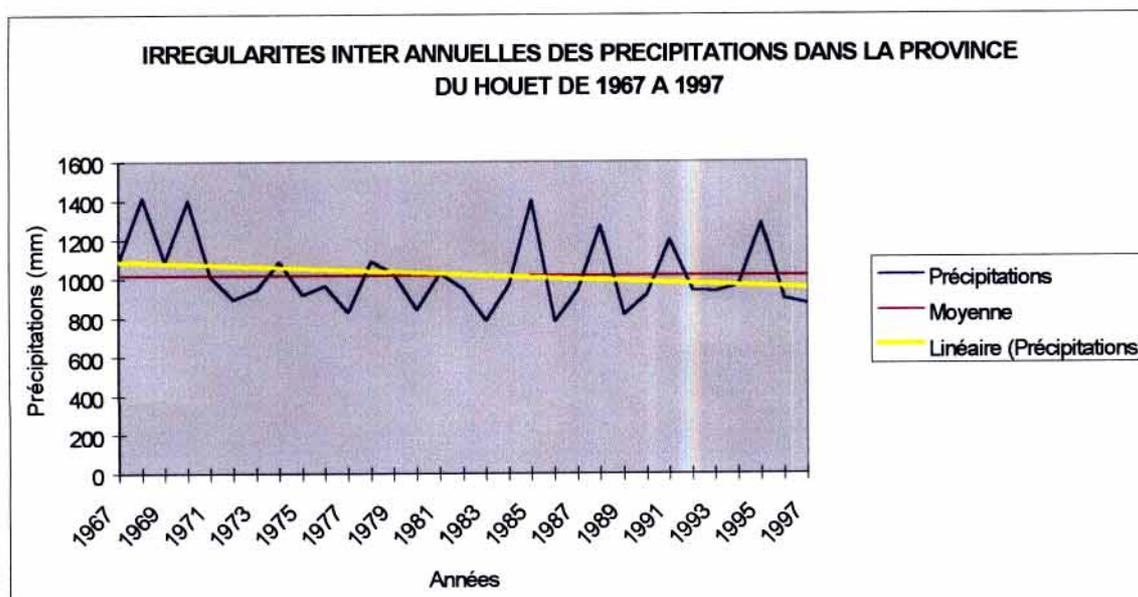
Cette division de l'année en saisons ainsi que les autres éléments climatiques que sont les vents et l'insolation jouent un rôle important dans la perception du paludisme par les populations comme nous le verrons plus loin.

La moyenne des précipitations enregistrées dans la province du Houet de 1967 à 1997 est de 1017,6mm et le nombre moyen de jours de pluie est de 84. La province se situe donc dans la zone la plus humide du pays au regard des hauteurs d'eau recueillies.

Toutefois, on note une irrégularité aussi bien des quantités d'eau recueillies que de leur répartition dans l'année mais également une diminution au fil des ans comme le montre la courbe des irrégularités inter annuelles des précipitations et celle du nombre de jours de pluie dans la province durant cette période. En effet, si l'on observe la tendance des précipitations sur les 2 courbes, on s'aperçoit qu'elle est à la baisse.

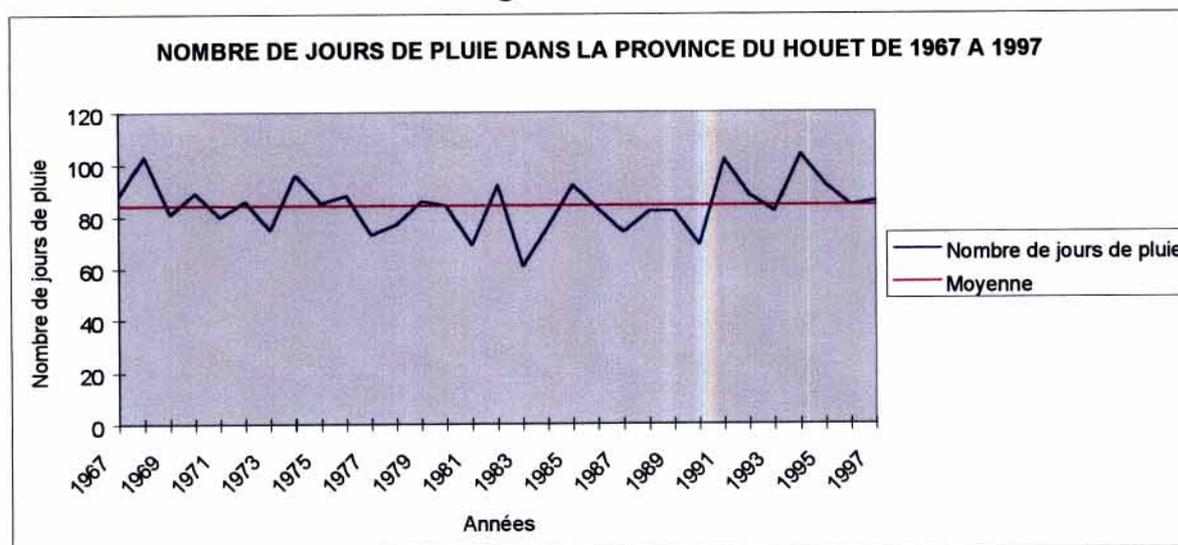
Ce phénomène qualifié de "péjoration climatique" par certains auteurs est sans doute liée à la dégradation progressive de l'environnement que connaît le pays depuis quelques années. Cette observation est également confirmée par le bilan pluviométrique de la province de 1967 à 1997 puisque durant cette période plus de la moitié des années sont déficitaires (voir figure 4 p12).

Figure 2



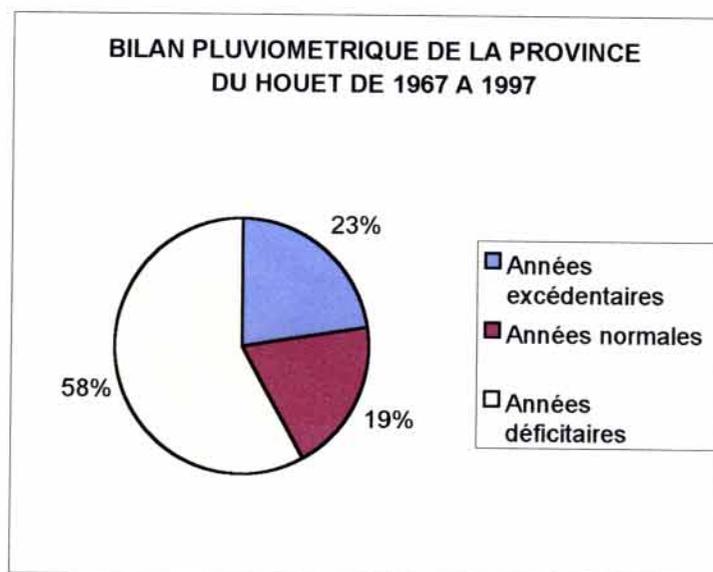
Source: Direction de la météorologie nationale

Figure 3



Source: Direction de la météorologie nationale

Figure 4



Source: Direction de la météorologie nationale

### **B- Les températures**

Les variations thermiques sont en rapport avec les changements de saison. Au cours de la saison pluvieuse, les températures moyennes sont comprises entre 25 et 29°C, puis entre 35 et 40°C au cours de la saison sèche. En général, les écarts thermiques annuels sont faibles (1,5°C) même si au cours de ces dernières années on a pu observer certains écarts thermiques annuels relativement élevés, tandis que les écarts thermiques mensuels sont importants et permettent de définir 4 périodes dans l'année:

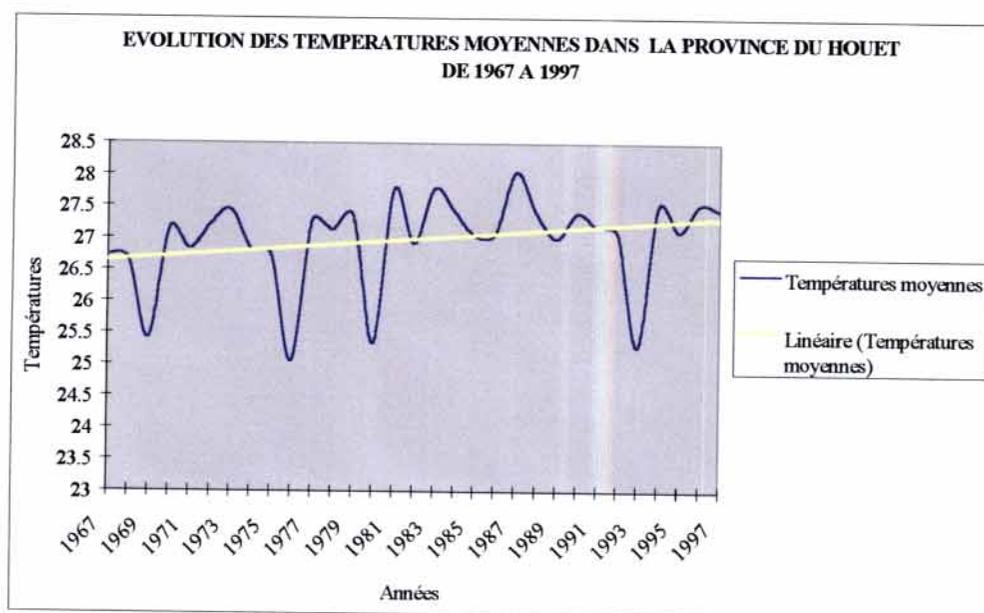
- De décembre à février: On a une période relativement fraîche avec des températures de l'ordre de 20°C. Le mois de décembre est en général le plus frais avec des températures minimales qui tournent autour de 18°C.
- De mars à juin: C'est la période la plus chaude de l'année avec des températures de l'ordre de 29°C pouvant atteindre 35°C en avril qui est le mois le plus chaud.
- Juillet à septembre constitue la seconde période fraîche. Elle correspond à la saison pluvieuse qui s'installe avec l'arrivée des vents humides et frais provenant des côtes du sud.
- Octobre et novembre constituent la seconde période de chaleur et correspond à la fin de la saison des pluies avec des températures qui tournent autour de 27°C.

Les températures moyennes varient d'une saison à l'autre en rapport avec les autres éléments du climat.

Une étude statistique des températures moyennes enregistrées dans la province du Houet de 1967 à 1997 donne 26,97°C et montre d'après le graphique suivant qu'elles varient également d'une année à une autre avec des écarts souvent importants.

Le graphique permet de voir que la tendance générale des températures est à la hausse.

Figure 5



Source: Direction de la météorologie nationale

### C- L'évaporation, l'humidité de l'air, l'insolation et les vents

A cause des températures relativement peu élevées par rapport aux autres régions climatiques du pays, l'évaporation est assez faible dans la province du Houet. En outre, elle est peu variable d'une année à l'autre comme le montre le tableau ci-dessous:

**TABLEAU 1:EVAPORATION MOYENNE DE PICHE (MM) DANS LA PROVINCE DU HOUET DE 1992 A 1996:**

Années	1992	1993	1994	1995	1996
Evaporation moyenne	171,83	162,42	171,67	168,83	172,33

Source: Direction de la météorologie nationale.

L'étude du taux d'humidité moyenne de l'air quant à elle de 1992 à 1996 montre une variation relativement importante d'une année à l'autre.

L'humidité moyenne de l'air est plus basse en Janvier- février (entre 11 et 15% de minimale et entre 30 et 35% de maximale) tandis que les mois de juillet, août et septembre sont ceux pendant lesquels elle est plus élevée (entre 60% et 65% de minimale et entre 90% et 95% de maximale).

On note également une variation assez élevée entre deux mois successifs de la même année.

Concernant l'insolation, les mois de juillet et août sont les moins ensoleillés de l'année avec des heures d'insolation inférieures à 200 dans le mois d'août.

Le mois de Janvier est en général le plus ensoleillé, mais il existe des variations importantes selon les années comme le confirment les moyennes de l'insolation totale de la province de 1992 à 1996:

TABLEAU 2:INSOLATION TOTALE MOYENNE (EN HEURES) DE LA PROVINCE DU HOUET DE 1992 A 1996

Années	1992	1993	1994	1995	1996
Moyennes	214,75	227,08	223,33	242,58	239,08

Source: Direction de la météorologie nationale

Comme partout ailleurs au Burkina Faso, 2 types de vents dominant le régime éolien au niveau de la province du Houet:

- L'harmattan qui est un vent chaud et desséchant dont l'influence est prépondérante entre les mois de janvier et d'avril.
- La mousson, vent humide et frais dominant entre les mois de mai et d'octobre.

La moyenne de la vitesse du vent est maximale surtout pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet et comme le montre le tableau suivant, elle augmente de manière exponentielle depuis 1992 :

**TABLEAU 3:REGIME EOLIEN DE LA PROVINCE DU HOUET DE 1992 A 1996**  
**(VITESSE MOYENNE DU VENT EN M/S)**

Années	1992	1993	1994	1995	1996
Moyennes	23,26	23,42	24,99	27,25	31,94

Source: Direction de la météorologie nationale

### **III-LES SOLS**

Les sols de la province du Houet peuvent être regroupés en trois principaux types:

- Les sols hydromorphes minéraux à pseudogley sur matériaux à texture variée :

Ils apparaissent sous forme de bandes ourlant les grands axes de drainages (Mouhoun) et de grandes plaines déprimées. Ils sont associés à des sols bruns eutrophes et surtout à des sols ferrugineux en bordure des marigots.

Caractérisés par un excès d'eau temporaire, ces sols sont traditionnellement plantés en sorgho et en riz lorsque la quantité d'eau est suffisante. Leurs potentialités chimiques sont moyennes et ils présentent souvent des propriétés physiques (compacité et imperméabilité) défavorables.

- Les sols ferralitiques moyennement désaturés sur matériau sablo- argileux :

Ces sols, très peu représentés au Burkina Faso n'existent qu'autour de Bobo-dioulasso. Ils sont caractérisés par un matériau sédimentaire contenant du quartz, de l'argile kaolinitique et du fer, quelquefois de l'alumine. Leur épaisseur atteint plusieurs mètres. Ce sont des sols acides, perméables, à potentialités chimiques faibles.

- Les sols minéraux bruts ou lithosols sur roches diverses et cuirasses :

Ces sols présentent un horizon de surface à peine ébauché ou inexistant reposant sur une roche non ou peu décomposée, constituée d'affleurements de grès et de cuirasses ferrugineuses et d'éléments divers.

Leur épaisseur, très faible ou nulle, la difficulté de pénétration des racines et la pauvreté chimique confèrent à ces sols une valeur agronomique quasi nulle.

A ces 3 grands types de sols, il faut ajouter les sols ferrugineux tropicaux peu lessivés et lessivés sur matériau sableux, sablo-argileux ou argilo-sableux que l'on rencontre dans la province de façon très localisée.

#### IV-LA VEGETATION ET LA FLORE

Selon GUINKO S (1984), la province du Houet est située dans le domaine biogéographique soudano- guinéen.

Localisé dans le sud- ouest du pays, ce domaine bénéficie de précipitations abondantes (supérieures à 1000 mm par an) qui favorisent le développement des espèces ligneuses dont la densité du peuplement, le nombre de strates et la hauteur sont nettement plus importants que dans les autres domaines biogéographiques.

Floristiquement, on y retrouve la plupart des espèces du domaine soudanien, tandis que les espèces sahélicennes telles *Zizyphus mauritania* et divers acacias se raréfient ou disparaissent. Des espèces comme *Burkea africana*, *Isoberlinia doka*, *Isoberlinia dalzielii* et *Detarium microcarpum* deviennent plus abondantes et dominant généralement dans les savanes boisées et les forêts claires qui sont les formations les plus importantes de ce domaine.

Des espèces nouvelles inconnues des autres domaines comme *uapaca togoensis*, *parimari polyandra*, *syzygium guineense*, *lophira lanceolata*, *cussonia barberi* font leur apparition. (Atlas Jeune Afrique Burkina Faso).

Une caractéristique importante de ce domaine est la présence de galeries forestières le long des rivières pérennes et dans les vallées ou ravins à humidité permanente.

Dans la commune de Bobo-dioulasso, la végétation est essentiellement formée par des essences telles que le caillédrot, le fromager, le manguier etc. plantées pour la plupart pendant la période coloniale à l'époque des travaux forcés.

Dans les concessions, on trouve généralement le manguier, le flamboyant et diverses plantes ornementales.

Malgré l'abondance de la végétation, elle reste beaucoup empreinte à l'action anthropique d'ou la régression constatée depuis quelques années.

## V-LE RESEAU HYDROGRAPHIQUE

Le climat et la topographie des sols contribuent pour beaucoup dans l'existence des cours d'eau dans la province du Houet. Le réseau hydrographique de la province est assez riche faisant de la province du Houet un "château d'eau" selon certains auteurs.

Les eaux de surface de la région des hauts bassins dans laquelle elle est située sont réparties dans trois bassins versants : Il s'agit du Mouhoun, de la Comoé et du Kou.

Ces grands axes du réseau hydrographique prennent naissance à partir du plateau gréseux de la province.

- Le Mouhoun prend sa source à l'ouest de Bobo-dioulasso et coule vers le nord.
- La Comoé prend sa source dans le département de péni au sud de la province, et coule vers le sud dans la province de la comoé pour irriguer le périmètre sucrier de la dite province.
- Le Kou prend sa source également à l'ouest de Bobo-dioulasso. C'est un affluent du Mouhoun qui traverse la province du Houet du sud au nord. Il alimente la source d'eau potable de la ville de Bobo-dioulasso située à Nasso. Il sert à irriguer le périmètre rizicole de la vallée du Kou qui est alimenté au moyen d'un canal de douze kilomètres. Il irrigue aussi le périmètre fruitier de Flex-Faso qui a une superficie de 35 ha environ.

A côté de ces grands réseaux, il y a le cours d'eau "Houet" qui traverse la ville de Bobo-dioulasso du sud au nord et qui a donné son nom à la province.

Il faut également signaler la mare de Bama située à l'intérieur du périmètre rizicole de la vallée du Kou. Elle a une superficie de 60 ha environ.

Plusieurs autres sources d'eau pérennes permettent des cultures de contre-saison un peu partout dans la province.

Les puits et les forages constituent des sources d'eau très importantes surtout pour la population rurale pour qui ils sont d'ailleurs les seules sources d'eau potable.

L'analyse du milieu physique de la province du Houet montre qu'elle présente des caractéristiques qui font d'elle l'une des provinces les plus favorisées du pays.

Cela va attirer une importante population dans la province à la recherche de ressources pour ses activités.

## **CHAPITRE II: LE MILIEU HUMAIN**

### **I- LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

#### **A- La répartition spatiale de la population**

La population de la province du Houet connaît un accroissement régulier depuis 1985. En effet selon l'institut national de la statistique et de la démographie (I.N.S.D), en 1985 la province comptait 581 722 habitants.

Cette population est passée à 724 803 habitants en 1991, 864 418 en 1995, 672 114 en 1996 et 922 466 en 1999.

La diminution de la population en 1996 s'explique par le fait qu'après le nouveau découpage territorial, la province a été amputée de 5 de ses départements qui sont : Kourignon, Koumbria, Houndé, Béréba et Békuy.

Les 4 nouveaux départements de la province étaient des villages qui ont été érigés en départements.

Ces nouveaux départements ont pour noms : Dandé, Karangasso-Sambla, Faramana et Koundougou.

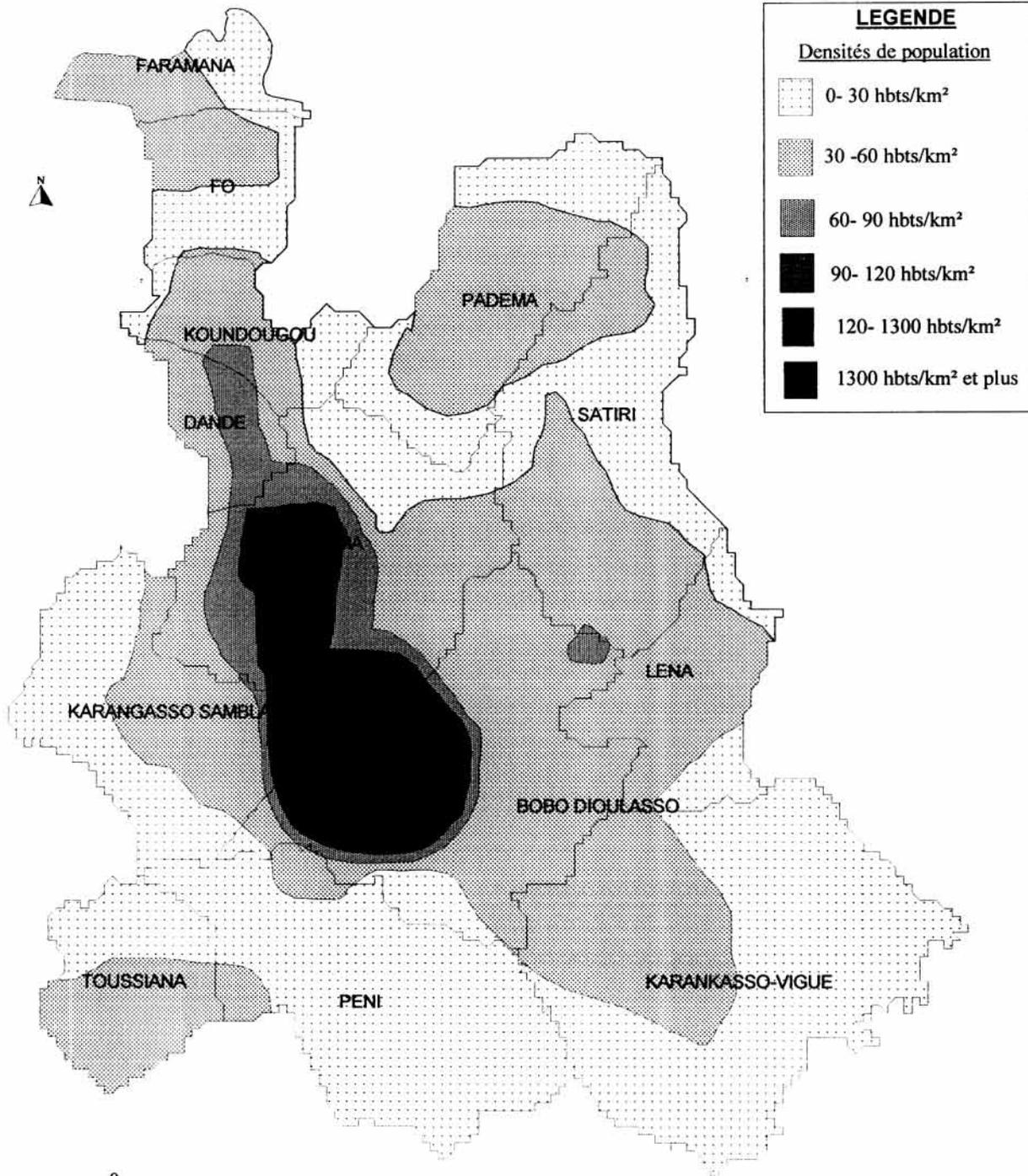
La densité de population au niveau de la province est de 58 habitants au km<sup>2</sup>.

Il existe cependant un déséquilibre dans la répartition spatiale de cette population car une grande proportion se concentre dans le département de Bobo-dioulasso (voir figure 6 p19) tandis que certains départements comme ceux de Péni et de Karangasso-sambla sont très peu occupés par les hommes.

Les raisons qui expliquent cette situation sont surtout d'ordre économique, mais également socioculturels avec l'exode des jeunes ruraux vers la ville.

En effet, la situation socio-économique précaire de la plupart des zones rurales de la province a entraîné un exode massif des jeunes vers les centres urbains et vers la Côte-d'Ivoire.

**FIGURE 6 : DENSITES DE POPULATION DANS LA PROVINCE DU HOUET EN 1998.**



Echelle: 0 28 km

Pour les 2 villages étudiés, le recensement des zones concernés par le projet de recherche-action sur le paludisme dans la province du Houet, permet d'estimer la population de Bakaribougou à 2066 habitants et celle de Samandéni à 3317 habitants en 1999.

A Bakaribougou, cette population se répartit en 219 concessions organisées en 5 quartiers : Le quartier 1 qui est le centre du village est peuplé essentiellement par les Bolons qui sont les autochtones du village.

A ce quartier autochtone se greffent 4 autres quartiers : Samogoking qui est celui des Samos, Tago qui est celui des Mossis, Flaking qui est le quartier des Peulhs et Markabougou celui des Markas.

Pour le village de Samandéni, les habitants se répartissent dans 8 quartiers inégalement occupés : Le quartier 1 qui est également le centre du village regroupe en effet plus de la moitié de la population. Les autres quartiers sont : Karana, Kolcome, Kuini, Natéma brousse, Camp peulh, Camp Samo et le quartier mossi.

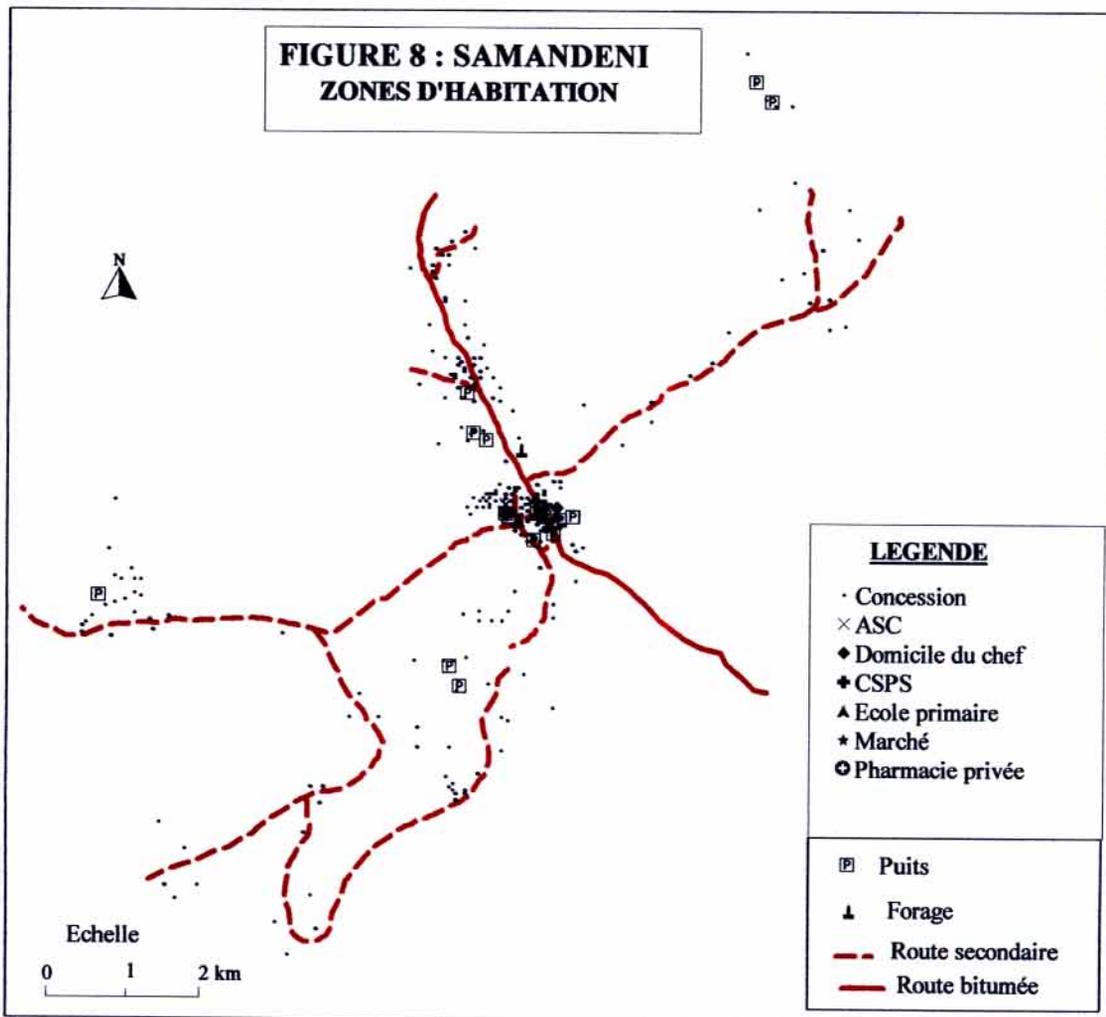
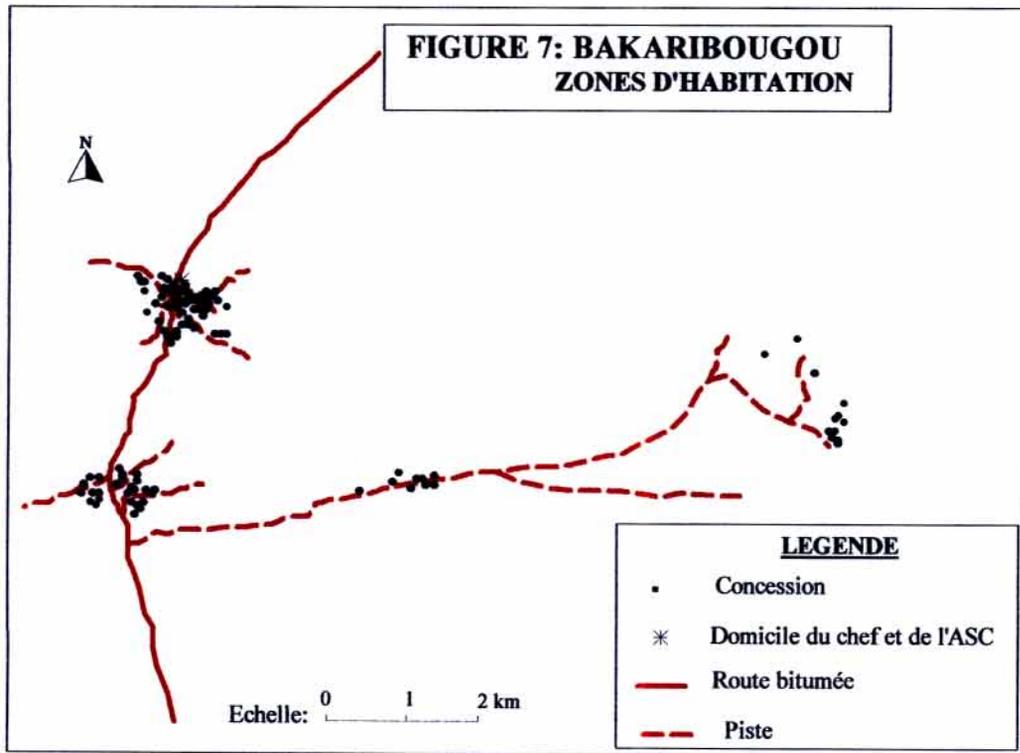
Les coordonnées géographiques de l'ensemble des concessions de chaque village ont été relevées avec le GPS (Global Positioning System ou système de positionnement à l'échelle mondiale) par une équipe du Projet de recherche-action sur le paludisme du Centre Muraz et les cartes des zones d'habitation des 2 villages ont ainsi pu être dressées (figures 7 et 8 p 21).

## **B- Structure de la population**

L'examen de la structure de la population du Houet en 1996 montre qu'elle présente 2 caractéristiques essentielles :

- L'importance de la population féminine : En effet, les femmes constituent 50,02% de la population totale de la province et les hommes 49,98%. Dans la quasi-totalité des départements, le pourcentage des femmes est supérieur à celui des hommes.

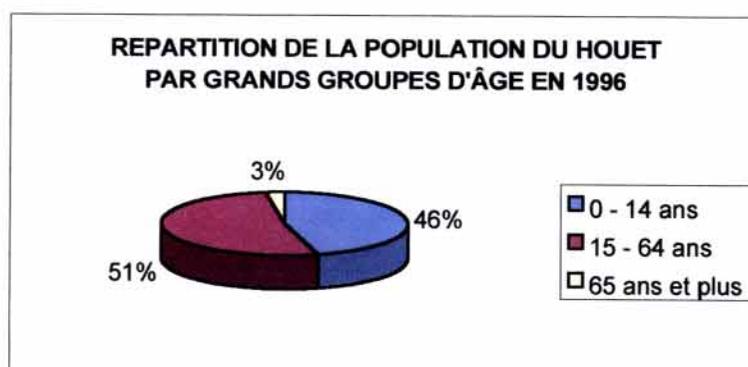
Cette situation favorise la natalité et est sans doute un facteur de l'accroissement démographique observé depuis quelques années, mais elle donne également une idée sur l'importance de la participation féminine au développement socio-économique de la province.



Source: Centre Muraz

- La seconde caractéristique de la population du Houet est sa jeunesse : 46% de la population de la province a moins de 15 ans, ce qui est important et constitue une grande charge pour la population adulte qui doit en plus s'occuper des personnes âgées. La jeunesse de la population est également un élément de son renouvellement si le rythme d'accroissement actuel est maintenu.

Figure 9



Source: INSD

La population de Bakaribougou et de Samandéni présente à peu près les mêmes caractéristiques que celle de l'ensemble de la province du Houet.

En effet, selon les enquêtes de 1999, le pourcentage des femmes à Bakaribougou est nettement supérieur à celui des hommes puisque les femmes représentent 53,77% de la population et les hommes 46,23%.

A samandéni, le pourcentage des femmes qui est de 49,67% est pratiquement égal à celui des hommes qui est de 50,33%.

L'observation de la structure de la population des 2 villages permet de voir que la base des pyramides des âges (Figures 10 et 11 p 23) est large, ce qui témoigne de l'importance de la population jeune par rapport à la population totale.

La jeunesse de la population des 2 villages peut être également perçue par l'observation de la concavité des flancs des 2 pyramides des âges qui montre que la population adulte est un peu plus faible que la population jeune.

Figure 10: STRUCTURE DE LA POPULATION DE BAKARIBOUGOU EN 1999

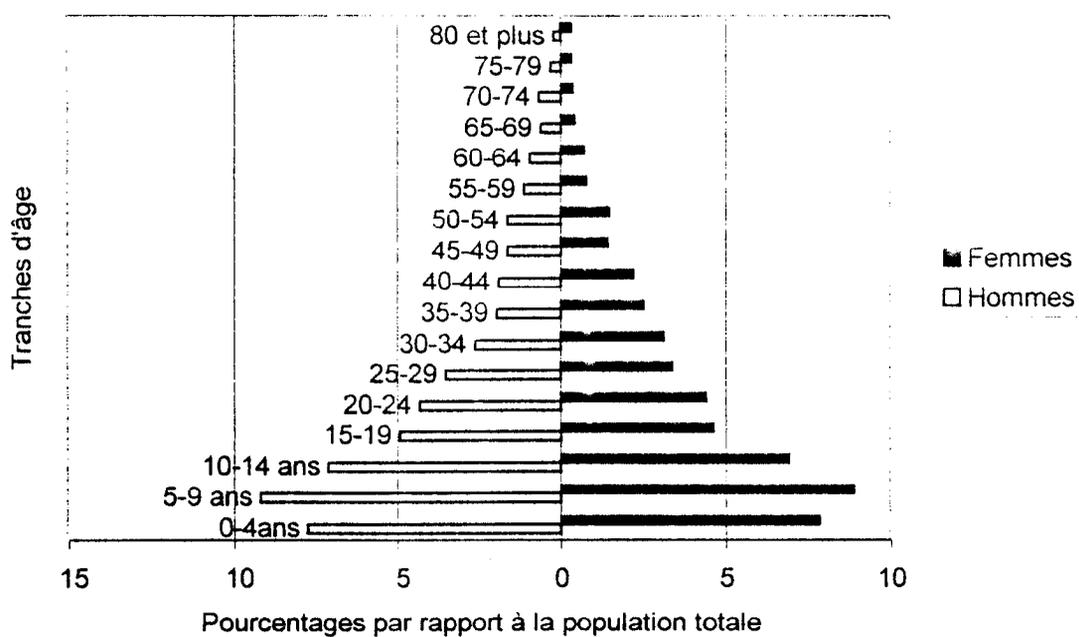
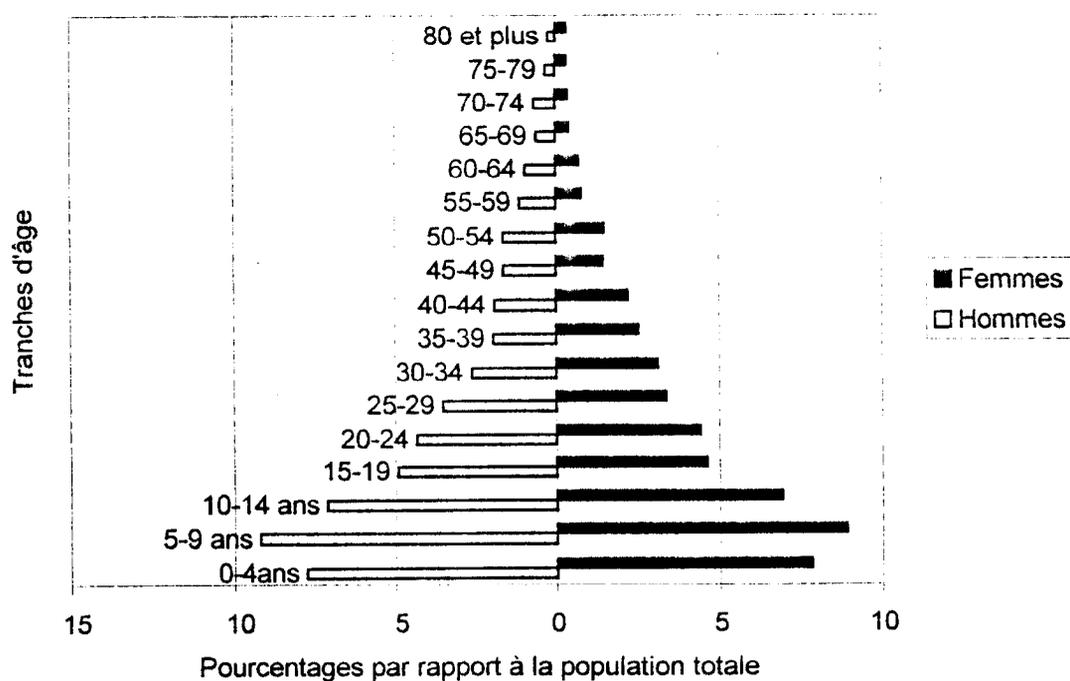


Figure 11: STRUCTURE DE LA POPULATION DE SAMANDENI EN 1999



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

## II-L'ORGANISATION SOCIALE

### A- Les groupes ethniques

La province du Houet compte plusieurs ethnies avec une base régionale autochtone qui peut être scindée en deux grandes familles ethniques :

- Le groupe Bobo qui occupe un vaste espace dans la province et se situe au nord des axes compris entre Faramana, Bobo-dioulasso et Houndé.
- Le groupe Sénoufo qui est composé des Toussians dans le département de Toussianana et des Tyéfo dans le département de Péni.

Ces deux grandes familles entretiennent des relations étroites avec des ethnies isolées comme les Vigués à l'est dans le département de Karangasso-Vigué, les Sambla à l'ouest dans les villages de Karangasso -Sambla et Bouendé, ainsi que les Dioula dans le village de Darsalamy.

A ces familles autochtones viennent s'ajouter des migrants (Mossis, Bissas, Gourmantchés, Dafings, Peulhs...) qui représentent actuellement une proportion non négligeable de la population de la province.

Au niveau des 2 villages étudiés, il y a plusieurs ethnies qui cohabitent aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni. Cela a été favorisé par la migration des populations du plateau mossi vers les provinces de l'ouest et du sud-ouest du pays.

L'apport de ces migrants est très important tant sur le plan socio-économique que démographique. Ainsi, à Samandéni par exemple, malgré le fait que les Bobos soient les autochtones du village, les Mossis sont actuellement les plus nombreux.

La répartition des principales ethnies dans ce village est la suivante:

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| - Bobos: 18%    | - Samo: 5%    |
| - Mossis: 58,8% | - Peulh: 3,4% |
| - Dafing: 5,8%  | - Marka: 4%   |
| - Dioula: 3,5%  | -Autres: 1,5% |

A Bakaribougou, les Bolons qui sont les autochtones constituent également l'ethnie majoritaire, mais les autres ethnies sont également assez bien représentées, notamment les Mossis et les Samos.

- |               |               |              |
|---------------|---------------|--------------|
| - Bolon: 39%  | -Samo: 20,5%  | - Peulh: 3%  |
| - Mossis: 30% | - Marka: 4,5% | - Autres: 3% |

## **B- Les structures sociales traditionnelles et le régime foncier**

### ***1- L'organisation sociale traditionnelle***

L'organisation sociale traditionnelle dans la province du Houet est généralement celle que l'on retrouve chez le groupe Bobo qui est l'ethnie autochtone majoritaire.

Trois groupes socioprofessionnels composent l'ordre social Bobo :

- Les cultivateurs : Ce sont les plus nombreux.
- Les griots : Ils accompagnent les sociétés de culture, animent les fêtes, les funérailles et certaines cérémonies coutumières.
- Les forgerons : Ils sont spécialisés dans le travail du fer, particulièrement dans la fabrication d'outils agricoles traditionnels.

Société gérontocratique, l'autorité suprême du village est incarnée par un chef de terre qui gère les terres.

L'organisation sociale qui prévaut à Bakaribougou et Samandéni est similaire à celle de l'ensemble de la province, mais eu égard au fait qu'il y a plusieurs ethnies dans les 2 villages, les décisions d'ordre économique et social se répartissent entre plusieurs niveaux de décision.

Les principaux niveaux de décision dans les 2 villages sont les suivants:

- Le niveau village: Les décisions d'ordre économique et social sont généralement prises par le chef de village en accord avec ses notables qui sont le plus souvent les anciens du village.

Il est également demandé aux étrangers de participer à la prise de décision au niveau village par l'intermédiaire de 2 ou 3 représentants.

- Le niveau quartier: A l'échelle des quartiers qui sont généralement habités par affinité ethnique, les décisions d'ordre économique et social sont en rapport avec l'organisation sociale interne qui prévaut au niveau de chaque ethnie.

A l'intérieur de chaque quartier, il y a un chef qui est dans la plupart des cas le plus âgé ou le premier à s'y installer. En accord avec les chefs de concession, il prend les décisions socio-économiques et décide des modalités de participation du quartier aux activités communautaires du village.

- Le niveau concession: Les quartiers sont constitués du regroupement de plusieurs concessions. Les décisions socio-économiques à l'échelle de la concession appartiennent généralement au chef de concession qui est la personne la plus âgée des chefs de ménage.

- Le niveau ménage: A l'intérieur d'une même concession, il peut y avoir plusieurs ménages.

En effet, dès que l'on estime qu'une personne est à mesure de fonder un foyer, il est possible pour elle de créer son propre ménage à l'intérieur de la concession devenant ainsi un chef de ménage.

Le ménage est dirigé par le mari et comme c'est généralement le cas en milieu rural, la femme dispose d'un pouvoir de décision très limité.

## ***2- Le régime foncier***

Le régime foncier qui prévaut à Bakaribougou et à Samandéni présente des similitudes avec celui de la plupart des zones rurales du Burkina Faso.

Dans la conception traditionnelle, les terres sont occupées au terme d'une alliance passée avec les puissances de la terre et les esprits du lieu. Ces puissances ont des lieux spécialement réservés comme les collines, certains arbres ou les bois sacrés.

Dans les 2 villages, il y a un chef de terre qui est le garant du respect de cette alliance. Il est généralement le descendant du premier occupant. Il est chargé des sacrifices nécessaires à l'obtention de l'accord et de la protection des possesseurs mythiques des lieux.

C'est de cette médiation qu'il tient son autorité.

Cependant, si les descendants du premier occupant ont un droit d'exploitation sur la terre, toute personne accueillie dans la communauté, autochtone ou étrangère a le droit de cultiver la terre car l'exploitation de la terre ne se refuse pas.

Aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni, le régime foncier traditionnel ne donne pas le droit aux femmes d'accéder directement à la terre. Elles ne peuvent le faire le plus souvent que par l'intermédiaire de leurs maris.

A ce mode de penser l'espace par son rapport avec la terre et les forces qui l'animent, se superpose un espace politique: Le pouvoir sur les hommes qui ne coïncide pas forcément avec le premier.

Chez les mossis par exemple, c'est le maître de la terre (*tengsoba*) qui est le médiateur entre les hommes et la terre, mais c'est le chef politique qui règle les conflits entre les hommes.

Dans les 2 villages, ce système foncier traditionnel a subi de nos jours des mutations importantes dues à la pression démographique et à la dégradation d'une partie des ressources naturelles utilisées par les populations pour leurs activités économiques.

Ainsi, les droits d'usage se sont transformés en droits possessifs dans la mesure où ils sont influencés par la pression foncière ou par les besoins de la sécurisation de l'exploitation des terres.

### **III -LES ACTIVITES ECONOMIQUES**

#### **A- L'agriculture**

L'agriculture est l'une des principales activités économiques du Burkina Faso.

En effet, elle occupe environ 85% de la population active et fournit 40% du produit intérieur brut (P.I.B) selon le ministère de l'économie et des finances.

La population agricole est estimée à 529 515 hommes et femmes pour la campagne 1996-97 au niveau de la province du Houet.

Les cultures que l'on rencontre dans la province peuvent être regroupées en trois principaux types: Les cultures céréalières, les cultures de rente et les cultures maraîchères.

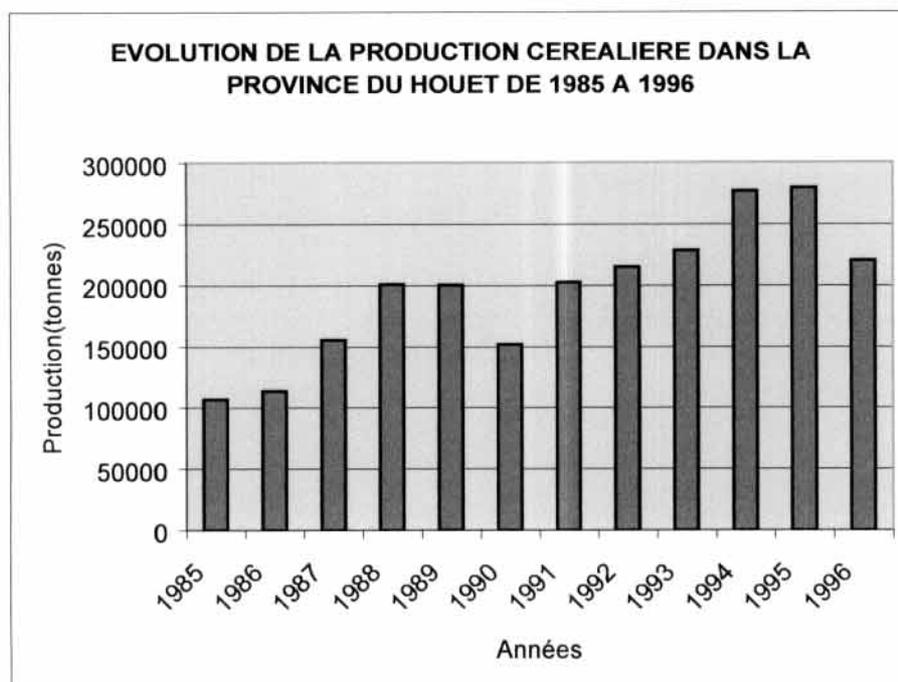
Les superficies consacrées aux cultures céréalières sont les plus importantes car il s'agit d'abord d'une agriculture vivrière destinée à satisfaire la consommation des populations.

Ainsi, la production céréalière de la province a connu une progression entre 1985 et 1996 (voir figure 12) sauf en 1990 et en 1996 où on a enregistré une baisse.

La baisse de la production de 1996 s'explique par le nouveau découpage national qui a vu la province perdre 4 de ses anciens départements.

Malgré cette évolution, il arrive très souvent que la production n'arrive pas à couvrir les besoins céréaliers des populations comme ce fut le cas lors de la campagne agricole 1996-1997 au cours de laquelle le déficit céréalier de la province a été estimé à 14778 tonnes.

Figure 12



Source: Ministère de l'agriculture

### B- L'élevage

L'élevage dans la province du Houet connaît de plus en plus un essor remarquable.

Il est diversifié et occupe une population estimée à 7300 personnes environ. Le cheptel de la province a connu ces dernières années une croissance constante en effectif comme le montre le tableau 4. A Bakaribougou et à Samandéni, il s'agit d'un élevage traditionnel, extensif et transhumant. Les animaux sont gardés pendant l'hivernage et après cette période ils sont laissés à eux-mêmes d'où l'absence d'une ration alimentaire contrôlée.

Cette situation préjudiciable à l'élevage lui-même, pose des problèmes de cohabitation avec les agriculteurs.

**TABLEAU 4 : EFFECTIFS DU CHEPTEL DANS LA PROVINCE DU HOUET  
DE 1990 A 1997**

Années	Bovins	Ovins	Caprins	Porcins	Asins	Equins	Volaille
1990	174000	139000	116000	35000	9000	391	830000
1991	177480	143170	118900	35770	9600	399	850750
1992	184600	151900	124900	37400	9792	407	872018
1993	188292	156457	128022	38222	9987	386	897000
1994	195949	165971	134522	39878	10186	349	897224
1995	199867	170950	137885	40755	10389	402	962543

Source: Ministère des ressources animales

On constate que dans toutes les espèces, il y a une évolution à la hausse des effectifs, ce qui montre que l'activité pastorale gagne du terrain au niveau de la province.

### **C- La pêche et la chasse**

A cause de la densité de son réseau hydrographique, la province du Houet dispose de ressources halieutiques assez importantes. La pêche est pratiquée aussi bien aux bords des grands cours d'eau (Mouhoun, Comoé, Kou...) qu'autour des cours d'eau pérennes ou temporaires.

En plus des populations locales, la pêche occupe également quelques migrants venus des pays voisins, notamment les Bozos du Mali et du Niger comme c'est le cas à Samandéni autour du fleuve Mouhoun qui traverse le village dans sa partie sud et coule du sud-ouest vers l'est.

Quant à la chasse, c'est une activité à la fois traditionnelle eu égard aux rites et pratiques qui l'entourent souvent mais également économique car constituant une source de revenus importante pour une partie de la population.

### **D- L'artisanat et le commerce**

La province du Houet est l'une des plus touristiques du Burkina Faso. Ceci a sans doute contribué à développer son secteur artisanal. A côté de l'artisanat rural (poterie, vannerie...) s'est développé un artisanat urbain (sculpture, vannerie, tissage...) destiné à la fabrication d'objets pour de nombreux touristes qui sillonnent la province chaque année.

Cependant ces activités se déroulent dans un cadre informel et ceci est l'une des raisons de la création par les autorités du bureau des artisans ( B A ) chargé de la gestion du secteur artisanal dans la province.

L'artisanat ne constitue pas véritablement une activité économique importante pour les populations de Bakaribougou et de Samandéni.

Toutefois, il est pratiqué comme activité de contre-saison par quelques ménages dans les 2 villages.

En matière de commerce, la province du Houet et en particulier la commune de Bobo-dioulasso dispose d'une longue tradition et d'un savoir-faire séculaire. Avec sa position au carrefour d'abord des routes traditionnelles du sel et de la Kola puis des grands axes routiers modernes, la commune de Bobo-dioulasso s'est forgée une vocation commerciale.

La province constitue ainsi un important lieu d'échanges entre les provinces du sud-ouest et les autres provinces du pays, mais également entre le Burkina Faso et ses voisins comme la Côte-d'Ivoire et le Mali.

Tout comme l'artisanat, le commerce concerne seulement quelques ménages à Bakaribougou et à Samandéni et ne constitue pas une activité économique de grande importance.

#### **IV-LES ASPECTS SANITAIRES**

##### **A- Les infrastructures sanitaires**

Les composantes du système sanitaire au niveau de la province du Houet sont les suivantes :

- Les districts sanitaires
- Le Centre Hospitalier National (CHN)
- Les structures sanitaires privées et parapubliques

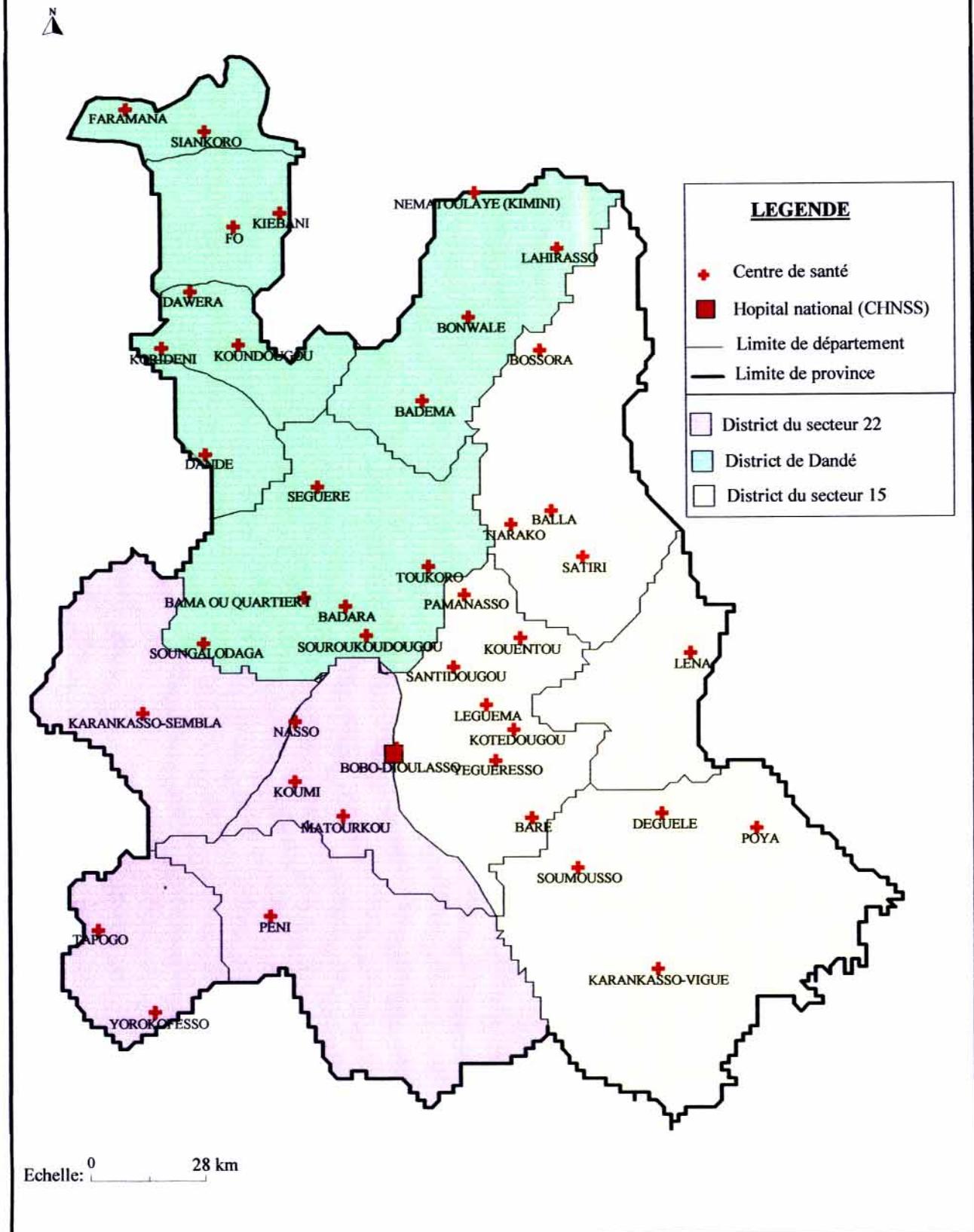
En 1992, le Burkina Faso a procédé à la mise en place des districts sanitaires qui constituent le niveau de décentralisation opérationnelle de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ( I B ), à travers les formations sanitaires de base que sont les centres de santé et de promotion sociale (C.S.P.S).

Le territoire national a été ainsi découpé en 53 districts sanitaires regroupés dans des régions sanitaires. La province du Houet compte trois des cinq districts de la région sanitaire de Bobo-dioulasso. Ce sont les districts sanitaires de Dandé, du secteur 15 et du secteur 22. Bakaribougou et Samandéni relèvent tous deux du district sanitaire de Dandé.

Le milieu rural de la province du Houet compte 38 formations sanitaires dont 31 CSPA et 7 dispensaires isolés. On ne note ni centre médical ( C M ), ni centre médical avec antenne chirurgicale ( C M A ).

Les centres de santé de la province se répartissent dans les différents départements de la province selon la figure 13 (p 31) et se concentrent surtout dans le département de Bobo-dioulasso. Seulement 58% de ces formations sanitaires disposent d'un dépôt de médicaments essentiels génériques ( M E G ).

**FIGURE 13: FORMATIONS SANITAIRES DE LA PROVINCE DU HOUET**



Source: Centre Muraz

L'équipement et la logistique dans les formations sanitaires se répartissent de la manière suivante :

**TABLEAU 5 : EQUIPEMENT ET LOGISTIQUE PAR DISTRICT SANITAIRE  
DE LA PROVINCE DU HOUET EN 1996**

Equipements	District 22	District 15	District Dandé	Total
Ambulance	1	1	1	3
Autres véhicules	2	1	0	3
Motos	19	23	15	57
Motocyclettes	0	2	3	5
Bicyclettes	0	13	0	13
Photocopieuses	1	0	0	1
Machine à écrire	1	0	0	1
Bibliothèque	1	0	0	1

Source: Districts sanitaires

### **B - Le personnel de santé**

Le tableau suivant ne prend pas en compte le personnel des équipes cadre de district (E C D) et concerne uniquement le milieu rural, cadre de notre étude. Il n'est qu'un reflet de la situation du personnel au moment de l'étude car les mouvements de personnel sont très fréquents et les effectifs très variables entre deux sessions d'affectation du personnel.

**TABLEAU 6 : PERSONNEL DES FORMATIONS SANITAIRES DE LA PROVINCE  
DU HOUET EN MILIEU RURAL**

Qualification	District Dandé	District 22	District 15	Total
Médecin	0	0	0	0
SFE/maïeuticien	1	0	0	1
Infirmier breveté	7	4	9	20
AA/matrone	10	7	12	29
Administrateur	1	0	0	1
IDE	12	5	8	27
AIS	10	3	11	24
Manœuvre	2	3	6	11
Total	49	22	46	117

Source: Direction régionale de la santé de Bobo-dioulasso

Au regard de ce tableau, on peut dire que le milieu rural du Houet est pauvre en personnel de santé si l'on se réfère aux normes de l'OMS.

En effet, il ne dispose d'aucun médecin ou de spécialiste et le nombre des autres catégories de personnel présentes est très insuffisant.

La comparaison entre les catégories de personnel du district de Dandé dont dépendent Bakaribougou et Samandéni et les normes de l'OMS pour l'année 1996 confirme cette observation:

**TABLEAU 7 : COMPARAISON DES CATEGORIES DE PERSONNEL DU DISTRICT DE DANDE ET DES NORMES OMS**

Catégories	Bureau du district	CSPS	Total	Ratio	Normes OMS
Médecin	1	0	1	1/203602	1/10000
Préparateur en pharmacie	1	0	1	1/203602	1/5000
Infirmier d'état	2	17	19	1/10716	1/5000
SFE/ Maïeuticien d'état	1	0	1	1/203602	1/5000
Infirmier breveté	0	16	16	1/12726	1/3000
Accoucheuse auxiliaire	0	13	13	1/15662	1/1000
Matrone	0	3	3	1/67868	1/1000
AIS	1	15	16	1/12725	1/1000
Garçon/Fille de salle	1	0	1	1/203602	

Source: District sanitaire de Dandé

### **C- Les maladies**

Selon le service des statistiques de la direction régionale de la santé de Bobo-dioulasso, en 1996, les différentes formations sanitaires de la province du Houet ont enregistré un taux de fréquentation global de 275 pour 1000 au niveau des consultations curatives.

La moyenne était de 2 consultations par personne.

Le classement des principales maladies recensées dans ces formations sanitaires pour la même année est le suivant :

- 1- Paludisme
- 2- Affections des voies respiratoires inférieures
- 3- Affections de la peau
- 4- Affection des voies respiratoires supérieures
- 5- Affections digestives
- 6- Diarrhée sans déshydratation
- 7- Affections génito-urinaires non-MST (maladies sexuellement transmissibles)

Le paludisme occupe le premier rang des maladies avec 55 064 cas suspectés ou confirmés. Les accès palustres perniciose occupent aussi une place non négligeable dans cet ensemble avec 1594 cas, dont 41,7% chez les enfants de 1 à 4 ans.

## **CONCLUSION PARTIELLE**

Cette présentation du cadre général de l'étude permet de dire que le milieu physique de la province du Houet présente des caractéristiques qui font d'elle l'une des provinces les plus favorisées du pays.

En effet, la pluviométrie est assez bonne, la végétation relativement importante et le réseau hydrographique est l'un des plus denses du pays.

Ces bonnes conditions ont favorisé l'installation d'une importante population car elles permettent la pratique de diverses activités économiques: Agriculture, élevage, pêche, artisanat, commerce etc. qui constituent des sources de revenus potentiels pour les ménages.

Sur le plan sanitaire, les infrastructures et le personnel de santé restent insuffisants et ceci est l'une des raisons pour lesquelles sévissent de nombreuses maladies dans la province.

Ce sont ces aspects socio-économiques et sanitaires qui seront analysés au niveau des ménages enquêtés à Bakaribougou et Samandéni dans la deuxième partie de l'étude.

**DEUXIEME PARTIE :**

**CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, SANITAIRES ET**

**ECONOMIQUES DES MENAGES**

## CHAPITRE I : CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DES MENAGES

### **I- LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

Dans chaque ménage, des informations socio-démographiques ont été recueillies concernant les chefs de ménage et les autres membres.

L'analyse de ces informations a donné des résultats qui ont été corrigés et ajustés en procédant quelquefois à des regroupements.

#### **A.- Le sexe, l'âge et la religion**

En milieu rural, une femme seule et chef de ménage n'est généralement pas très bien perçue. Aussi, même lorsque la femme dirige le ménage économiquement parlant (par suite du décès du mari ou de migration de ce dernier), elle est presque toujours sous la tutelle sociale d'un homme (beau-frère, beau-père...).

Cela s'est vérifié au cours de nos enquêtes sur le terrain aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni.

En effet, sur les 200 chefs de ménages interrogés 196 étaient des hommes (98% de l'échantillon) et seulement 4 des femmes (2%).

L'âge des chefs de ménage présente deux caractéristiques principales aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni :

- Sa grande dispersion (le chef de ménage le moins âgé a 20 ans et le plus âgé 88 ans).
- Il est élevé pour une proportion relativement importante de l'échantillon. Les chefs de ménage qui ont 60 ans et plus représentent 7% de l'ensemble des chefs de ménage de chaque village.

Pour harmoniser les données sur l'âge des chefs de ménage, un regroupement par tranche d'âge a été fait.

Les tableaux suivants présentent les résultats de ce regroupement :

**TABLEAU 8 : REPARTITION DES CHEFS DE MENAGE SELON L'ÂGE A BAKARIBOUGOU**

Tranches d'âge	Chefs de ménage	Pourcentages(%)
[20-25[	4	4%
[25-30[	11	11%
[30-35[	15	15%
[35-40[	10	10%
[40-45[	10	10%
[45-50[	19	19%
[50-55[	15	15%
[55-60[	9	9%
[60 et plus	7	7%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

**TABLEAU 9: REPARTITION DES CHEFS DE MENAGE SELON L'ÂGE A SAMANDENI**

Tranches d'âge	Chefs de ménage	Pourcentages(%)
[20-25[	6	6%
[25-30[	14	14%
[30-35[	16	16%
[35-40[	9	9%
[40-45[	10	10%
[45-50[	15	15%
[50-55[	13	13%
[55-60[	10	10%
[60 et plus	7	7%
Total	100	100%

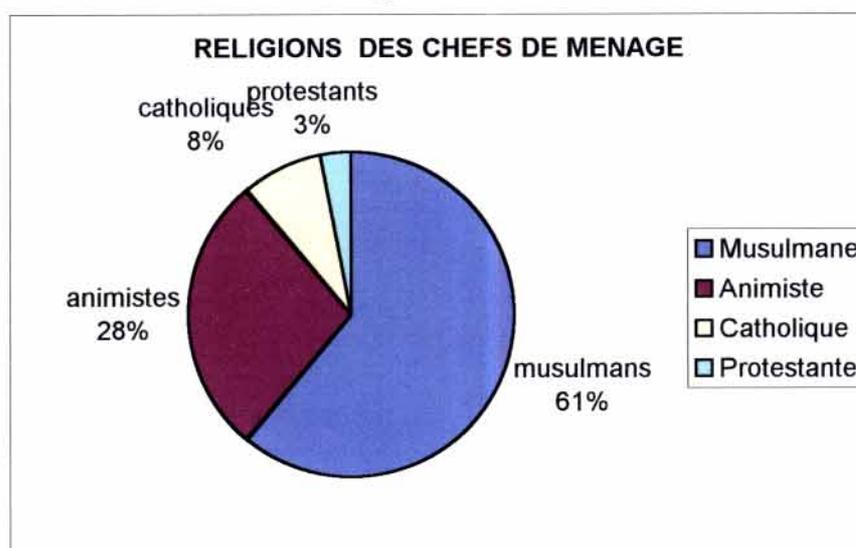
Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Selon l'INSD, la province du Houet est fortement influencée par la religion musulmane qui est numériquement la plus importante avec 70,8% de la population totale. Viennent ensuite les animistes qui représentent 15,1% de la population totale. Bakaribougou et Samandéni obéissent également à cet ordre. En effet, les résultats de notre enquête présentés par la figure 14 montrent une forte implantation de la religion musulmane dans les deux villages.

L'animisme a également assez d'adeptes tandis que les autres religions (catholicisme et protestantisme) sont très peu représentées.

Figure 14



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

### B- L'ethnie, le niveau d'instruction et le statut matrimonial

Bakaribougou et Samandéni sont situés sur un axe routier reliant le Burkina Faso et le Mali. En outre, les conditions pluviométriques relativement meilleures par rapport à d'autres régions du pays ont favorisé l'installation des migrants dans ces deux villages.

Les migrants sont surtout des mosis de la plaine centrale à la recherche de meilleures terres pour cultiver. La conjugaison de ces deux phénomènes a entraîné une diversification des ethnies dans les deux localités comme le montre les tableaux suivants:

**TABLEAU 10: REPARTITION DES CHEFS DE MENAGE SELON L'ETHNIE A BAKARIBOGOU**

Ethnies	Chefs de ménage	Pourcentages(%)
Bobo	10	10%
Bolon	30	30%
Bwaba	03	13%
Dafing	07	07%
Dioula	05	05%
Mossi	39	39%
Peul	06	6%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

**TABLEAU 11: REPARTITION DES CHEFS DE MENAGE SELON L'ETHNIE A SAMANDENI**

Ethnies	Chefs de ménage	Pourcentages(%)
Bobo	39	39%
Bolon	02	02%
Dafing	03	03%
Dioula	10	10%
Mossi	39	39%
Peul	05	5%
Marka	02	2%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

On remarque que les mossis sont les plus nombreux dans l'échantillon aussi bien à Bakribougou qu'à Samandéni

Ils sont suivis par l'ethnie autochtone de chaque village: Les Bolons pour Bakaribougou et les Bobos pour Samandéni.

Le niveau d'instruction quant à lui est très bas, car 63% de l'échantillon (62% pour Bakaribougou et 64% pour Samandéni) n'a reçu aucune éducation formelle, religieuse ou en langues nationales.

Si l'on considère uniquement l'éducation formelle, seulement 4,5% des chefs de ménage soit 3% à Bakaribougou et 6% à Samandéni, ont le niveau primaire et 1% le niveau secondaire dans chaque village, ce qui est extrêmement faible.

Toutefois, on remarque qu'une proportion assez importante a fréquenté soit l'école coranique, soit l'école médersa, à cause sans doute de la prédominance de la religion musulmane dans les 2 villages.

**TABLEAU 12: NIVEAU D'INSTRUCTION DES CHEFS DE MENAGE A BAKARIBOUGOU**

Niveau d'instruction	Chefs de ménage	Pourcentages (%)
Aucun	62	62%
Primaire	03	03%
Secondaire	01	01%
Ecole coranique	29	29%
Ecole médersa	02	02%
Alphabétisation	03	03%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

**TABLEAU 13 : NIVEAU D'INSTRUCTION DES CHEFS DE MENAGE A  
SAMANDENI**

Niveau d'instruction	Chefs de ménage	Pourcentages (%)
Aucun	64	64%
Primaire	06	06%
Secondaire	01	01%
Ecole coranique	23	23%
Ecole médersa	04	04%
Alphabétisation	02	02%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Concernant le statut matrimonial, comme partout en milieu rural, il existe très peu de chefs de ménage célibataires à Bakaribougou comme à Samandéni.

Cette situation est liée à des facteurs socioculturels qui font que le mariage se fait assez tôt aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Ainsi, sur les 200 chefs de ménage interrogés, seulement 7 (3 à Bakaribougou et 4 à Samandéni) sont célibataires et 5 (3 à Bakaribougou et 2 à Samandéni) sont veufs soit respectivement 3,5% et 2,5% de l'échantillon.

### **C- Nombre de femmes, d'enfants et de membres par ménage**

Bien que la majorité des chefs de ménage possèdent une seule femme, il faut noter que jusqu'à 33% des chefs de ménage soit 32% à Bakaribougou et 34% à Samandéni ont plus d'une épouse.

Cela est sans doute lié au fait qu'au village avoir plusieurs femmes est un signe de réussite sociale, sans compter la participation assez remarquable des femmes à la vie économique des ménages.

**TABLEAU 14 : NOMBRE DE FEMMES PAR CHEF DE MENAGE A  
BAKARIBOUGOU**

Nombre de femmes	Chefs de ménage	Pourcentages(%)
00	04	04%
01	64	64%
02	27	27%
03	03	03%
04	02	02%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

TABLEAU 15 : NOMBRE DE FEMMES PAR CHEF DE MENAGE A SAMANDENI

Nombre de femmes	Chefs de ménage	Pourcentages(%)
00	08	08%
01	58	58%
02	26	26%
03	05	05%
04	03	03%
Total	100	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

En milieu rural, avoir beaucoup d'enfants est autant un prestige social qu'un avantage économique car l'aide des enfants durant les travaux agricoles est non négligeable.

Cette règle est également vérifiée dans les villages étudiés car 52% des ménages ont 4 enfants et plus et la moyenne du nombre d'enfants par ménage est de 5,08 ce qui est relativement élevé.

Comme il a été dit au niveau de l'organisation sociale, la configuration générale des villages montre qu'ils sont organisés en quartiers, les quartiers étant composés du regroupement de plusieurs concessions. Mais à l'intérieur d'une même concession il peut y avoir plusieurs ménages.

En effet, dès que l'on estime qu'une personne est à mesure de fonder un foyer, il est possible pour elle de créer son propre ménage à l'intérieur de cette concession.

Toutefois, cette personne est sous l'autorité du chef de concession qui est généralement son père ou son frère. Cette organisation sociale fait qu'on rencontre dans beaucoup de cas des concessions avec plusieurs ménages.

Ainsi, 41% des concessions sont constituées de plus d'un ménage, ce qui est assez important si l'on tient compte du nombre de personnes constituant chaque ménage.

En effet, le nombre moyen de membres par ménage qui est de 7,14 est pratiquement égal à la moyenne nationale qui est de 7,8 personnes par ménage.

Ces données démographiques sur les ménages sont souvent modifiées par des mouvements de population. Autrement dit, autant un ménage peut enregistrer l'arrivée de nouveaux membres de façon temporaire ou définitive, autant des membres d'un ménage peuvent migrer vers d'autres localités pour diverses raisons.

### **D- Migration**

Sur les 200 ménages enquêtés, 22% ont enregistré l'arrivée d' au moins un migrant durant les 12 mois précédant l'enquête. Ces migrants viennent de l'intérieur de la province du Houet (54%), des autres provinces du pays (29%) ou alors reviennent d'un séjour à l'étranger (17%).

Les raisons de cette migration sont diverses, mais on peut les classer en trois catégories:

- Les raisons économiques: Il s'agit de migrants agriculteurs, éleveurs ou pêcheurs à la recherche de meilleures conditions pour exercer leurs activités. Certains se transforment en ouvriers agricoles en cas de manque de terre.
  
- Les raisons sociales: Dans cette catégorie, on retrouve des anciens migrants revenus au village, des retraités, des citadins de retour pour cause de maladie, ou de décès d'un membre important du ménage.
  
- Les raisons scolaires: On peut retrouver ici des enfants ou des adultes venant pour fréquenter soit l'école primaire, soit l'école coranique, soit l'école médersa.

Des membres de certains ménages ont également migré vers d'autres localités. Il s'agit souvent de l'exode des jeunes des villages vers les centres urbains, ou souvent hors du territoire national et cette migration peut être temporaire ou définitive.

49% des ménages enquêtés ont eu au moins un membre qui a migré durant les douze derniers mois précédant l'enquête. Le phénomène est donc assez important.

Les destinations de ces migrants sont nombreuses mais la ville de Bobo-Dioulasso, chef lieu de la province en accueille une grande partie (34%) ainsi que la Côte-d'ivoire (26%).

Les raisons de ce départ sont surtout d'ordre économique mais également scolaire ou social. La participation de ces migrants à la vie familiale est importante dans la mesure où les fonds envoyés au village constituent une source de revenus supplémentaires pour les ménages et contribuent à leur bien être dont leur situation sanitaire.

## II- LA SITUATION SANITAIRE DES MENAGES:

### A- L'hygiène et l'habitat

L'hygiène et l'habitat sont 2 éléments importants permettant d'appréhender les conditions de vie des ménages.

A Bakaribougou comme à Samandéni, on trouve généralement 2 types d'habitation:

Les habitations en forme parallélépipédique avec un toit en terrasse inclinée munie d'une gouttière faite de bois et les habitations de forme arrondie.

Pour évaluer leur solidité, 3 critères essentiels ont été pris en compte: Le matériau de construction, la toiture et la nature du sol.

L'analyse des résultats montre que plus du tiers des habitations sont faites avec du banco (71%), les autres matériaux de construction utilisés étant le banco amélioré (27%) et le ciment (2%). Les briques de construction locales sont faites de terre à laquelle on associe de la paille pour leur donner de la solidité. Seulement 2% des ménages vivent dans des maisons en dur, ce qui montre que les habitations ne sont pas très confortables dans les 2 villages.

La toiture des habitations est faite de terre battue dans 76% de ménages, de paille (8%) et de tôle dans 6% de cas.

Leur sol est généralement en terre battue ou en ciment. 91% des ménages ont des maisons avec des sols en terre battue contre seulement 9% de ménages où le sol est en ciment. La description des habitations permet de dire qu'elles ne sont pas confortables et cela a une influence sur l'hygiène interne même des ménages.

Ainsi, dans les 2 villages, le mode d'approvisionnement en eau le plus utilisé par les ménages est le puits traditionnel (89% des ménages). Ce sont des puits peu profonds creusés avec des techniques et des matériaux locaux. Ils sont la plupart du temps situés à l'intérieur des concessions et le même puits est utilisé souvent par plusieurs concessions. Les autres sources d'approvisionnement en eau que sont le puits moderne et le forage sont peu utilisées. Les ménages ne disposent pas d'une source d'eau potable permanente, ce qui a sans doute des répercussions sur la santé des populations.

Comme partout ailleurs en milieu rural du Burkina Faso, la nature reste le principal recours pour la satisfaction des besoins. En effet, nos enquêtes ont révélé que 93% des ménages ne possèdent pas de latrines et ont recours à la nature pour la satisfaction des besoins tandis que 7% seulement de ménages en disposent.

Au niveau du mode d'évacuation des ordures, on note qu'elles sont jetées dans la nature dans la plupart des cas puisque 96% des ménages utilisent ce mode d'évacuation alors que 4% seulement disposent d'un endroit fixe et d'une poubelle désignés à cet effet.

Ce constat est également valable pour les eaux usées qui sont laissées souvent dans l'environnement immédiat des personnes et qui ne sont sans doute pas étrangères à la prolifération des moustiques à l'intérieur des ménages.

Globalement, on retiendra de l'analyse de l'habitat et de l'hygiène des ménages qu'ils ne sont pas satisfaisants et ceci peut être la source de certaines maladies dont le paludisme, avec les eaux usées laissées à l'intérieur des habitations qui attirent les moustiques. En outre, il n'existe aucune différence fondamentale entre les 2 villages en ce qui concerne l'hygiène et l'habitat.

### **B- L'accès des ménages aux services de santé**

En milieu rural en général, il existe un décalage de compréhension entre les services de santé modernes et les populations locales. Les premiers ne comprennent pas toujours la réticence des populations quant à la fréquentation des formations sanitaires. Les seconds eux évoquent des raisons d'ordre socioculturel et économique pour justifier cette réticence.

Pour en savoir davantage dans les 2 villages étudiés, une évaluation du degré de fréquentation des formations sanitaires ainsi que des souhaits des populations quant aux prestations de services de ces formations sanitaires a été faite.

Concernant le taux de fréquentation des CSPS, 60% des chefs de ménages à Samandéni déclarent y avoir recours en premier lieu en cas de maladie d'un membre du ménage contre 40% qui déclarent ne pas le faire.

A Bakaribougou, on observe presque une inversion de ces chiffres car seulement 37% des ménages ont pour premier recours la formation sanitaire en cas de maladie tandis que 63% suivent d'autres itinéraires thérapeutiques.

Les facteurs explicatifs de cette situation sont d'ordre géographique, socioculturel et économique.

En effet, Samandéni dispose d'un CSPPS tandis que le CSPPS le plus proche de Bakaribougou est celui de Dandé et est distant de 6 km. Ainsi, 59% des 63% qui déclarent ne pas fréquenter régulièrement le CSPPS évoquent la distance comme obstacle majeur.

Les autres raisons étant le manque de moyen ( 20% ), l'inefficacité supposée de la médecine moderne et la confiance en la médecine traditionnelle ( 18% ) ainsi que le mauvais accueil de la part des agents de santé ( 2%).

A Samandéni, presque les mêmes causes sont évoquées: Manque de moyens (65% ), inefficacité supposée de la médecine moderne et confiance en la médecine traditionnelle (31%) et le mauvais accueil (4%).

Les souhaits des populations pour améliorer cette situation sont essentiellement la baisse du coût des soins et des médicaments, l'amélioration de la qualité des soins, la présence d'un dépôt pharmaceutique pour Samandéni et la construction d'un CSPPS en ce qui concerne Bakaribougou.

### **C- Maladies fréquentes identifiées par les ménages**

Pour avoir une idée sur les maladies au sein des ménages, nous avons d'abord demandé à identifier les maladies dont ont souffert les membres des ménages les 12 derniers mois précédant l'enquête. Puis ces maladies ont été classées en fonction des saisons chez les enfants et chez les adultes.

Le paludisme a été la maladie la plus citée que ce soit en saison sèche ou en saison pluvieuse aussi bien chez les enfants que chez les adultes, comme le montre le tableau 16.

Comme pour les statistiques officielles des services de santé, le paludisme vient en tête des maladies identifiées par les populations rurales, ce qui confirme l'ampleur de sa transmission au sein des communautés rurales.

Ces différentes maladies ont provoqué en conjonction avec d'autres facteurs des décès au sein de certains ménages.

Ainsi, en ce qui concerne la mortalité, 8% des ménages ont perdu au moins un membre au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, ce qui est relativement important.

**TABLEAU 16 : MALADIES FREQUENTES DANS LES MENAGES IDENTIFIEES  
PAR LES POPULATIONS**

Enfants		Adultes	
Saison sèche	Saison pluvieuse	Saison sèche	Saison pluvieuse
Paludisme: Oui: 75% Non: 25%	Oui: 89% Non: 11%	Oui: 82% Non: 18%	Oui: 91% Non: 19%
Diarrhée: Oui: 14% Non: 86%	Oui: 33% Non: 67%	Oui: 7% Non: 93%	Oui: 93% Non: 7%
Douleurs abdominales Oui: 14% Non: 86%	Oui: 9% Non: 91%	Oui: 6% Non: 94%	Oui: 4% Non: 96%
Rhume: Oui: 11% Non: 89%	Oui: 17% Non: 83%	Oui: 8% Non: 92%	Oui: 10% Non: 90%
Toux: Oui: 23% Non: 77%	Oui: 39% Non: 61%	Oui: 11% Non: 89%	Oui: 6% Non: 94%
Méningite: Oui: 4% Non: 96%	Oui: 12% Non: 88%	Oui: 3% Non: 97%	Oui: 8% Non: 82%
Pathologies ano-rectales: Oui: 12% Non: 38%	Oui: 17% Non: 83%	Oui: 5% Non: 95%	Oui: 3% Non: 97%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des ménages révèle que leurs conditions de vie ne sont pas très satisfaisantes.

En effet, l'insalubrité qui règne au sein des ménages est souvent source de certaines maladies pouvant même provoquer des décès.

Pour améliorer quelque peu cette situation, les populations mènent un certain nombre d'activités génératrices de revenus.

Ces revenus pourraient aider les ménages à subvenir à leurs besoins et rehausser un peu leur niveau de vie.

Le chapitre qui suit analyse ces activités économiques et les revenus qu'elles procurent aux ménages.

## CHAPITRE II: LES ACTIVITES ECONOMIQUES ET LES REVENUS DES MENAGES

C'est sans doute la partie la plus délicate de l'étude car comme l'ont souligné beaucoup d'auteurs, évaluer le revenu des ménages en milieu rural est assez complexe pour plusieurs raisons: Les populations ne sont pas toujours disposées à déclarer leurs revenus réels et même lorsqu'elles le font, on constate souvent qu'il y a un hiatus entre les observations faites de façon informelle et les revenus déclarés.

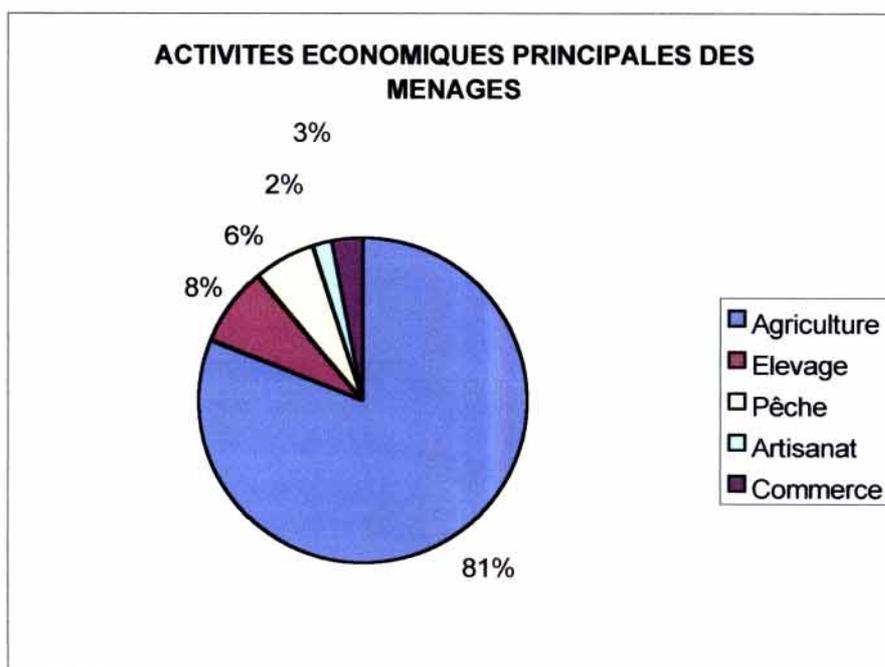
Les mêmes difficultés ont été relevées lors de cette étude aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni. Pour contourner cet obstacle, nous avons demandé aux populations de donner des quantités vendues (récoltes, lait, dolo...), et non le revenu tiré de cette vente. Puis, un focus-groupe (groupe de discussion), réunissant des personnes-ressources (commerçants, chefs de village, délégués administratifs ...) a été organisé dans chaque village afin de connaître les prix des principaux produits vendus dans le village et dans les localités avoisinantes.

Les revenus tirés de chaque activité économique par ménage ont été calculés en tenant compte des quantités vendues par produit et le prix moyen de chaque produit dans le village.

Des ajustements ont ensuite été faits avec l'appui des services techniques compétents (INSD, ministère de l'agriculture, ministère des ressources animales etc.).

Les principales activités économiques répertoriées au sein des ménages sont présentées sur la figure ci- dessous:

Figure 15



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Il faut noter que ces activités sont celles qui sont la première source de revenus pour les ménages, mais en général, presque chaque ménage intègre plusieurs activités économiques en vue d'accroître son revenu.

Toute l'enquête économique concerne la campagne agricole précédant notre enquête et les autres données s'étendent sur les 12 derniers mois précédant l'étude.

## **I- L'AGRICULTURE**

C'est l'activité économique la plus importante dans les 2 villages eu égard à la proportion de la population qui en fait son activité principale.

### **A- Les cultures vivrières**

#### *1- Les champs, l'outillage et le calendrier agricoles*

On rencontre essentiellement 3 types de champs dans les deux 2 villages:

- Les champs de case, qui occupent généralement les aires proches des habitations, et où on apporte régulièrement du fumier et autres soins particuliers. Ils sont souvent réservés aux femmes enceintes et aux personnes âgées. On y cultive généralement le sorgho rouge et le gombo.
- Les champs permanents: Ce sont les champs de village. En saison sèche, ils reçoivent des soins particuliers (désherbage, binage, buttage...) et sont utilisés pour la culture maraîchère. Durant la saison pluvieuse, ils font l'objet de cultures vivrières (mil, riz, maïs etc.).
- Les champs de brousse: Ils sont situés à quelques dizaines de km des habitations et constituent quelques fois les limites des terroirs villageois. Ils sont utilisés pour les cultures de rentes (coton et arachide essentiellement).

Comme dans beaucoup de régions rurales, l'équipement fondamental des paysans à Bakaribougou et à Samandéni reste un outillage manuel représenté par la daba qui est utilisé dans tous les travaux champêtres: semis, sarclage, désouchage, ameublement...

D'autres outils complémentaires tels que les coupe-coupe et les haches servent à défricher ou à couper le bois. Cet outillage rudimentaire a des répercussions sur la taille et les rendements agricoles. Quelques ménages disposent cependant d'outils plus performants, mais leur

proportion est faible et montre que l'agriculture est encore à un stade de sous-développement. Ainsi 4% des ménages disposent d'une charrue et 2% d'un semoir.

Les travaux agricoles obéissent à un calendrier plus ou moins précis en fonction de la pluviométrie.

Le tableau suivant donne un aperçu du déroulement des travaux champêtres pour les principales cultures à Bakaribougou et à Samandéni.

**TABLEAU 17: APERÇU DU CALENDRIER DES TRAVAUUX AGRICOLES DES PRINCIPALES CULTURES A BAKARIBOUGOU ET SAMANDENI**

Mois/cultures	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre
Sorgho		+++++		+++++	+++++		
Maïs		+++++	+++++				
Fonio				+++++			
Arachide				+++++			
Mil		+++++			+++++		

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

	semis
+++++	sarclage
	récolte

## ***2- Les superficies, la production et le revenu tiré de la vente***

L'objectif principal des cultures vivrières est le plus souvent de pourvoir aux besoins alimentaires des membres du ménage. Cependant il peut se dégager un excédent qui est alors commercialisé.

Les superficies réservées aux cultures vivrières ne sont pas généralement très élevées. Il s'agit la plupart du temps de superficies nettement inférieures à l'hectare et dans le cas où elles dépassent 1 ha, ce sont des champs communs à plusieurs ménages ou des domaines réservés aux grands propriétaires fonciers qui en font une activité économique importante.

Le tableau 18 présente la répartition des superficies réservées aux cultures vivrières par les ménages:

TABLEAU 18: SUPERFICIES DES CULTURES VIVRIERES

Cultures	Superficies	Pourcentages des ménages à Bakribougou	Pourcentages des ménages à Samandéni	Pourcentage total
Mil	[0 à 0,25 ha[	77%	77%	77%
	[0,25 à 0,50 ha[	18%	12%	15%
	[0,50 à 0,75 ha[	05%	10%	7,5%
	plus de 0,75 ha	00%	01%	0,5%
	Total = 100%	Total = 100%	Total = 100%	
Maïs	[0 à 0,25 ha[	56%	72%	64%
	[0,25 à 0,50 ha[	25%	17%	21%
	[0,50 à 0,75 ha[	18%	08%	13%
	plus de 0,75 ha	01%	03%	02%
Riz	[0 à 0,25 ha[	95%	73%	84%
	[0,25 à 0,50 ha[	05%	25%	15%
	[0,50 à 0,75 ha[	00%	01%	0,5%
	plus de 0,75 ha	00%	01%	0,5%
Sorgho	[0 à 0,25 ha[	84%	66%	75%
	[0,25 à 0,50 ha[	13%	27%	20%
	[0,50 à 0,75 ha[	02%	06%	04%
	plus de 0,75 ha	01%	01%	01%
Fonio	[0 à 0,25 ha[	100%	100%	100%
Niébé	[0 à 0,25 ha[	100%	98	99%
	[0,25 à 0,50 ha[	00%	02	01%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Le tableau permet de voir que les superficies consacrées aux différentes cultures vivrières sont légèrement plus élevées à Samandéni qu'à Bakaribougou.

Au niveau de la production, une équivalence a été faite sur le terrain entre les instruments de mesure traditionnels utilisés par les paysans (boîtes, tine, sacs...) et les unités de mesures modernes afin d'harmoniser les résultats de l'enquête. Après l'enquête sur le terrain, nous avons eu recours aux services techniques du ministère de l'agriculture toujours dans le but d'une bonne interprétation des résultats.

Les quantités produites pour chaque type de culture varient d'un ménage à un autre selon le tableau suivant:

TABLEAU 19: PRODUCTION VIVRIERE DES MENAGES

Cultures	Production	Pourcentages des ménages à Bakaribougou	Pourcentages des ménages à Samandéni	Pourcentage total
Mil	[0 à 200 kg[	39%	23%	31%
	[200 à 400 kg[	26%	20%	23%
	[400 à 600 kg[	16%	28%	22%
	[600 à 800 kg[	11%	12%	11,5%
	[800 kg à 1t[	7%	14%	10,5%
	1t et plus	01%	03%	02%
Maïs	[0 à 200 kg[	40%	46%	43%
	[200 à 400 kg[	35%	19%	27%
	[400 à 600 kg[	22%	27%	24,5%
	[600 à 800 kg[	03%	05%	04%
	[800 kg à 1t[	00%	03%	1,5%
Riz	[0 à 200 kg[	96%	66%	81%
	[200 à 400 kg[	04%	28%	16%
	[400 à 600 kg[	00%	06%	03%
Sorgho	[0 à 200 kg[	62%	46%	54%
	[200 à 400 kg[	37%	49%	43%
	[400 à 600 kg[	01%	03%	02%
	[600 à 800 kg[	00%	01%	0,5%
	[800 kg à 1t[	00%	01%	0,5%
Fonio	[0 à 200 kg[	100%	100%	100%
Niébé	[0 à 200 kg[	100%	92%	96%
	[200 à 400 kg[	00%	08%	04%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Le tableau permet d'observer qu'il y a un rapport entre les superficies consacrées aux cultures vivrières et la production puisque les quantités produites par les ménages à Samandéni sont légèrement supérieures à celles produites à Bakaribougou.

Bien que leur objectif principal soit souvent la consommation des ménages, les cultures vivrières sont souvent commercialisées et génèrent des revenus pour certains ménages. Ainsi, 42% des ménages déclarent avoir tiré un revenu de cette activité. Certains ménages, très rares il est vrai, conservent une partie de la récolte qu'ils revendent lors de la période qui sépare la saison sèche et la saison pluvieuse communément appelée période de soudure.

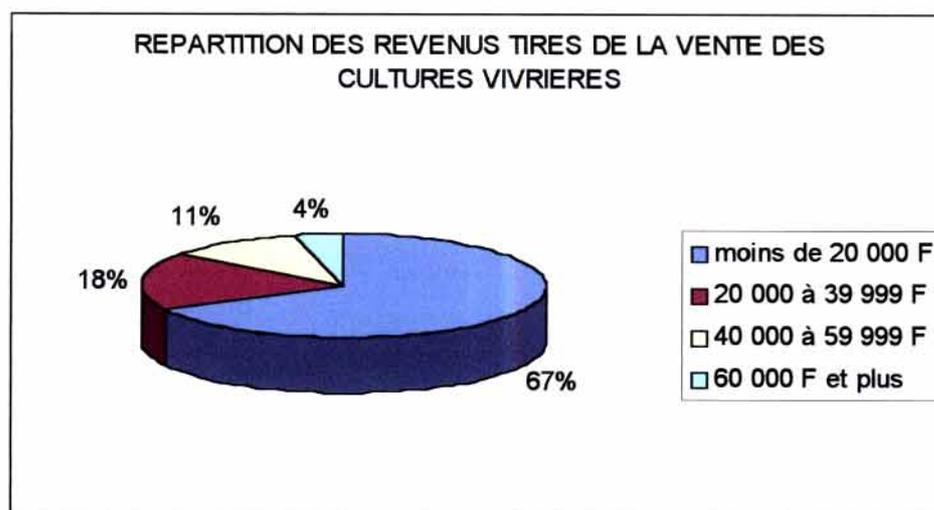
Le revenu annuel tiré de la vente des cultures vivrières par les ménages se répartit selon la figure 16.

A partir de cette figure, on peut conclure que le revenu annuel tiré de la vente des cultures vivrières est relativement faible puisque pour de 67% des ménages, il se situe à moins de 20 000 F.

Tout comme avec les superficies, il existe un rapport entre la production et le revenu tiré de la vente des cultures vivrières. Ainsi, parmi les 67% des ménages dont le revenu tiré de la vente des cultures vivrières est inférieure à 20 000 F, 39% sont de Bakaribougou et 28% de Samandéni.

En outre, 3 des 4% pour lesquels est supérieur à 60 000 F sont de Samandéni.

Figure 16



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

### **B- Les cultures maraîchères**

Les cultures maraîchères sont généralement considérées comme une activité économique de contre-saison. Elles ne sont donc pas pratiquées par tous les ménages.

39% de ceux-ci, soit 14,5% à Bakaribougou et 24,5% à Samandéni pratiquent effectivement l'activité maraîchère comme activité économique entre les deux saisons ou à temps plein.

A Bakaribougou, la zone utilisée à cet effet est située à une dizaine de kilomètres du village tandis qu'à Samandéni, les cultures maraîchères se pratiquent un peu partout, mais se concentrent surtout autour du fleuve Mouhoun qui traverse le village.

Les superficies consacrées aux cultures maraîchères sont de l'ordre de quelques mètres-carrés en dehors des rares ménages qui font des cultures maraîchères une activité économique exclusive.

Le morcellement des superficies entre les ménages ne permet pas de disposer de parcelles plus grandes.

Le tableau suivant présente les superficies consacrées aux différentes cultures maraîchères par les ménages.

**TABLEAU 20 : REPARTITION DES SUPERFICIES CONSACREES AUX CULTURES MARAICHÈRES**

Cultures	Superficies	Pourcentages des ménages à Bakaribougou	Pourcentages des ménages à Samandéni	Pourcentage total
Oignon	[0 à 16 m <sup>2</sup> [	93%	78%	85,5%
	[16 à 25 m <sup>2</sup> [	07,4%	18,4%	12,9%
	25 m <sup>2</sup> et plus	00%	03,2%	01,6%
Choux	[0 à 16 m <sup>2</sup> [	100%	89,6%	94,8%
	[16 à 25 m <sup>2</sup> [	00%	10,4%	05,2%
Tomate	[0 à 16 m <sup>2</sup> [	93,5%	78,3%	85,9%
	[16 à 25 m <sup>2</sup> [	07,2%	13,2%	10,2%
	25 m <sup>2</sup> et plus	00%	07,8%	03,9%
Carotte	[0 à 16 m <sup>2</sup> [	96%	91,2%	93,6%
	[16 à 25 m <sup>2</sup> [	04,2%	8,6%	06,4%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Le fait que les superficies utilisées à Samandéni soient un peu plus importantes qu'à Bakaribougou se justifie par les conditions favorables pour les cultures maraîchères qu'offre le fleuve Mouhoun qui traverse le village.

Ces superficies ont permis aux ménages de produire des quantités qui ne sont pas très élevées puisque la production est tributaire aussi bien de l'étendue des superficies que des techniques culturales utilisées, ces dernières étant toujours à un stade primaire.

Les quantités produites pour les différentes cultures maraîchères se présentent ainsi:

TABLEAU 21: PRODUCTION MARAICHERE DES MENAGES

Cultures	Production	Pourcentages des ménages à Bakaribougou	Pourcentages des ménages à Samandéni	Pourcentage total
Oignon	[0 à 100 kg[	100%	76%	88%
	[100 à 200 kg[	00%	18%	09%
	[200 kg et plus]	00%	06%	03%
Choux	[0 à 100 kg[	96%	96%	96%
	[100 à 200 kg[	04%	04%	04%
Tomate	[0 à 100 kg[	100%	80%	90%
	[100 à 200 kg[	00%	20%	10%
Carotte	[0 à 100 kg[	100%	100%	100%
Piment	0 à 100 kg[	100%	100%	100%

Source: Enquêtes de terrain

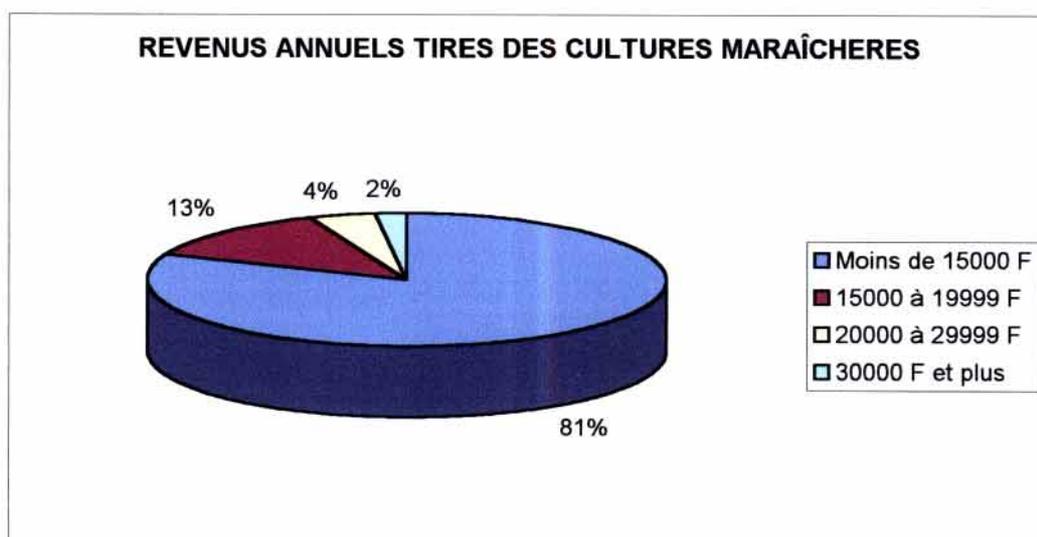
Février 1999

Bien que les cultures maraîchères soient utilisées souvent pour la consommation familiale, leur objectif premier est de générer des revenus monétaires pour les ménages.

La vente de ces produits se fait sur place les jours de marché ou dans les villages voisins mais également à Bobo-dioulasso.

Le graphique ci-dessous montre que le revenu tiré de cette activité, même s'il n'est pas négligeable pour les ménages, est relativement bas.

Figure 17



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

### C- Les cultures de rente

Le coton est la culture de rente la plus importante de la province du Houet.

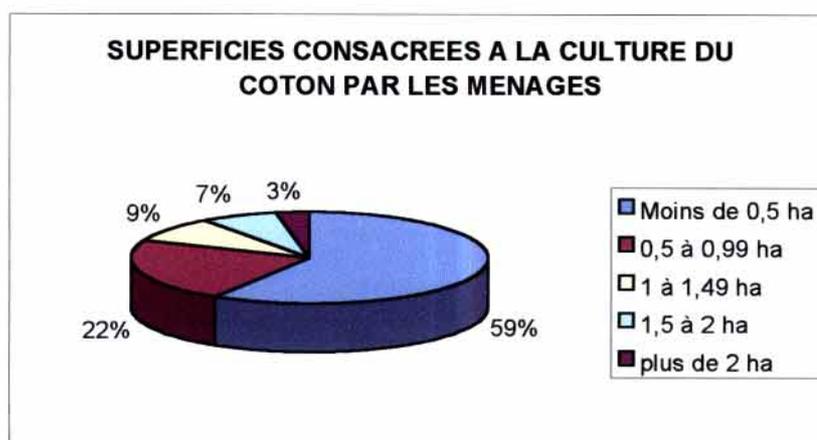
Depuis des années 1980, il y a un accroissement significatif des superficies consacrées à cette culture et toutes les localités de la province cultivent du coton.

La production cotonnière pour la campagne agricole 1996/97 a été estimée à 39930 tonnes par la société des fibres et textiles (SOFITEX).

A Bakaribougou et à Samandéni, la culture du coton occupe une grande proportion des terres cultivables. Elle présente les mêmes caractéristiques dans les 2 villages.

Les superficies que les ménages y consacrent varient d'un ménage à un autre en fonction de leurs moyens financiers et de leur taille. Elles se répartissent de la façon suivante:

Figure 18



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

La production cotonnière est tributaire des superficies, de la pluviométrie et des soins apportés aux cultures par les paysans.

Pour augmenter leur production, les paysans utilisent des produits phytosanitaires afin de lutter contre les insectes et autres ravageurs de culture.

Malgré le fait que les paysans jugent le coût de ces produits assez élevé (1 sac d'engrais de 50 kg coûte environ 120 00 F), on constate que les quantités d'engrais utilisées par les ménages pour la culture du coton sont relativement importantes comme le montre le tableau suivant:

TABLEAU 22 : QUANTITES D'ENGRAIS UTILISEES POUR LA  
CULTURE DU COTON

Quantités d'engrais	Effectifs des ménages	Pourcentages (%)
[0 à 500 Kg[	123	62,75%
[500 à 1000 Kg[	61	30,9%
[1000 à 1500 Kg[	11	05,6%
Plus de 1500 kg	01	0,75%
Total	196	100

Source: enquêtes de terrain

Février 1999

Les différents soins apportés aux champs de coton et l'apport de l'engrais ont permis aux ménages de produire des quantités variables de coton que l'on peut regrouper ainsi:

TABLEAU 20: PRODUCTION COTONNIERE DES MENAGES:

Production	Effectifs des ménages	Pourcentages(%)
[0 à 0,5 t[	93	47%
[0,5 t à 1 t[	47	24%
[1 t à 1,5 t[	38	19%
[1,5t à 2 t[	11	06%
[2 à 2,5 t[	05	03%
2,5 t et plus	02	01%
Total	196	100%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

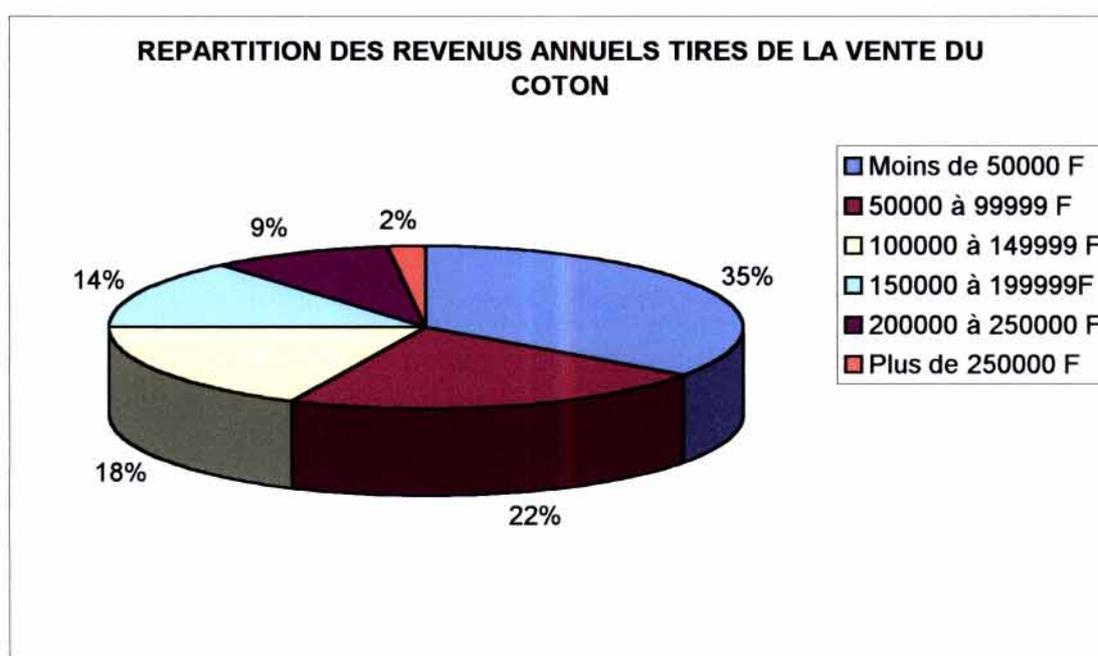
Selon les entretiens que nous avons eus avec les paysans, les rendements de la culture cotonnière ont considérablement baissé ces dernières années à cause de la surexploitation des sols et de l'attaque des cultures par des insectes jusque là inconnus (mouche blanche par exemple). Toute la production cotonnière étant destinée à la commercialisation, les revenus tirés de la vente du coton ont également suivi la baisse des rendements.

La SOFITEX qui est le principal partenaire des paysans intervient à tous les niveaux: Encadrement, appui technique, vente d'engrais, crédit et commercialisation pour atténuer quelque peu ces problèmes. Mais ses rapports avec les paysans ne sont pas toujours faciles. C'est elle qui achète directement la production aux paysans sur le terrain. Pour cela, ces derniers sont organisés en coopératives ou en groupements. A Bakaribougou, il y a les groupements Benkadi, wend-kuni et à Samandéni il y a les groupements de producteurs de coton (GPC) au nombre de seize (16).

Le rôle de ces groupements est de servir d'intermédiaire entre les paysans et la SOFITEX. Ainsi, la production de tous les membres de chaque groupement est regroupée à un endroit précis et les camions de la SOFITEX passent la chercher plus tard. Les représentants de chaque groupement sont chargés de récupérer l'argent de la vente et de le distribuer aux membres selon la quantité produite par chacun après avoir déduit le prix des engrais et autres matériels agricoles que les paysans prennent à crédit au début des travaux agricoles.

Bien que le prix de la tonne de coton varie souvent en fonction des campagnes agricoles, elle se situe dans une fourchette qui est pratiquement la même pour toutes les zones cotonnières du pays. Pour la période concernée par l'étude, aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni, la tonne de coton coûtait 185 000 F CFA. Le revenu tiré de la vente du coton par les ménages est en rapport avec leur production et se présente comme suit:

Figure 19



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Au regard de ces sommes, on peut dire que le coton constitue la première source de revenu des ménages car les revenus qu'il apporte sont les plus élevés malgré les difficultés liées à sa culture.

D'une manière générale, l'agriculture procure des revenus importants aux ménages qu'il s'agisse des cultures vivrières, des cultures maraîchères ou du coton.

Cependant, elle ne pourrait leur permettre à elle seule de subvenir à leurs multiples besoins. C'est pour cette raison que beaucoup de ménages mènent d'autres activités économiques afin de diversifier leurs sources de revenus.

## **II-L'ELEVAGE ET LES AUTRES ACTIVITES ECONOMIQUES**

### **A- Système d'élevage et composition du cheptel**

Bakaribougou et Samandéni sont deux villages dans lesquels l'élevage n'est pas une activité économique spécifique, mais occupe une partie non négligeable de la population à temps partiel ou à plein temps.

En effet, à Samandéni, il existe une station d'élevage qui aurait été mise en place depuis 1957. Depuis les années 1980, le nombre d'animaux de la station a considérablement diminué et elle fonctionne au ralenti.

Selon ses responsables, cette situation est liée au fait que la station ne bénéficie plus de l'appui technique et financier nécessaires à son fonctionnement.

Pour remédier à cette situation un plan de relance des activités de la station a été mis en place il y a deux ans par le ministère de tutelle.

Dans les 2 villages, l'activité pastorale traditionnellement réservée aux peulh et aux touaregs s'est étendue à presque toute la population. Il n'est donc pas rare de voir beaucoup de ménages qui ont pour activité principale l'agriculture, posséder un troupeau assez important et diversifié.

On note la présence de quelques animaux de case (bœufs, ânes, porcs...) qui bénéficient d'un apport alimentaire complémentaire modeste en étable.

L'élevage des volailles est également pratiqué par certains ménages et la volaille est vendue dans les centres urbains proches des villages ou à Bobo-dioulasso surtout pendant la période des fêtes.

L'activité pastorale ne présente pas de différence fondamentale entre les 2 villages.

Elle concerne globalement 94% des ménages enquêtés, même si pour certains d'entre eux il s'agit de quelques têtes seulement dont disposent les ménages.

Le cheptel est composé surtout de bovins, d'ovins, de caprins, de porcins et d'un certain nombre de volailles comme le montre le tableau suivant:

**TABLEAU 24 : COMPOSITION DU CHEPTEL DES MENAGES**

Type	Nombre de têtes	Pourcentages des ménages à Bakaribougou	Pourcentages des ménages à Samandéni	Pourcentage total
Bovins	[0 à 5[	77%	69%	73%
	[5 à 10 [	23%	18%	21%
	[10 à 15 [	00%	08%	04%
	15 et plus	00%	04	02%
		Total = 100%	Total = 100%	Total = 100%
Ovins	[0 à 5[	66%	42%	54%
	[5 à 10 [	29%	37%	33%
	[10 à 15 [	05%	07%	06%
	15 et plus	00%	14%	07%
Caprins	[0 à 5[	90%	90%	90%
	[5 à 10 [	10%	10%	10%
Porcins	[0 à 5[	100%	100%	100%
Volaille	[0 à 5[	63%	45%	54%
	[5 à 10 [	22%	24%	23%
	[10 à 15 [	11%	27%	19%
	15 et plus	04%	04%	04%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

L'observation du tableau permet de dire que le cheptel des ménages n'est pas constitué d'un nombre de têtes important comme on en rencontre au sahel par exemple.

Il s'agit plutôt d'un élevage qu'on pourrait qualifier d'élevage de case qui se pratique aux environs immédiats des habitations.

Toutefois, quelques ménages possèdent un nombre relativement important de têtes qu'ils essaient de multiplier surtout à Samandéni avec l'aide des techniciens de la station d'élevage.

### B- Les revenus de l'activité pastorale

Ils proviennent essentiellement de la vente d'un certain nombre de têtes d'une ou de plusieurs espèces et de celle de certains produits dérivés de l'élevage (lait, peau, viande, et œufs).

Mais à Bakaribougou et à Samandéni, le revenu de l'élevage est tiré essentiellement de la vente des animaux et du lait de bovins pour quelques ménages.

Le gros bétail est vendu surtout pour faire face aux grosses dépenses (maladies, funérailles, dépenses scolaires etc.) alors que pour les dépenses courantes la vente de quelques têtes de volailles est généralement le recours utilisé.

La vente de lait est surtout réservée aux femmes et rapporte en moyenne 500 F par semaine.

Les revenus tirés de l'élevage par les ménages se présentent comme suit:

**TABLEAU 25: REVENUS ANNUELS TIRES DE L'ACTIVITE PASTORALE.**

Type	Revenu tiré de l'élevage	Pourcentages des ménages à Bakaribougou	Pourcentages des ménages à Samandéni	Pourcentage total
Bovins	[0 à 100 000F]	100%	100%	100%
Ovins	[0 à 20 000F]	100%	90%	95%
	[20 000 à 40 000F]	00%	10%	05%
Caprins	[0 à 10 000F]	89%	95%	92%
	[10 000 à 20 000F]	09%	01%	05%
	[20 000 à 30 000F]	02%	04%	03%
Porcins	[0 à 15 000F]	100%	100%	100%
Volaille	[0 à 5 000F]	95%	75%	85%
	[5 000 à 10 000F]	03%	17%	10%
	[10 000 à 15 000F]	02%	06%	04%
	[15 000 à 20 000F]	00%	02%	01%

Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

La province du Houet n'étant pas une zone d'élevage par prédilection, on constate que l'activité pastorale procure aux ménages des revenus très modestes si on les compare aux revenus tirés de cette activité dans certaines zones comme le nord du pays.

En dehors de ces activités agro-pastorales, certains ménages pratiquent des activités économiques que l'on peut qualifier de secondaires eu égard à la proportion de la population qui les pratiquent mais qui toutefois procurent des revenus souvent importants aux ménages .

### **C- Les autres activités économiques des ménages**

#### ***1- La pêche, l'artisanat et le commerce***

La pêche concerne 17% des ménages. Il s'agit de ménages de Bozos venus du Mali et de quelques ménages autochtones. Elle concerne uniquement le village de Samandéni et est pratiquée au bord du fleuve Mouhoun qui traverse le village.

C'est une pêche traditionnelle qui se pratique avec des filets, mais qui permet, selon les pêcheurs de recueillir une quantité non négligeable de poissons.

Les revenus de la pêche fluctuent en fonction des saisons et de la pluviométrie.

Ainsi, évaluer les revenus que procure cette activité est difficile de l'avis même des acteurs.

Néanmoins, ils estiment que l'activité piscicole dure réellement cinq mois par an et le revenu moyen par mois fluctue entre 15 000 et 25 000 F soit un revenu annuel compris entre 75 000 et 100 000 F.

Ces chiffres concernent la période de l'étude et tous les pêcheurs interrogés ont déclaré un revenu situé dans cet intervalle. Mais il existe souvent une variation relativement importante de ces chiffres entre plusieurs saisons.

L'artisanat rural quant à lui, est un secteur encore mal connu du point de vue des chiffres car peu d'études y ont été consacrées.

A Bakaribougou et à Samandéni, il concerne uniquement 7% des ménages qui pratiquent l'artisanat comme activité secondaire pendant la saison sèche surtout. Il s'agit de la vannerie (1%), de la poterie (2%), de la sculpture (3%) et du tissage (1%).

C'est donc une activité économique d'appoint qui n'est pas très répandue.

Les populations ne disposant pas d'une comptabilité formelle bien tenue, déterminer les revenus tirés de l'artisanat revient à évaluer les dépenses effectuées pour la pratique de l'activité, les revenus tirés de la vente des produits pour en déduire les bénéfices qu'elle procure.

En ce qui concerne cette étude, la totalité des ménages enquêtés déclarent un montant compris entre 5000 et 15 000F comme bénéfice annuel tiré de l'artisanat.

Le commerce en milieu rural est généralement réservé à quelques ménages.

A Bakaribougou et à Samandéni, il concerne 6% des ménages. En fait, il s'agit de ménages qui possèdent soit une boutique de vente d'articles divers et qui s'approvisionnent à Bobo-dioulasso, soit de petits commerçants communément appelés "tabliers" qui achètent des produits en gros auprès des premiers pour les revendre en détail afin d'en tirer des bénéfices. L'inexistence d'une comptabilité bien tenue rend également difficile l'estimation des revenus tirés de l'activité commerciale.

En outre, les articles vendus sont diversifiés et les prix varient en fonction de leur disponibilité. Il a fallu donc demander directement aux commerçants de faire une estimation de leurs revenus annuels.

D'après leurs déclarations, on peut estimer que le commerce rapporte par an entre 30 000 et 50 000 F.

Ces revenus sont assez intéressants bien qu'ils ne concernent que quelques ménages et montrent que le commerce est une source de revenus importante pour les ménages en milieu rural.

Les différentes activités économiques analysées jusque là impliquent tous les membres des ménages souvent à des niveaux différents.

Cependant, il existe des activités qui ne concernent qu'un groupe spécifique et qui sont menées parallèlement à celles communes à tous les membres du ménage.

C'est le cas des activités exercées uniquement par les femmes qui procurent souvent des revenus substantiels aux ménages.

## *2- Les activités rémunératrices des femmes*

La contribution des femmes à la vie économique des ménages est remarquable. En effet, elles participent non seulement à toutes les activités génératrices de revenus des ménages, mais en plus de cela, elles disposent de certaines activités qui leur sont propres et qui améliorent sans doute la situation économique des ménages. Il s'agit essentiellement de la vente de dolo et de la transformation alimentaire. La vente de dolo concerne 5% des ménages. Les revenus tirés de cette activité varient entre 3 000 et 5 000 F par mois soit un revenu annuel compris entre 36 000 et 60 000 F.

Mais il faut noter que ces chiffres sont donnés à titre indicatif car les femmes déclarent que l'activité ne dure pas toute l'année et que c'est surtout pendant la saison sèche, lorsque les récoltes sont terminées qu'elle est le plus développée.

Concernant la transformation alimentaire, il s'agit du mécanisme qui permet aux femmes d'aboutir à un produit alimentaire directement consommable à partir d'une matière première.

Il peut s'agir de la vente de galettes (de mil ou de maïs), de beignets ou même d'un petit restaurant dans certains cas.

Elle concerne 11% des ménages à Bakaribougou et à Samandéni et leur procure un revenu annuel variant entre 15 000 et 30 000 F selon les cas.

Ces revenus sont des estimations faites par les femmes elles-mêmes car elles ne disposent pas d'une comptabilité régulièrement tenue qui permettrait de faire des calculs plus nets.

En dehors de ces activités spécifiques aux femmes, on trouve d'autres activités qui concernent seulement 1 ou 2 ménages: Il s'agit de la mécanique (1% des ménages), de la boucherie (1%), du salariat agricole (0,5%) et de la vente du bois (2%).

Selon les acteurs de ces activités, la mécanique procure en moyenne entre 3 000 et 5 000 F par mois, la boucherie entre 3 000 et 5 000 F, le salariat agricole entre 15 000 et 20 000 F par saison selon les travaux effectués et la vente du bois entre 5 000 et 7 500 F.

### III- REVENUS ANNUELS, RESSOURCES ET DEPENSES DES MENAGES

#### A- Estimation des revenus monétaires annuels des ménages

L'un des objectifs de l'étude de l'ensemble des activités économiques des ménages est d'évaluer le revenu annuel par ménage. C'est une tâche assez délicate de l'avis même des spécialistes de la question eu égard aux difficultés d'harmonisation des chiffres et au hiatus qui existe souvent entre les revenus déclarés par les paysans et la réalité.

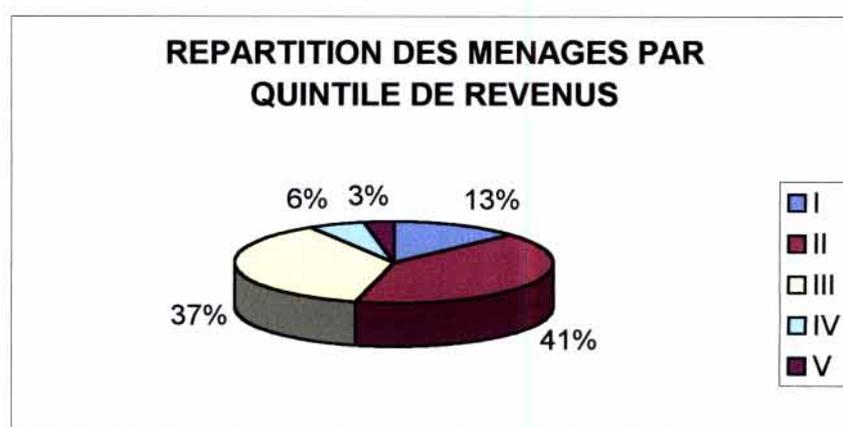
En outre, il existe plusieurs méthodes de calcul ou d'estimation du revenu moyen annuel par ménage selon les auteurs, les contextes et les disciplines. Après avoir échangé avec différents spécialistes de la question, nous avons opté pour une méthode simple qui consiste à additionner les revenus tirés de chaque activité économique pour chaque ménage et les autres sources de revenus que sont les dons et les revenus issus de la migration des membres du ménage. Les différents calculs ont été faits grâce au logiciel informatique EPI INFO.

Un regroupement des résultats a ensuite été fait et a permis de diviser les ménages en 5 quintiles de revenus qui se présentent de la façon suivante:

- Le quintile I concerne les ménages dont le revenu est inférieur à 40 000 F
- Le quintile II regroupe les ménages dont le revenu est compris entre 40 000 et 59 999 F
- Le quintile III concerne les ménages ayant un revenu compris entre 60 000 et 79 999 F
- Le quintile IV concerne les ménages dont le revenu se situe entre 80 000 et 100 000 F
- Le quintile V regroupe les ménages ayant plus de 100 000 F comme revenu monétaire annuel.

Les ménages se répartissent dans ces différents quintiles de revenus selon la figure suivante:

Figure 20



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

Le graphique montre que la majorité des ménages sont situés dans les quintiles I et II puisque ces 2 quintiles regroupent à eux seuls 79% de l'ensemble de l'effectif.

Le revenu moyen annuel est de 67 449 F pour Bakaribougou et 78 677 F pour Samandéni soit une moyenne de 73 063 F pour les 2 villages.

Si l'on compare ces revenus à ceux trouvés par l'INSD sur le plan national, on peut dire que nous sommes en présence de ménages pauvres.

En effet, selon l'INSD, le seuil de pauvreté au Burkina Faso se situe à 41 099 F par an et par personne soit 328 792 F par an pour un ménage composé de 8 personnes.

Cependant ces revenus sont pour 29% des ménages légèrement supérieurs à ceux observés par SAVADOGO et al (1993) en milieu rural de la province du Passoré où le revenu global par an et par ménage était d'environ 78 608 F selon leur étude.

L'une des explications qui peut justifier cette situation est sans doute la culture du coton qui est pratiquée dans la province du Houet.

En outre, READON et al (1992) lors d'une étude sur les sources et le niveau de revenu des ménages ruraux en zone soudanienne ont estimé le revenu annuel par ménage entre 50 000 F et 100 000 F, ce qui est plus ou moins conforme aux résultats de la présente étude.

## **B- Ressources des ménages**

En plus des revenus monétaires, l'évaluation des ressources des ménages est un élément qui permet de saisir leur niveau de vie.

A Bakaribougou et Samandéni, la plupart des ménages utilisent la lampe à pétrole (88%) comme mode principal d'éclairage. Les autres sources d'éclairage sont: la lampe de poche (8%), la bougie (3%) et l'électricité à base de batterie pour seulement 1% des ménages.

Le bois reste la principale source d'énergie pour la cuisine dans les ménages (92% de cas). Les ménages se le procurent en brousse, ce qui contribue sans doute à la dégradation de l'environnement par l'abattage des arbres, arbustes et autres espèces végétales.

Le foyer amélioré est très peu utilisé comme source d'énergie pour la cuisine et aucun ménage n'utilise l'électricité ou le gaz.

La bicyclette est le moyen de déplacement le plus utilisé. En effet, 82% des ménages en possèdent au moins une. Le nombre de bicyclettes pour ces ménages se présente ainsi:

- Une bicyclette: 64%
- 2 bicyclettes: 13%
- 3 bicyclettes: 3%
- 4 bicyclettes: 2%

Quant à la mobylette, 12% en possèdent une et 5% 2. Un seul dispose d'une voiture.

Concernant les équipements ménagers, le poste radio est le seul véritable équipement ménager dont disposent les ménages. 59% des ménages en possèdent au moins un.

Le nombre de poste radio pour ces ménages se présente ainsi:

- 1 poste radio : 48%
- 2 postes radio : 5%
- 3 postes radio : 4%
- 4 postes radio : 2%

L'évaluation des ressources matérielles des ménages permet de dire qu'elles ne sont pas très importantes, ce qui est en adéquation avec la description de leur cadre de vie qui reflète un certain degré de pauvreté.

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques des ménages montre que leurs conditions de vie ne sont pas généralement très bonnes. En effet, ils disposent de très peu de ressources matérielles et l'insalubrité est accentuée par le manque d'eau potable de façon permanente. En outre, les eaux usées et autres déchets ménagers restent à l'intérieur des concessions augmentant les risques de maladie.

L'analyse de la situation économique des ménages quant à elle montre que chaque ménage essaie de diversifier le plus possible ces activités afin d'augmenter au maximum ses revenus pour faire face aux différentes dépenses qui s'imposent.

En effet, la vie communautaire implique divers types de dépenses qui doivent être effectués par les ménages pour la satisfaction des besoins de leurs membres.

## C- Dépenses des ménages

### 1- Dépenses alimentaires

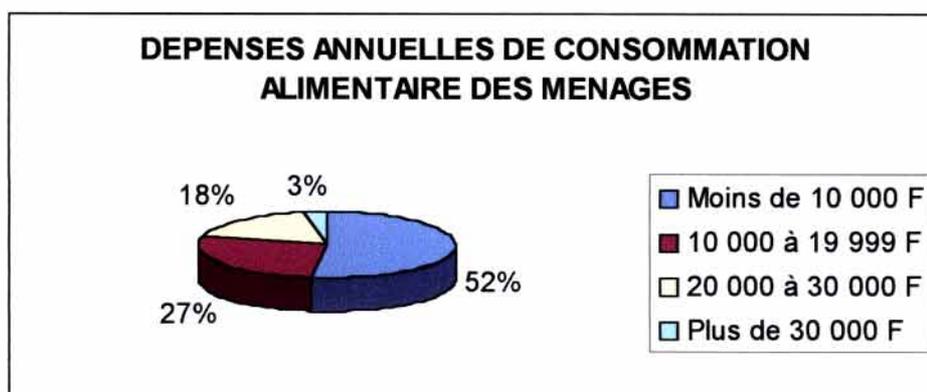
L'alimentation constitue une source importante de dépenses pour les ménages, même si 10% des ménages déclarent ne rien dépenser pratiquement pour l'alimentation.

On peut comprendre cela par le fait que les cultures vivrières servent en premier lieu à la consommation des ménages. En outre, les ingrédients pour la cuisine sont obtenus très souvent par les récoltes issues des cultures maraîchères.

Malgré cela, les populations dépensent une partie importante de leurs revenus pour s'alimenter soit parce que les récoltes ont été insuffisantes, soit pour l'achat des condiments (pour les ménages ne pratiquant pas les cultures maraîchères), soit pour la source d'énergie pour la cuisine (bois, charbon).

Lors de l'enquête, les dépenses alimentaires ont été estimées par mois, puis calculées pour une année, ce qui a donné les résultats suivants:

Figure 21



Source: Enquêtes de terrain

Février 1999

On constate que ces sommes sont très éloignées de la moyenne nationale puisque selon les chiffres de l'INSD, un ménage burkinabé en milieu rural dépense 246 369 F par an pour ses besoins de consommation alimentaire.

On peut en conclure que les ménages enquêtés dépensent peu pour la consommation alimentaire, ce qui laisse percevoir un certain degré de pauvreté.

## ***2- Dépenses sociales***

Dans cette catégorie de dépenses, on retrouve les dépenses effectuées pour l'éducation, la santé, l'habillement et le transport.

Les sommes utilisées varient énormément en fonction des ménages, aussi il est très difficile de procéder à un regroupement.

La moyenne pour chaque type de dépenses a donc été évaluée par mois, puis calculée pour une année.

Pour avoir une idée de la situation des ménages enquêtés, les moyennes trouvées ont été comparées à la moyenne nationale du groupe socio-économique des agriculteurs auquel ils appartiennent, pour chaque type de dépense. Les résultats obtenus sont les suivants :

**TABLEAU 26 : MOYENNES DES DEPENSES SOCIALES DES MENAGES ET MOYENNES NATIONALES**

Types de dépenses	Moyennes de l'étude	Moyennes nationales du groupe socio-économique des agriculteurs
Education	4185 F	7032 F
Santé	8095 F	22135 F
Transport	3450 F	1007 F
Habillement	6115 F	22804 F
Moyens de construction	4300 F	11915 F
Cérémonies	1055 F	3052 F
Boisson	1295 F	7495 F

Source: Enquêtes de terrain et INSD

La comparaison des moyennes de l'étude et des moyennes nationales sur le tableau montre que les premières sont nettement inférieures aux secondes pour tous les types de dépenses. On peut donc dire que ces ménages appartiennent à un groupe socio-économique qui n'est pas très aisé eu égard à la relative faiblesse de ces dépenses sociales.

## ***3- Dépenses économiques***

A ce niveau, il s'agit surtout de l'achat d'outils et d'intrants agricoles et des investissements dans l'élevage qui correspondent généralement à l'acquisition d'animaux.

**TABLEAU 27 : MOYENNES DES DEPENSES ECONOMIQUES DES MENAGES ET MOYENNES NATIONALES**

Types de dépenses	Moyennes de l'étude	Moyennes nationales du groupe socio-économique des agriculteurs
Outils agricoles	6655 F	22 169 F
Intrants	15190 F	44 105 F
Animaux	8670 F	58 859 F

Source: Enquêtes de terrain et INSD

Si l'on compare les moyennes de l'étude et les moyennes nationales pour chaque type de dépense, on peut tirer la même conclusion que pour les dépenses sociales, à savoir que les sommes utilisées par les ménages pour les dépenses économiques sont faibles, et confirment qu'elles appartiennent à un groupe socio-économique pas très aisé.

### **CONCLUSION PARTIELLE**

L'analyse de la situation socio-économique des ménages montre que leur niveau de vie est relativement bas car la majorité des ménages vivent dans des conditions d'hygiène insatisfaisantes et leurs ressources matérielles sont limitées.

Sur le plan économique, diverses activités sont menées par les ménages et constituent pour eux des sources de revenus potentiels.

Il est intéressant de noter que les ménages essaient au maximum d'intégrer en leur sein plusieurs activités pour augmenter leurs revenus et faire face aux dépenses usuelles.

Toutefois, si l'on compare ces revenus et ces dépenses aux moyennes nationales, on peut qualifier ces ménages de relativement pauvres.

Cette relative pauvreté et les conditions de vie précédemment décrites ont certainement une influence sur la prise en charge du paludisme par les ménages.

C'est cette influence qui sera analysée dans la troisième partie de l'étude. Il s'agit en fait d'identifier les facteurs socio-économiques qui jouent un rôle important dans la perception, le traitement et la prévention du paludisme.

Cela revient à répondre à la question suivante : Quelle relation existe-il entre la situation socio-économique des ménages et la prise en charge du paludisme ?

**PLANCHE PHOTOGRAPHIQUE N° 1 : QUELQUES ACTIVITES  
ECONOMIQUES DES MENAGES**

**PHOTO 1** Cultures maraîchères autour du fleuve Mouhoun à Samandéni



**PHOTO 2:** Le coton : première source de revenu des ménages.  
Stock de coton à Bakaribougou prêt à être chargé par la SOFITEX



**PHOTO 3:** Préparation du dolo à Bakaribougou.  
La vente de dolo est l'une des principales activités génératrices de revenus pour les femmes.



**TROISIEME PARTIE :**

**L'INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES SUR**

**LA PERCEPTION, LE TRAITEMENT ET**

**LA PREVENTION DU PALUDISME**

## CHAPITRE I: FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET PERCEPTION DU PALUDISME

### I- GENERALITES SUR LE PALUDISME

#### A- Epidémiologie générale du paludisme

Il existe en fonction de la situation géographique 5 principales zones de transmission du paludisme:

- Les zones à transmission permanente, régions équatoriales où les indices paludiométriques sont élevés.
- Les zones à transmission saisonnière longue : Ce sont des zones où la saison des pluies est comprise entre 6 et 8 mois.
- Les zones à transmission saisonnière courte : Il s'agit surtout des zones sahéliennes.
- Les zones où la transmission est sporadique : C'est le cas du paludisme épidémique survenant dans des situations particulières (crues par exemple) dans des régions où la maladie ne sévit pas habituellement (oasis, plateaux en haute altitude).
- En zone urbaine, les gîtes larvaires sont constitués par les flaques d'eau stagnante pendant la saison pluvieuse (ces dernières sont favorables au développement d'*Anopheles gambiae*) ainsi que les gîtes permanents ou semi-permanents que constituent les trous d'emprunt de banco en zone non lotie, les canaux et caniveaux.

L'agent pathogène du paludisme est un hématozoaire de la famille des *plasmodidés* et du genre *plasmodium*. 4 espèces parasitent l'homme. Il s'agit de :

\* *Plasmodium falciparum* (WELCH, 1897), le plus répandu en Afrique subsaharienne mais également le plus pathogène.

\* *Plasmodium malariae* (LAVERAN, 1881) et *Plasmodium ovale* (STEPHENS, 1922) occupent par ordre de fréquence les deuxième et troisième rangs. Ils sont très souvent associés à *Plasmodium falciparum*.

\**Plasmodium vivax* (GRASSI et FELLETTI, 1890) est surtout répandu en Afrique du Nord et du sud.

Quant aux vecteurs de la maladie, il s'agit des moustiques de la famille des *culicidae* appartenant à la sous-famille des *anophelinae* et du genre *anopheles* (MEIGEN, 1818).

Les 2 espèces d'anophèle que l'on rencontre le plus souvent en Afrique sont: *Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus*.

Seule l'anophèle femelle est vecteur du paludisme, sa particularité étant d'avoir un vol silencieux et une piqûre indolore.

Pour *A.gambiae*, les gîtes larvaires peuvent être péri-domestiques, naturels ou créés par l'homme. Quant aux gîtes larvaires de *A.funestus*, ce sont surtout des étendues d'eau naturelles, claires et ombragées.

La reproduction des anophèles nécessite que la température soit supérieure à 20°C.

### **B- Quelques aspects cliniques du paludisme**

Sur le plan clinique, on distingue: le paludisme bénin dû à *P.malariae*, *P.vivax* et *P.ovale* et le paludisme malin toujours causé par *P.falciparum*.

- Le paludisme bénin: En ce qui concerne ses signes, on a une première période appelée primo-invasion dont les manifestations cliniques à type de fièvre, céphalées, embarras gastriques modérés surviennent une dizaine de jours après une piqûre infestante.

L'évolution se fait soit vers la guérison si le traitement est bien fait, soit vers la chronicité avec des réveils intermittents en cas d'absence de traitement.

En plus de la primo-invasion, on a les accès intermittents : l'accès fébrile est particulier à l'espèce plasmodiale en cause : fièvre tierce bénigne pour *P.ovale* et *P.vivax* et fièvre quarte pour *P.malariae*. Ces accès fébriles succèdent à la période de primo-invasion ou plus tard à l'occasion de reviviscences palustres favorisées par un surmenage ou une fatigue passagère.

A ces accès fébriles, s'associent des frissons intenses avec vomissements, céphalées, suivis de sensation de chaleur avec une température autour de 39-40°C, voir plus.

Puis suivent une défervescence thermique avec courbatures et asthénie. Le foie et la rate peuvent augmenter de taille. L'accès peut se répéter ainsi en l'absence de traitement.

- Le paludisme malin comporte aussi une primo-invasion, des accès intermittents et des complications propres à *P.falciparum* cause de beaucoup de décès en Afrique.

Ses signes cliniques se résument en :

\*Troubles digestifs

\*Céphalées

\*Courbatures

- \*Urines foncées
- \*Tension artérielle pincée
- \*Fièvre intermittente avec oscillations thermiques de 1 à 2°C par jour
- \*Agitation ou adynamie

Pour les accès intermittents, la fièvre tierce maligne est le signe majeur auquel les autres manifestations cliniques sont associées.

A ces 2 formes de paludisme; il faut ajouter les cas de complications qui sont les suivants :

- L'accès pernicieux ou neuropaludisme : Il se rencontre chez les enfants de 0 à 5 ans et chez l'européen ayant séjourné en zone d'endémie. Il est rare chez l'adulte autochtone vivant en zone d'endémie.
- La fièvre bileuse hémoglobinurique
- Le paludisme viscéral et évolutif. Il se rencontre chez des sujets fréquemment impaludés.

### **C- La lutte antipaludique**

Elle comporte 2 volets (préventif et curatif) qui se complètent:

- La prophylaxie ou prévention individuelle et/ou collective :

Elle peut être mécanique avec les moustiquaires et /ou les rideaux simples ou imprégnés d'insecticides ou chimique par chimioprophylaxie médicamenteuse.

La prophylaxie collective comporte 3 types de lutte :

\* Lutte anti-larvaire : A ce niveau, il y a les moyens physiques tels que l'Hexachlorocyclohexane, le Téméphos pour la pulvérisation des gîtes larvaires. En outre, il y a les moyens biologiques tels que les poissons prédateurs larvaires (*Gambusies guppies*) ou les bactéries (*Bacillus thuringensis*).

\* La lutte contre les moustiques adultes : Il s'agit de l'utilisation d'insecticides, de bombes aérosols, de serpentins fumigènes, de tablettes insecticides sur plaque chauffante.

\* Enfin, il y a les moyens physiques qui consistent en l'assainissement du milieu environnant.

- Concernant le traitement, la recherche pharmaceutique connaît un regain d'intérêt à cause de la chloroquinorésistance grandissante.

Les médicaments disponibles pour le moment sont les suivants :

\*La Quinine: On la retrouve dans le Quinimax, Quinine LAFRAN, Quiniforme, Paluject

\*La Chloroquine: Présente sous les noms de Nivaquine, Resochine

\*L'amodiaquine: Sous les présentations de Flavoquine, Camoquine

\*Halfan, Paludrine, Fansimef, Fansidar, Daraprim

## II – PERCEPTION GENERALE DU PALUDISME PAR LES POPULATIONS

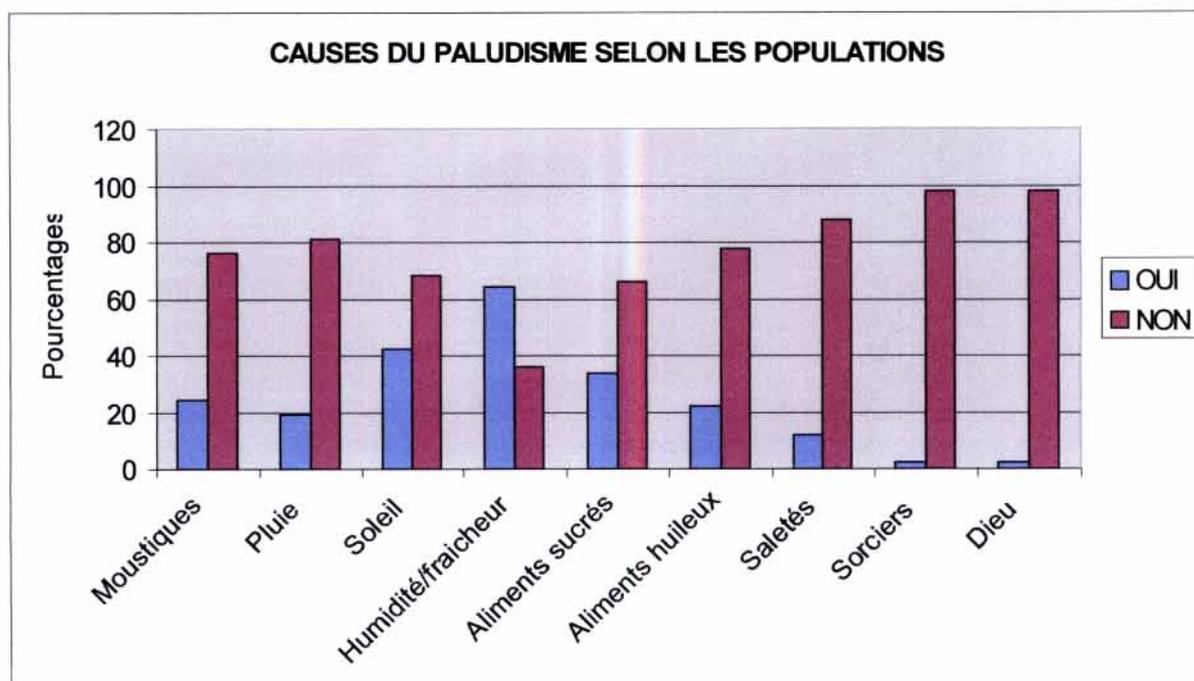
Le terme généralement utilisé pour désigner le paludisme en milieu rural de la province du Houet est *soumaya* qui désigne en langue Dioula la fraîcheur, l'humidité comme l'ont déjà observé de nombreux auteurs au cours de leurs études dans la région (DACHER, 1989 ; ROGER, 1992 et TRAORE, 1993).

Cependant, si on observe une certaine uniformité en ce qui concerne l'appellation de la maladie par les populations, les réponses quant à sa cause sont diversifiées lorsque nous leur avons demandé de dire ce qui provoque le paludisme à leur avis.

Le but recherché à travers cette question était de voir si les populations font un rapprochement entre les piqûres de moustiques et la transmission du paludisme.

Les résultats obtenus sont présentés par la figure ci-dessous :

Figure 22



Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

On remarque que seulement 24% des enquêtés savent que le paludisme est provoqué par les piqûres de moustiques.

En outre, les éléments climatiques (pluie, soleil, humidité ) et la mauvaise alimentation (aliments trop sucrés ou trop huileux ) sont des causes possibles de paludisme selon les populations et occupent une place importante dans la perception paysanne de la transmission de la maladie.

Ainsi, un peu plus de 60% des enquêtés ont évoqué le couple humidité/fraîcheur comme cause du paludisme. En fait, les populations font un rapport entre l'arrivée de la saison pluvieuse et l'intensité de la transmission du paludisme et pensent souvent que le fait de se faire battre par la pluie est une raison pour contracter la maladie. On relève ainsi assez souvent ce type de propos: «Lorsque la pluie bat quelqu'un, elle attrape froid et ainsi elle contracte le paludisme ».

Il est également intéressant de constater que les populations ont une certaine logique saisonnière de transmission du paludisme puisque la plupart de ceux qui désignent la pluie comme facteur de transmission de la maladie en saison pluvieuse pensent qu'en saison sèche au contraire, le soleil et/ou le vent sont les éléments principaux provoquant le paludisme.

Ainsi, pour beaucoup de gens «Si une personne se promène pendant longtemps au soleil elle contracte le paludisme. ». Les populations associent donc la transmission de la maladie avec les événements climatiques de chaque saison.

Enfin, on peut noter que contrairement à ce que l'on observe dans certaines zones rurales les causes surnaturelles sont très peu citées comme origine du paludisme : 2% uniquement évoquent les sorciers ou Dieu comme cause possible du paludisme.

Cette analyse montre que beaucoup de gens ignorent encore que les piqûres de moustiques sont à l'origine du paludisme et que les populations rurales ont une logique saisonnière de la transmission de la maladie.

En plus des événements climatiques, l'alimentation joue un rôle important dans la perception villageoise de la transmission du paludisme.

Concernant les aliments qui provoquent le paludisme selon les populations rurales, on peut citer le sucre si sa quantité est trop élevée dans un repas, les fruits trop sucrés consommés en excès et les aliments trop gras.

Les mêmes observations ont été faites par ROGER(1992) au Mali lors d'une étude portant sur la perception du paludisme par les femmes de Sikasso, mais selon ces dernières la présence du sucre ou de l'huile dans les aliments ne suffit pas pour déclencher la maladie.

Ces aliments ne s'avèrent pathogènes que s'ils sont consommés en quantité excessive et surtout à un moment de fragilité par rapport à la maladie.

Cela nous ramène à l'aspect saisonnier de la maladie car selon les femmes de Sikasso interrogées lors de cette étude, en saison pluvieuse la probabilité de contracter le paludisme étant très élevée, la consommation d'aliments trop sucrés ou trop gras constituant un facteur important de déclenchement de la maladie.

#### **A- Connaissance du paludisme selon le lieu de résidence**

Si l'on prend comme critère de connaissance du paludisme l'identification du moustique comme cause de la maladie, on se rend compte que sur les 24% des enquêtés ayant fait le rapprochement entre les piqûres de moustiques et la transmission du paludisme, 17% viennent de Samandéni et 7% de Bakaribougou.

L'une des raisons qui peut expliquer cette différence est le fait que les populations de Samandéni ont un contact avec les agents de santé à cause de la présence du CSPS. Cela leur permet sans doute d'acquérir des informations sur la maladie par rapport aux populations de Bakaribougou qui n'ont pas de CSPS.

La présence d'une formation sanitaire joue donc un rôle dans la connaissance des maladies par les populations en milieu rural. Des entretiens que nous avons eus avec le personnel de santé, il ressort en effet que, les formations sanitaires en milieu rural, en plus des soins intègrent la plupart du temps un volet sensibilisation dans leurs activités.

#### **B- Connaissance du paludisme selon le statut socio-économique des ménages**

Concernant l'influence des facteurs sociaux sur la connaissance et la perception du paludisme, on peut noter que parmi les enquêtés ayant reconnu le moustique comme cause du paludisme 63% sont âgés de 20 à 30 ans.

On peut penser que cette tranche d'âge jeune est plus apte à se déplacer, à échanger avec les agents de santé, à écouter les campagnes de sensibilisation et donc à avoir plus d'informations sur la maladie par rapport aux personnes plus âgées.

Sur le plan ethnique, 42% de Mossis constituent ceux qui ont identifié le moustique comme cause du paludisme, mais cela est également lié à leur nombre élevé dans l'échantillon.

Concernant la connaissance du paludisme selon le sexe, bien qu'il n'y ait que 4 femmes chefs de ménage, la moitié soit 2 d'entre elles ont pu mettre en rapport les piqûres de moustiques et la transmission du paludisme.

C'est surtout l'influence du niveau d'instruction qui retient l'attention dans la connaissance de la maladie. En effet, si l'on met en rapport la connaissance du paludisme avec les différents niveaux d'instruction, on remarque que tous les enquêtés (100%) ayant le niveau primaire déclarent le moustique comme la cause du paludisme tandis que ce chiffre tombe à 15% chez les enquêtés n'ayant aucun niveau.

On peut donc dire que le niveau d'instruction influence énormément la connaissance et la perception du paludisme par les populations en milieu rural. Lors de l'analyse des données, tous les indicateurs du statut des ménages ont été mis en rapport avec la connaissance du paludisme. Nous présentons ici les facteurs qui ont été reconnus pertinents pour l'étude.

La possession d'un poste radio peut être associée à une bonne connaissance de la maladie, 81% des enquêtés ayant cité le moustique comme cause du paludisme possèdent au moins un poste –radio.

Cela se justifierait par le fait que posséder un poste radio permet d'accéder plus aux informations dont celles relatives aux campagnes de sensibilisation sur le paludisme.

Le niveau de revenu a également une influence sur la connaissance et la perception du paludisme car 77% des enquêtés qui ont cité le moustique comme cause de la maladie font partie des ménages situés dans le quintile IV et V (revenus compris entre 80 000 et 100 000 F et revenus supérieurs à 100 000 F) tandis que 8% seulement font partie des ménages du quintile I (revenus inférieurs à 40 000 F).

On se rend compte donc qu'il y a un rapport entre un meilleur statut socio-économique des ménages et une bonne connaissance du paludisme.

### C- Perception du paludisme des enfants et des femmes enceintes

Selon l'OMS, 140 à 280 millions de cas cliniques de paludisme par an touchent des enfants de moins de 5 ans. Ils constituent en effet une couche particulièrement vulnérable car n'ayant pas développé l'immunité nécessaire vis à vis de la maladie. Il était donc nécessaire de comprendre la perception des populations par rapport au paludisme de cette tranche d'âge pour la mettre en rapport avec le traitement adopté.

Selon nos enquêtes, les populations font une différence entre le paludisme des enfants et celui des adultes et perçoivent généralement que la maladie est plus mortelle chez l'enfant que chez l'adulte comme l'ont déclaré 41% des enquêtés.

Toutefois, elles ignorent les raisons de ce fait ou du moins ne citent pas l'immunité dont ne disposent pas ces enfants. Les raisons évoquées sont surtout que l'enfant est plus fragile que l'adulte ou ne peut localiser son mal.

En outre, les mères qui sont s'occupent généralement des enfants en cas de paludisme continuent de se représenter le paludisme des enfants comme "la maladie de l'oiseau" et le terme *kono* (oiseau en langue dioula) est souvent utilisé pour désigner le paludisme des enfants. Cette observation a également été faite par DACHER (1988) et SOMA (1997) lors de leurs études respectives au Mali et au centre médical Saint-camille de Ouagadougou.

Chez les mossis, le paludisme donne lieu à différentes représentations.

Les conceptions populaires distinguent ordinairement le paludisme des adultes et celui des enfants. Le paludisme simple des enfants est appréhendé par le terme "*koom*" qui signifie eau est utilisé car il censé être causé par l'eau.

Ces conceptions populaires du paludisme des enfants ont une influence sur le traitement de la maladie et sont le plus souvent la cause de sa prise en charge inefficace. En effet, les types de traitements adoptés contre le paludisme sont en rapport avec la perception de la maladie. Une perception inexacte de l'origine de la maladie entraîne le plus souvent l'adoption d'un type de traitement inefficace.

Pendant la grossesse, les femmes perdent une partie de leur immunité naturelle vis à vis du paludisme et la prise de médicaments antipaludiques notamment la chloroquine est alors préconisée lors des consultations pré- natales.

Plus de la moitié des enquêtés (52,5% ) perçoivent que la maladie est plus dangereuse chez les femmes enceintes que chez les femmes qui ne le sont pas, mais ignorent tous la raison principale. Ils pensent plutôt à la fragilité des femmes enceintes et au fait qu'elles ne s'alimentent pas correctement.

Cette situation a une influence sur la fréquentation des CSPS par les femmes enceintes pour les consultations prénatales et les itinéraires thérapeutiques suivis en cas de paludisme.

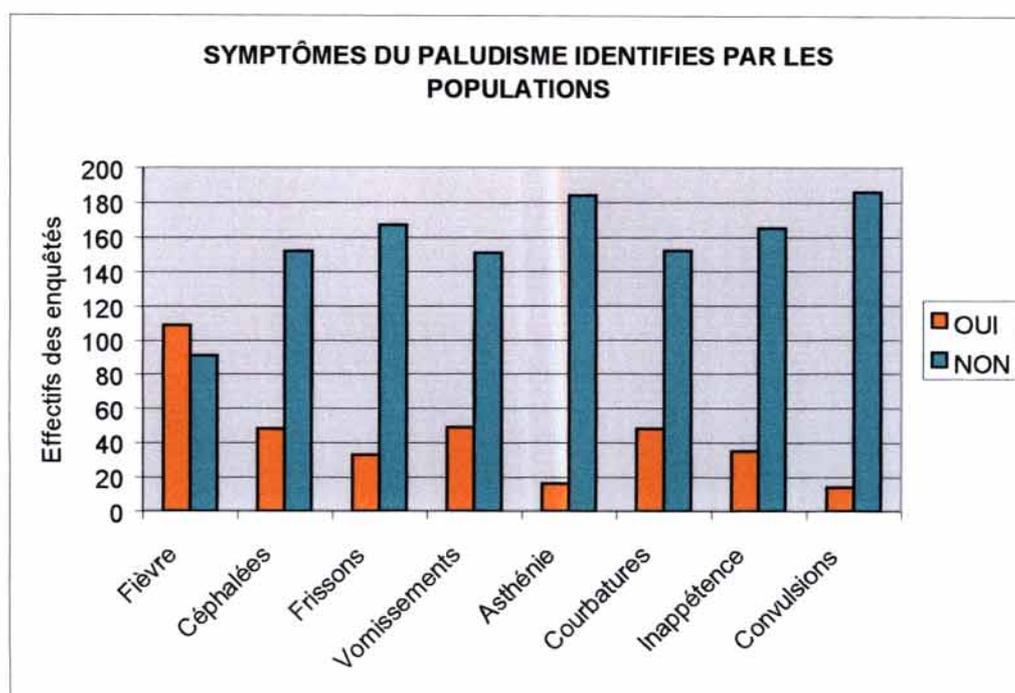
#### D- Statut socio-économique des ménages et connaissance des symptômes du paludisme

En plus de l'identification de la cause du paludisme, la connaissance des symptômes de la maladie est un indicateur qui permet d'évaluer la connaissance des ménages sur le paludisme. Aussi avons-nous demandé aux enquêtés de citer tous les symptômes de la maladie connus d'eux. Les réponses à cette question sont présentés sur la figure 23.

La figure montre que la fièvre est le symptôme du paludisme le plus connu par les populations. Cette observation a également été faite par DAO (1992) et par BARIBWIRA (1997) lors de leurs études respectives en milieu urbain de la province du Houet et dans les quartiers populaires de Bujumbura au Burundi.

Les autres symptômes sont également connus des populations même si sur le graphique on voit qu'aucun d'eux n'est cité par au moins la moitié de l'échantillon. Cela est sans doute lié au fait qu'en milieu rural, les populations gardent toujours en mémoire un ou deux signes pouvant leur permettre d'identifier les différentes maladies.

Figure 23



La connaissance de ces symptômes du paludisme est influencée par certains facteurs socio-économiques et ceux qui jouent un rôle important sont :

- Le niveau d'instruction : Plus il est élevé, meilleure est la connaissance des symptômes de la maladie puisque les enquêtés ayant au moins le niveau primaire ont presque tous (98%) cité la quasi-totalité des symptômes du paludisme tandis que ceux n'ayant aucun niveau ne connaissaient qu'un ou deux symptômes de la maladie, généralement la fièvre.

- Le lieu de résidence : La fièvre qui est un symptôme majeur de la maladie a été citée par 54,5% des enquêtés, soit 39,5% à Samadéni et 15% à Bakaribougou.

Cette différence peut s'expliquer encore une fois par l'opportunité que les populations de Samadéni ont d'avoir un contact avec une structure sanitaire donc avec les agents de santé qui ne manquent certainement pas de faire écho des symptômes du paludisme lors de leurs consultations. On aboutit ainsi au même résultat que ROGER(1992) qui conclut que «l'accès aux infrastructures sanitaires améliore les représentations et la connaissance des symptômes des maladies par les populations rurales. ».

- Le statut socio-économique des ménages : La possession d'un poste-radio et d'un revenu important a une relation avec une bonne connaissance des symptômes du paludisme. En effet, chez les ménages possédant au moins un poste radio, la fièvre est citée par 84% des enquêtés. Cette situation se justifie par le fait que la possession d'un poste-radio permet d'avoir accès aux informations relatives à la cause du paludisme, mais également à ces symptômes. On note également une bonne connaissance des autres symptômes chez les enquêtés dont le revenu est situé dans le quatrième et le cinquième quintiles de revenu.

La connaissance et la perception du paludisme par les populations sont influencées par un certain nombre de facteurs socio-économiques comme le montre l'analyse ci-dessus.

La possession d'un poste-radio et la présence d'une formation sanitaire donnent accès à plus d'informations sur la maladie et influencent positivement sa connaissance.

Toutefois, on a noté que seulement 24% des enquêtés ont identifié le moustique comme cause du paludisme.

On peut ainsi dire que la cause réelle de la maladie n'est pas très bien perçue par les ménages, alors qu'il existe un rapport entre la perception d'une maladie et les types de traitements adoptés contre elle.

Cette perception du paludisme aura des répercussions certaines sur les types de traitements contre la maladie adoptés par les ménages en même temps que ces traitements vont dépendre de certains facteurs socio-économiques.

## **CHAPITRE II : LE RÔLE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME**

### **I- FACTEURS SOCIAUX ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES**

Selon Marc Auge, «l'environnement social et spirituel détermine les schémas étiologiques et thérapeutiques en œuvre dans une société». En d'autres termes, le milieu social a une influence certaine sur le type de traitement adopté en cas de maladie. Ce constat est également valable pour cette étude.

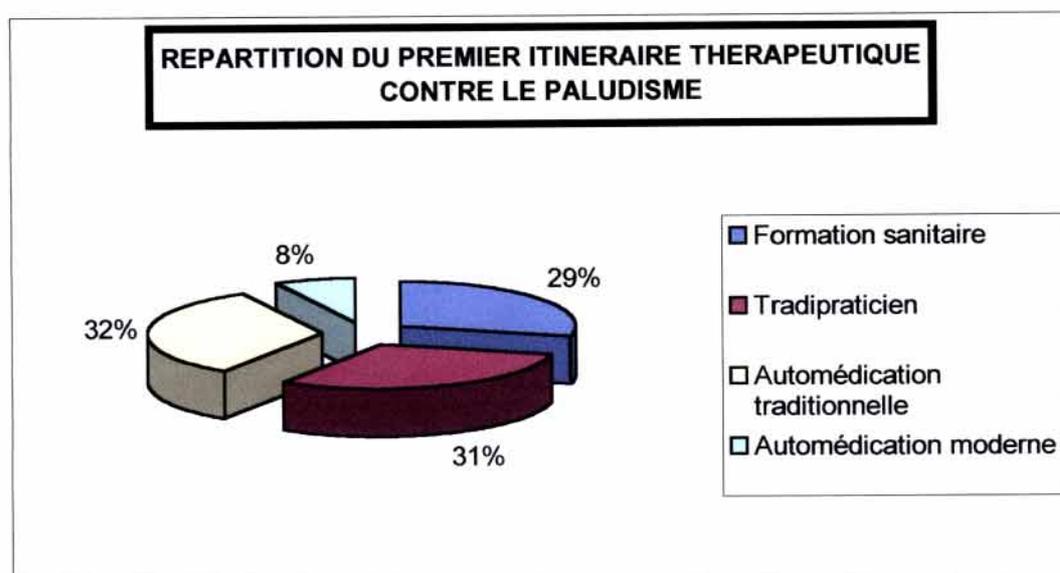
En effet, aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni, un certain nombre de facteurs sociaux influencent les itinéraires thérapeutiques suivis par les ménages en cas de paludisme.

#### **A- Le premier itinéraire thérapeutique contre le paludisme**

Le premier itinéraire thérapeutique suivi par les ménages en cas de paludisme se subdivise de façon quasiment équitable entre la formation sanitaire, le tradipraticien et l'automédication traditionnelle comme le montre la figure 24.

Quant à l'automédication moderne, seulement 8 % des ménages y ont recours comme premier traitement en cas de paludisme.

Figure 24



Source : Enquêtes de terrain

Mars 1999

Les facteurs explicatifs du recours à chaque itinéraire thérapeutique sont variables et sont liés à la présence même de la formation sanitaire pour ceux qui y ont recours, au rôle des tradipraticiens pour ceux qui les consultent en cas de paludisme et à l'importance de l'automédication traditionnelle pour les ménages dont c'est le premier recours en cas de paludisme.

La faiblesse du pourcentage des ménages qui utilisent l'automédication moderne comme premier itinéraire thérapeutique contre le paludisme s'explique par le fait qu'elle constitue une sorte de transition entre le traitement traditionnel du paludisme et le centre de santé.

Il est généralement utilisé lorsque le traitement traditionnel a échoué.

### ***1- L'influence de la formation sanitaire***

L'un des facteurs principaux qui guident le choix des ménages pour le traitement du paludisme est d'ordre géographique. Le CSPS influence de ce fait ce choix puisque parmi ceux qui ont recours à la formation sanitaire comme premier traitement en cas de paludisme, 71% viennent de Samandéni où il y a un CSPS et 29% de Bakaribougou où il y en a pas.

En outre, 92% des enquêtés de Bakaribougou qui déclarent ne pas s'adresser au CSPS en cas de paludisme évoquent pour raison principale la distance qui sépare le village de la formation sanitaire la plus proche qui est le CSPS de Dandé (7 Km).

L'éloignement du CSPS constitue donc un obstacle à sa fréquentation. La perception paysanne des services de santé modernes joue également un rôle sur le type de traitement adopté, mais à un degré moindre : Environ 7% des enquêtés déclarent ne pas être satisfaites des prestations des services de santé à cause de l'accueil, du temps d'attente, de la non disponibilité permanente des agents de santé ou de leur absence souvent prolongée.

Mais la plupart de ceux qui fréquentent régulièrement les CSPS font confiance à la médecine moderne et c'est pour cette raison qu'elle constitue leur premier réflexe en cas de paludisme.

## ***2- Le rôle des tradipraticiens***

L'un des facteurs sociaux qui jouent un rôle important dans le type de traitement adopté contre le paludisme est la religion. La plupart des animistes (93%), d'après les résultats de l'enquête s'adressent en priorité à un tradipraticien en cas de paludisme. Les rôles du tradipraticien sont multiples et on lui attribue un certain nombre de pouvoirs. Selon ATTISO cité par BICABA (1982), «le tradipraticien est une personne reconnue par la collectivité où elle vit, comme compétente, pour dispenser les soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, compétences et croyances liées au bien être physique, mental, et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité».

Au Burkina Faso, MERKLE (1983) a constaté que «les tradipraticiens sont habituellement les premiers consultés en cas de maladie et souvent aussi le dernier recours». A cause du fondement socioculturel et mystico-religieux des méthodes utilisées par les tradipraticiens, il existe une confiance mutuelle entre ces derniers et les populations locales. En milieu rural, leur rôle est souvent accentué par l'absence de structures sanitaires modernes dans certaines zones.

## ***3- L'importance de l'automédication traditionnelle***

L'automédication traditionnelle est très développée aussi bien à Bakaribougou qu'à Samandéni. Il n'est pas rare de voir les ménages se procurer des herbes, des racines, des

feuilles ou écorces de certaines espèces végétales reconnues unanimement par la communauté rurale comme étant efficaces contre le paludisme.

On peut citer *Azadirachta indica* (neem), *Mangifera indica* (manguier), *Carica papaya* (papayer), *Cochlospermum Planchoni* ou *N'dribala*...

Les doses et les modes d'utilisation varient en fonction du produit, mais il existe généralement des quantités minimales et maximales reconnues telles presque de tous.

Les raisons évoquées par ceux qui ont recours en premier lieu à l'automédication traditionnelle en cas de paludisme sont d'ordre socioculturel et économique.

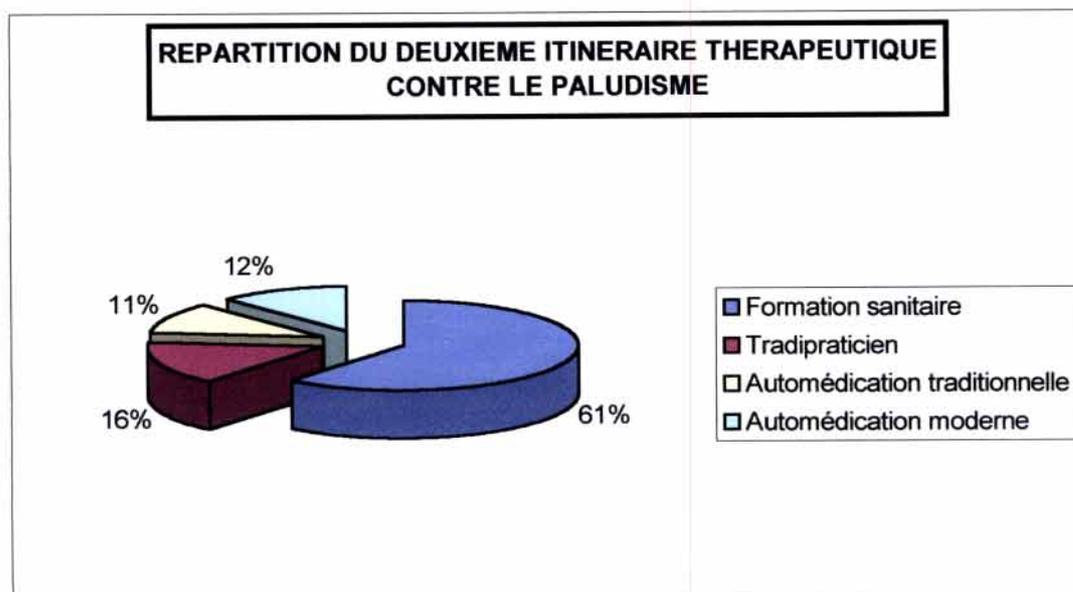
Elles tiennent à la facilité de se procurer les produits (53%), à un certain héritage culturel (31%) et au coût quasiment nul des produits et du traitement.

### B- Le deuxième itinéraire thérapeutique contre le paludisme

Il s'agit ici de connaître le type de traitement adopté par les ménages lorsque le premier a échoué afin de savoir si leur perception de la maladie a changé et analyser les facteurs pouvant guider le choix de ce nouveau type de traitement.

Le deuxième itinéraire thérapeutique adopté par les ménages en cas de paludisme se présente ainsi :

Figure 25

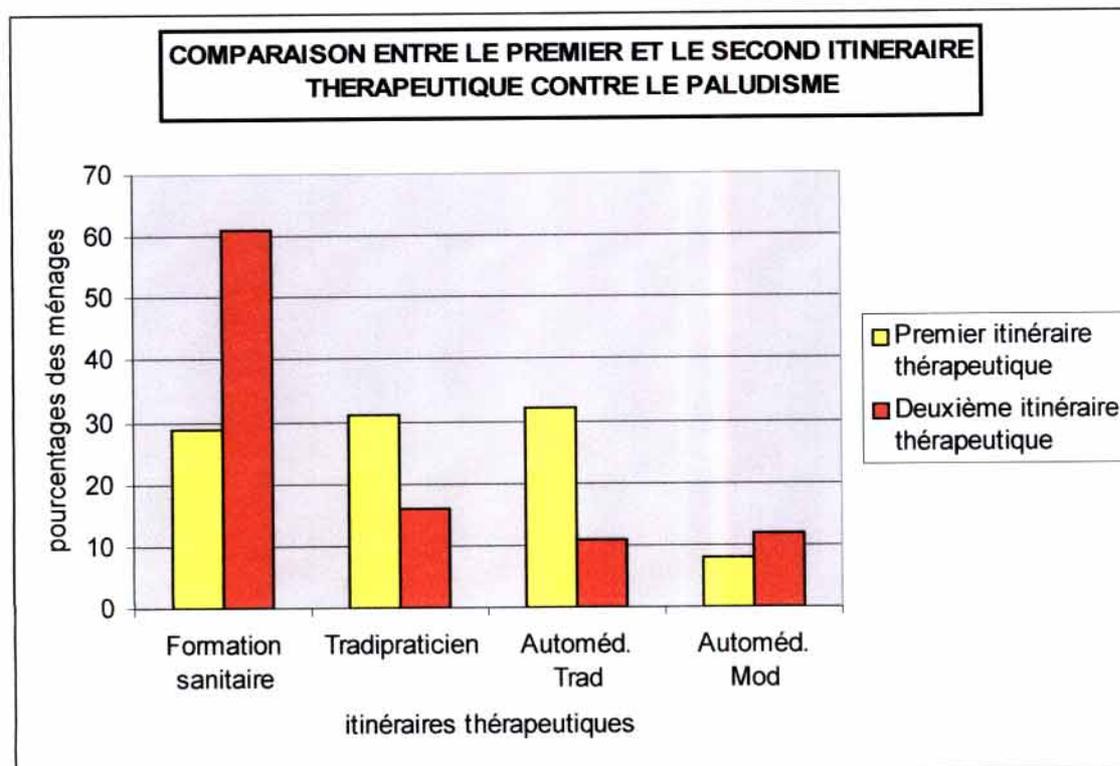


Source : Enquêtes de terrain

Mars 1999

Si l'on fait une comparaison entre le premier et le second itinéraires thérapeutiques contre le paludisme adoptés par les ménages, on obtient la figure suivante :

Figure 26



Source : Enquêtes de terrain

Mars 1999

Cette figure permet de voir l'importance de la formation sanitaire en milieu rural et d'analyser l'automédication et le recours aux tradipraticiens.

### ***1- L'importance de la formation sanitaire***

En ville, les populations s'adressent généralement en priorité à une formation sanitaire en cas de maladie. Le tradipraticien n'est consulté qu'en cas d'extrême gravité. A ce stade on considère souvent que la maladie a des origines surnaturelles.

En milieu rural, c'est plutôt l'inverse : on consulte d'abord le tradipraticien et lorsque la maladie s'aggrave, on s'adresse à la formation sanitaire. Les résultats présentés sur la figure confirment cette observation.

On remarque en effet que la proportion de ceux qui s'adressent au CSPS en cas de paludisme a doublé entre le premier recours thérapeutique et le deuxième type de traitement.

La plupart de ceux qui avaient pour premier recours le tradipraticien sont passés maintenant dans le lot de ceux qui se rendent au CSPA en cas de paludisme. Cela est confirmé par les remarques faites par les agents de santé selon lesquelles les malades de paludisme viennent au CSPA très souvent quand les traitements traditionnels ont échoué et parfois ils arrivent dans un état critique.

La formation sanitaire est donc le premier recours thérapeutique pour beaucoup de malades du paludisme, mais également le dernier recours lorsque les traitements traditionnels ont échoué. Sa présence est importante et influence le choix du traitement suivi par les ménages en cas de paludisme.

## ***2- L'automédication***

L'automédication comme deuxième recours en cas de paludisme n'est pas très développée. La proportion de ceux qui pratiquent l'automédication traditionnelle a considérablement baissé entre le premier et le second type de traitement puisqu'on passe de 32% à seulement 11%. Cela se justifie par le fait que lorsque l'automédication traditionnelle échoue, on pense que la maladie est grave et qu'il faut adopter un autre type de traitement. A ce niveau, deux recours sont possibles : le tradipraticien pour ceux qui pensent que la maladie peut avoir des origines surnaturelles et la formation sanitaires pour ceux qui ne s'y étaient pas rendus pour des raisons économiques surtout et qui se voient à présent obligés de le faire.

Pour l'automédication moderne, on passe de 8% pour le premier itinéraire thérapeutique à 12% pour le second. Lorsque les traitements traditionnels du paludisme ont échoué pour certains malades, ils s'adonnent à l'automédication moderne, c'est-à-dire en achetant eux-mêmes des produits généralement à la pharmacie privée à Samandéni et chez l'agent de santé communautaire (ASC) à Bakaribougou.

Ces malades ne s'adressent pas à la formation sanitaire car ils estiment ne pas avoir les moyens d'honorer d'éventuelles ordonnances. Ils préfèrent donc acheter les produits pharmaceutiques eux-mêmes en fonction de leurs moyens. Pour eux, le CSPA apparaît comme l'ultime recours et ils ne s'y rendent que lorsque tous les autres types de traitement ont échoué. L'automédication moderne apparaît donc comme une transition pour eux entre les traitements traditionnels et le traitement moderne du paludisme représenté par la formation sanitaire.

**PLANCHE PHOTOGRAPHIQUE N°2 : FORMATIONS SANITAIRES DE SAMANDENI**

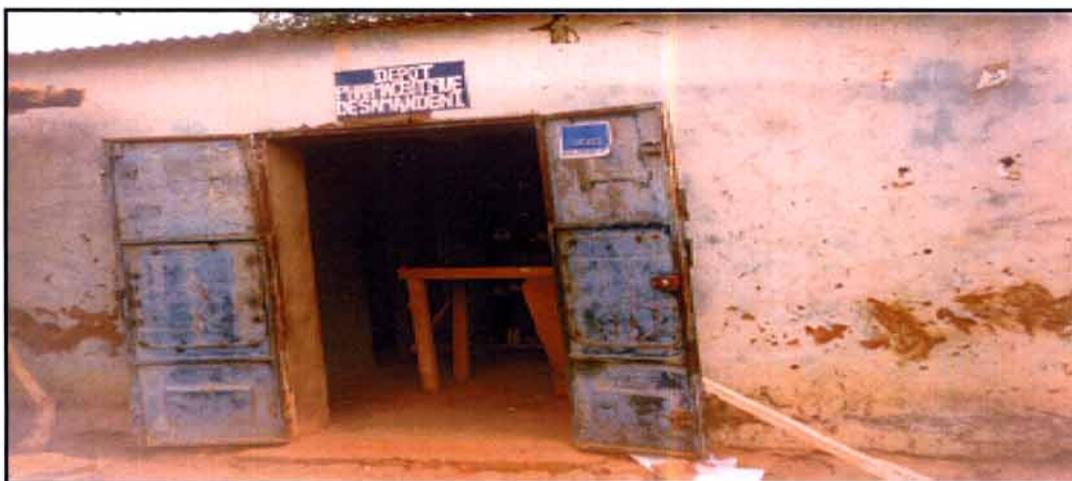
**PHOTO 1** : Le CSPS de Samandeni

Il occupe une place importante dans l'amélioration de la santé des populations.



**PHOTO 2**: Le dépôt pharmaceutique de Samandeni

Il ne dispose pas toujours de médicaments dont ont besoin les villageois.



**PHOTO 3**: Cette salle vétuste sert de maternité au CSPS de Samandéni



### *3-Le recours aux tradipraticiens*

Sur la figure 26, on constate qu'entre le premier et le second itinéraire thérapeutique, le pourcentage des ménages qui se rendent chez le tradipraticien en cas de paludisme a pratiquement baissé de moitié.

Lorsque le traitement du tradipraticien s'avère inefficace, l'origine surnaturelle suspectée de la maladie disparaît et à cette étape, dans la perception villageoise, on pense souvent que la médecine moderne peut aider à la guérison.

Mais en réalité, la majorité des ménages n'abandonnent pas totalement le traitement proposé par les tradipraticiens; Ils y associent simultanément d'autres types de traitement.

Cela montre le degré de confiance qui existe entre les populations rurales et les tradipraticiens.

Pour évaluer le degré de leurs connaissances sur le paludisme et comprendre les pratiques qu'ils préconisent en matière de traitement de la maladie, nous avons eus des entretiens avec des tradipraticiens présents dans les villages au moment de l'étude.

De ces entretiens, il ressort que les tradipraticiens ont une connaissance appréciable du paludisme. En effet, la plupart d'entre eux mettent en rapport les piqûres de moustiques et le paludisme, même si le mode de transmission n'est pas connu.

SOMBIE (1994) et TRAORE (1993) avaient déjà abouti à la même conclusion au terme de leurs études respectives à Bobo-dioulasso et à Ouagadougou. Les traitements contre le paludisme proposés par les tradipraticiens aux malades sont généralement à base de plantes locales déjà connues par les populations et que nous avons évoqués plus haut.

Mais en plus de ces plantes locales, les tradipraticiens disposent de certaines recettes qu'ils se procurent en brousse ou dans d'autres localités en dehors du village ou du département. Les parties des plantes utilisées sont généralement les feuilles, les écorces, les tiges ou les racines selon le cas avec souvent des associations possibles entre ces différentes parties et entre plusieurs espèces.

Quant aux modes d'emploi, il s'agit de la boisson, du bain, de l'application sur la peau et de la fumigation.

La durée des traitements varie de 2 à 4 jours selon l'âge, le sexe, et la gravité de la maladie au moment où le malade se présente pour les soins chez le tradipraticien.

L'analyse des types de traitements adoptés par les ménages en cas de paludisme montre qu'ils sont influencés par des facteurs socioculturels et sanitaires.

En effet, les plantes locales utilisées pour l'automédication traditionnelle découlent d'un certain héritage culturel et les tradipraticiens jouent un rôle non négligeable à cause de la confiance mutuelle entre eux et les populations locales.

Mais la présence ou non d'une formation sanitaire peut modifier le choix des communautés rurales en matière de traitement du paludisme. La distance de cette formation sanitaire peut également être un facteur rendant difficile sa fréquentation par les villageois.

L'adoption d'un traitement moderne contre le paludisme en milieu rural est donc liée autant à la présence d'infrastructures modernes de santé qu'à leur accessibilité.

En plus de ces facteurs sociaux et sanitaires, les facteurs économiques jouent également un rôle dans les types de traitement suivis par les ménages en cas de paludisme. Beaucoup de ménages évoquent en effet le manque de moyens financiers pour la non-fréquentation du CSPPS lorsqu'un ou plusieurs de leurs membres souffrent de paludisme. Il convient donc de mettre en rapport les facteurs économiques et le traitement du paludisme.

## **II- FACTEURS ECONOMIQUES ET TRAITEMENT DU PALUDISME**

### **A- Types de traitement du paludisme selon le revenu des ménages**

#### ***1- Ampleur de la transmission du paludisme dans les villages***

Selon les données recueillies auprès des CSPPS, 687 cas de paludisme dont 245 cas de paludisme grave ont été enregistrés effectivement d'avril 1998 à mars 1999 au CSPPS de Samandéni, soit 36,87% des consultations générales du village.

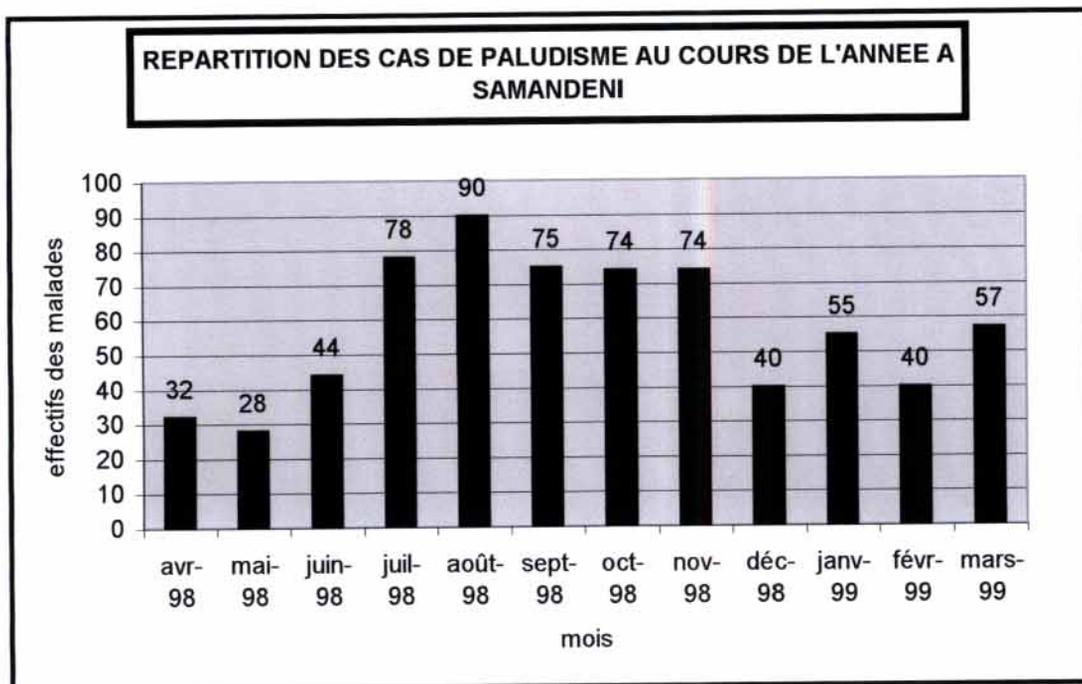
Pour le village de Bakaribougou, le CSPPS de Dandé dont il dépend ne dispose pas de chiffres concernant les cas de paludisme uniquement pour ce village car très souvent les malades ne déclarent pas leur provenance lors des consultations.

Cependant, les agents de santé estiment que le paludisme occupe une place importante dans les consultations du CSPPS et cela montre que l'ampleur de la transmission est également importante à Bakaribougou.

La transmission du paludisme à Samandéni durant cette période est présentée sur la Figure 27.

En observant la figure, on constate que la transmission du paludisme est permanente toute l'année dans le village. Elle est plus intense de juillet à novembre, c'est-à-dire durant le dernier semestre de l'année. Cette période correspond également à la saison pluvieuse avec un maximum de cas en août.

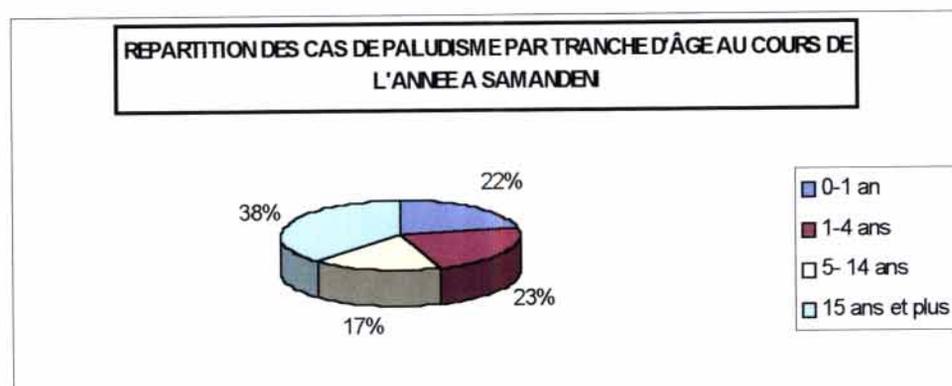
Figure 27



Source: CSPS de samandéni

Si l'on considère les tranches d'âge affectées par la maladie, on obtient la figure suivante :

Figure 28



A travers cette figure, on peut remarquer le pourcentage très important des cas de paludisme chez les enfants de 0 à 4 ans puisque ces 2 tranches confondues regroupent plus du tiers de l'ensemble des cas de paludisme dans le village au cours de l'année.

Ces chiffres ne tiennent évidemment pas compte des cas de paludisme non déclarés au CSPS qui sont très élevés selon les services de santé et selon les populations elles-mêmes.

En effet, la quasi-totalité (99%) des ménages enquêtés ont eu au moins un membre ayant souffert de paludisme au cours des 12 mois précédents notre enquête.

Cela démontre l'ampleur de la maladie à l'intérieur des ménages et confirme les observations des services de santé selon lesquelles une proportion importante des cas de paludisme n'est pas déclarée au CSPS aussi bien à Samandéni qu'à Bakaribougou.

Le tableau suivant présente le nombre de malades recensés dans les ménages enquêtés au cours des 12 mois précédents l'enquête :

**TABLEAU 28: NOMBRE DE MALADES DU PALUDISME DANS LES MENAGES AU COURS DE L'ANNEE**

Nombre de malades	Effectifs des ménages	Pourcentage
0	2	1%
1	96	48%
2	58	29%
3	37	18,5%
4	14	7%
5	3	1,5%
Total	200	100%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Au total, 394 cas de paludisme ont été recensés dans les 200 ménages soit environ 2 cas de paludisme en moyenne par ménage et par an.

## ***2- Types de traitement selon le revenu des ménages***

«Si nous ne partons pas au CSPS, c'est parce que nous n'avons pas les moyens. Si tu pars au CSPS pour te traiter, on te prescrit toujours une ordonnance, alors que les produits coûtent chers».

Cette phrase a été prononcée par plusieurs enquêtés et prouve que le facteur économique influence le type de traitement adopté par les ménages. Autrement dit, ceux qui estiment ne pas avoir les moyens pour suivre convenablement un traitement moderne, vont s'adonner à

l'automédication traditionnelle ou se rendre chez le tradipraticien plutôt qu'au CSPS en cas de paludisme.

Cela se vérifie lorsqu'on met en rapport le niveau de revenu des ménages et le type de traitement qui a été adopté pour les cas de paludisme recensés au sein des ménages.

**TABLEAU 29 : NIVEAUX DE REVENUS ET TYPES DE TRAITEMENT**

Quintiles de revenus	Types de traitement	Pourcentage des ménages
Quintile I Moins de 40 000 F	- Formation sanitaire - Tradipraticien - Automédication traditionnelle - Automédication moderne	12% 28% 58% 2% Total =100%
Quintile II 40 000 à 59 999 F	- Formation sanitaire - Tradipraticien - Automédication traditionnelle - Automédication moderne	14% 16% 66% 4%
Quintile III 60 000 à 79 999 F	- Formation sanitaire - Tradipraticien - Automédication traditionnelle - Automédication moderne	16% 21% 59% 4%
Quintile IV 80 000 à 100 000 F	- Formation sanitaire - Tradipraticien - Automédication traditionnelle - Automédication moderne	23% 10% 57% 10%
Quintile V Plus de 100 000 F	- Formation sanitaire - Tradipraticien - Automédication traditionnelle - Automédication moderne	37% 14% 40% 9%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Ce tableau permet de dire qu'il existe un rapport entre le niveau de revenu et le choix du traitement moderne en cas de paludisme.

En effet, dans le quintile I, 12% des ménages se sont adressés au CSPS pour traiter le paludisme de leurs membres tandis que pour le quintile IV, ce chiffre a doublé puis triplé pour le quintile V puisque à ce niveau on est à 37%.

On peut donc conclure que plus le revenu du ménage est élevé, plus la probabilité qu'il s'adresse à une formation sanitaire en cas de paludisme est grande.

Le facteur économique influence donc la fréquentation ou non de la formation sanitaire par les populations en cas de paludisme. Autrement dit, ce sont les «riches» qui se soignent au CSPS.

C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles le pourcentage des ménages qui ont eu recours à l'automédication traditionnelle est assez important pour tous les quintiles de revenus car c'est un traitement économiquement accessible à tous.

### *3- Traitement du paludisme des enfants*

Les enfants de 0 à 5 ans constituent une couche particulièrement vulnérable car n'ayant pas développé l'immunité nécessaire vis à vis du paludisme. Il était alors nécessaire de comprendre le comportement social du ménage vis à vis de l'enfant malade du paludisme pour évaluer le rôle des facteurs sociaux dans la prise en charge du paludisme des enfants de cette tranche d'âge.

De cette analyse, il ressort que ce sont les mères qui sont d'abord mises à contribution lorsque les enfants souffrent de paludisme dans la plupart des cas, comme l'avait également noté SERI (1996) lors de son étude sur la question dans le département de Gassan.

La perception des mères qui continuent de se représenter le paludisme des enfants comme la "maladie de l'oiseau" ou qui pensent que la maladie se transmet aux enfants par l'eau est une des raisons de l'inefficacité des traitements adoptés.

En plus de cela, il faut prendre en compte le rôle important des femmes âgées notamment les grands-mères ou les tantes. En effet, elles estiment souvent disposer d'une certaine expérience en matière de soins des enfants et sont souvent en première ligne lorsque les enfants souffrent de paludisme.

Généralement, elles préfèrent utiliser des recettes traditionnelles pour le traitement du paludisme des enfants et empêchent quelquefois les mères de se rendre au CSPS.

Dans certains ménages, leur pouvoir décisionnel est très important et elles finissent toujours par faire respecter leur choix.

Sur le plan économique, il existe une logique de rendement économique dans le traitement du paludisme des enfants. En effet, selon les résultats de l'étude, dans 57% des ménages, lorsqu'un enfant et un adulte souffrent simultanément de paludisme, l'adulte est

soigné en priorité lorsque les moyens financiers du ménage ne permettent pas de soigner les deux en même temps.

C'est une logique économique qui justifie cette situation puisque selon les populations, lorsque l'adulte contracte le paludisme, il ne peut plus travailler et le rendement économique s'en ressent. Il faut donc traiter l'adulte pour qu'il puisse travailler à nouveau et pour que le revenu généré par son activité puisse éventuellement servir à soigner l'enfant.

La prise en charge du paludisme des enfants est donc liée à des pesanteurs socioculturelles relatives à l'influence des femmes âgées, mais également au facteur économique dû au fait que le ménage s'occupe en premier lieu de l'adulte qui est actif par rapport à l'enfant qui est inactif et ne peut mener aucune activité économique.

## **B- Dépenses pour le traitement du paludisme**

Les sommes dépensées par les ménages pour le traitement du paludisme de leurs membres varient en fonction du type de traitement adopté.

### ***1- Le traitement moderne***

Le coût du traitement moderne du paludisme comprend le coût de la consultation au CSPPS et le coût des produits pharmaceutiques contre la maladie. A cela, il faut ajouter le coût du transport dans certains cas pour les malades qui se sont déplacés de Bakaribougou à Dandé.

Les antipaludéens généralement prescrits aux malades sont par ordre d'importance : La chloroquine, la nivaquine<sup>R</sup> et le quinimax<sup>R</sup> et le paracétamol.

Le tableau suivant permet d'évaluer le coût moyen d'un traitement complet selon le comprimé:

TABLEAU 30 : EVALUATION DU COÛT D'UN TRAITEMENT COMPLET DU PALUDISME SELON LE MEDICAMENT

Médicaments	Coût d'un comprimé	Coût du traitement complet	Coût de la consultation	Coût moyen du transport	Coût total du traitement
Chloroquine	11,25 F	225 F	200 F	100 F	525 F
Nivaquine <sup>R</sup>	62,5 F	1250 F	200 F	100 F	1550 F
Quinimax <sup>R</sup>	600 F	5404 F	200 F	100 F	5704 F
Paracétamol	11,25 F	150 F	200 F	100 F	450 F

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Pour les malades qui se sont rendus au CSPS, une addition de ces 3 coûts a été faite et pour ceux ayant pratiqué l'automédication moderne, il s'agit uniquement du prix des médicaments achetés pour le traitement de la maladie.

Les résultats obtenus sont présentés par le tableau ci-dessous :

TABLEAU 31 : DEPENSES DES MENAGES POUR LE TRAITEMENT MODERNE DU PALUDISME

Sommes	Effectifs des ménages	Pourcentages des ménages
Moins de 500 F	14	17,94%
500 F à 1000 F	44	63,76%
1000 F à 2000 F	09	12,67%
Plus de 2000 F	04	5,63%
Total	71	100%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Ce tableau montre que les sommes utilisées par les ménages pour le traitement moderne du paludisme semblent modestes, mais pour les villageois, il s'agit de sommes relativement importantes vu leur situation socio-économique.

## ***2- Le traitement traditionnel***

Evaluer les dépenses du traitement traditionnel du paludisme est assez délicat.

En effet, selon les populations elles-mêmes, il est difficile de parler de coût puisque le traitement contre le paludisme proposé par les tradipraticiens se résume souvent à des plantes locales qu'on n'a pas besoin d'acheter.

Toutefois il existe des recettes qui sont vendues aux malades, eu égard à leur non-disponibilité dans les villages, à des sommes modiques.

Les coûts des consultations chez les tradipraticiens ne sont pas élevés et sont très souvent symboliques.

A cause des rapports étroits entre ces derniers et les populations, les malades ou leurs parents ne viennent voir le tradipraticien qu'après guérison du ou des malades avec un cadeau en nature ou en espèce pour le remercier de ses services.

Cette situation fait que le coût du traitement traditionnel du paludisme en milieu rural est quelque peu difficile à évaluer.

Pour les cas de paludisme dans les ménages enquêtés, les pourcentages des plantes utilisées pour le traitement de la maladie sont présentés sur le tableau 32 (P 99) et montrent que *Vernonia colorata*, *Cochlospermum planchonii* sont les plantes qui ont été les plus utilisées par les ménages.

Ces plantes ont déjà fait l'objet de recherche par la médecine moderne et elles auraient certaines propriétés antipaludiques, mais leur efficacité n'a pas été encore prouvée. Concernant les dépenses effectuées pour le traitement traditionnel du paludisme, elles se situent entre 200 et 500 F pour tous les ménages ayant effectivement dépensé pour cela.

**TABLEAU 32 : PLANTES UTILISEES POUR LE TRAITEMENT  
TRADITIONNEL DU PALUDISME**

Noms scientifiques	Noms locaux	Parties utilisées	Mode d'emploi	Effectifs des ménages	Pourcentages
<i>Azadirachta indica</i>	Nim (B) et (M)	Feuilles	Boisson Bains	02	2,2%
<i>Vernonia colorata</i>	Ko-safna (B) Koa-safande (M)	Feuilles	Boisson	21	2,4%
<i>Combréthum micranthum</i>	Ngolobé (B) Randega (M)	Feuilles Racines	Boisson Bains	09	10,3%
<i>Pseudocedrela kotchyi</i>	Sugdré (M)	Tiges feuillées	Boisson	07	08%
<i>Adansonia digitata</i>	Sira (B)	Ecorches	Boisson	02	2,2%
<i>Carica papaya</i>	Mandé (B) Papai (M)	Feuilles fraîches	Boisson	08	9,20%
<i>Cochlospermum planchonii</i>	Ndribala (B) Sosga (M)	Feuilles	Boisson Ablution	12	13,2%
<i>Anogeissus leiocarpus</i>	Kalama (B) Silga (M)	Feuilles Racines	Boisson	13	14,9%
<i>Mitragina inermis</i>	Doum (B) Yilga (M)	Feuilles	Boisson Bains	07	08%
<i>Terminalia laxiflora</i>	Wolo (B) Kondré (M)	Feuilles fraîches	Boisson	05	5,5%
<i>Jatropha curcas</i>	Bagani (B) Ouabin-bangma	sève	Boisson	02	2,2%
<b>TOTAL</b>				<b>88</b>	<b>100%</b>

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

B: Bambara

M: Mooré

### **3- L'automédication**

Les coûts liés au traitement du paludisme par l'automédication traditionnelle sont quasiment nuls. En effet, il s'agit généralement de recettes à base de produits locaux à portée de main des ménages et qui ne nécessitent pas de ce fait des dépenses d'argent.

Quant à l'automédication moderne, il s'agit de produits pharmaceutiques contre le paludisme que les ménages se sont procurés soit avec l'agent de santé communautaire (ASC), soit au dépôt pharmaceutique.

Les produits utilisés sont par ordre d'importance la chloroquine (47%), l'aspirine (28%), le paracétamol (23%) et le quinimax<sup>R</sup> (2%).

Les dépenses que ces produits ont entraîné pour les ménages se répartissent de la façon suivante :

**TABLEAU 33 : DEPENSES DES MENAGES POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME PAR L'AUTOMEDICATION MODERNE :**

Sommes	Effectifs des ménages	Pourcentages des ménages
0 à 100 F	02	10,53 %
100 F à 200 F	06	31,54 %
200 à 300 F	10	52,63 %
Plus de 300 F	01	5,26 %
Total	19	100%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Le tableau montre que plupart des ménages ont dépensé entre 200 et 300 F pour le traitement du paludisme par l'automédication.

Le paludisme a donc des incidences économiques sur les ménages puisqu'il entraîne des dépenses aussi bien pour le traitement moderne que pour le traitement traditionnel.

A première vue, les sommes dépensées pour les différents types de traitements de la maladie ne sont pas très élevées, mais il faut se mettre dans le contexte socio-économique de ces ménages pour constater que ces dépenses ont un impact économique non négligeable pour eux.

En plus de l'impact économique, la maladie a également des répercussions sociales sur la vie des populations rurales.

### **C- Les conséquences socio-économiques du paludisme**

#### ***1- Les conséquences sociales***

Le paludisme a des conséquences sur presque toutes les couches sociales.

Chez les enfants par exemple, la maladie peut empêcher ceux qui sont atteints de se rendre à l'école et entraîner souvent un retard scolaire chez eux.

En outre, les adultes atteints de paludisme ne peuvent participer normalement à la vie de la communauté.

Mais en plus des malades, les autres membres de la communauté sont également affectés en cas de paludisme.

Ainsi, lorsqu'un ou plusieurs membres d'un ménage souffrent de paludisme, une ou plusieurs personnes sont désignées pour rester auprès d'eux et dans ce cas il faut souligner le rôle très important des femmes.

En effet, à Bakaribougou et à Samandéni comme partout en milieu rural de la province du Houet, ce sont les femmes qui sont les premières à qui on fait appel en cas de maladie en général et de paludisme en particulier pour veiller sur les malades.

La participation des enfants est également non négligeable. En effet, lorsqu'un adulte est atteint de paludisme et ne peut travailler, c'est aux enfants qu'on demande de le remplacer tant au niveau des travaux ménagers qu'au niveau des activités économiques.

Cela peut aussi empêcher quelque fois les enfants de se rendre à l'école.

Au total, autant le paludisme a donc des répercussions sociales sur les malades qui ne peuvent participer normalement à la vie socio-économique de la communauté rurale, autant il a des conséquences pour les autres membres des ménages qui sont obligés de rester auprès des malades.

## *2- Les conséquences économiques*

Les conséquences économiques du paludisme sur les ménages correspondent au pourcentage du revenu dépensé pour le traitement de la maladie et au nombre de jours de travail perdu par les actifs malades pour cause de paludisme.

Le pourcentage du revenu dépensé pour le traitement du paludisme par les ménages varie en fonction du type de traitement mais surtout selon le quintile de revenu.

Le tableau 34 (p 103) montre que le pourcentage du revenu utilisé pour le traitement du paludisme n'est pas très élevé puisqu'en moyenne les ménages ont utilisé entre 2 et 4 % de leur revenu monétaire annuel pour le traitement de la maladie.

Ces résultats sont assez différents de ceux obtenus par DAO (1992) lors de son enquête portant sur les dépenses du paludisme dans 150 familles de Bobo-dioulasso au cours de laquelle il avait trouvé que les familles dépensaient en moyenne 5% de leur revenus mensuels pour la lutte antipaludique (traitement et prévention).

**PLANCHE PHOTOGRAPHIQUE N°3: QUELQUES PLANTES UTILISEES POUR LE  
TRAITEMENT TRADITIONNEL DU PALUDISME**

PHOTO 1: *Mangifera indica* (manguier)



PHOTO 2: *Azadirachta indica* (neem)

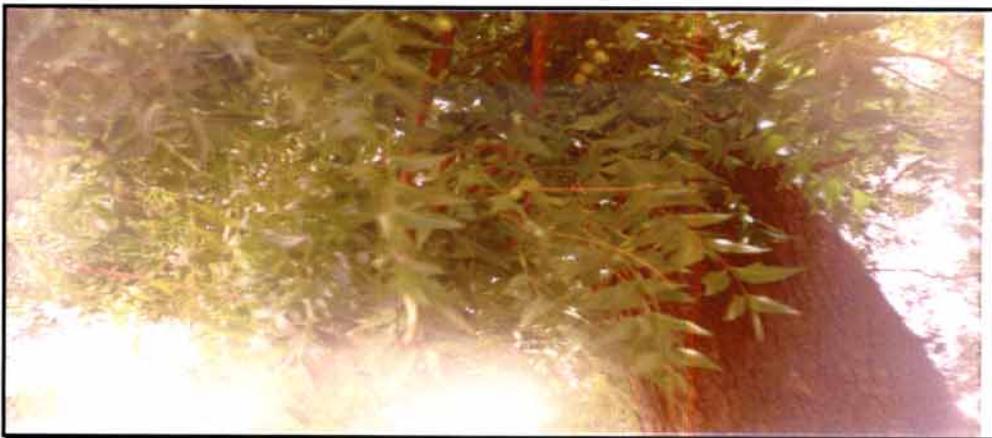


PHOTO 3 : Feuilles d'Eucalyptus



**TABLEAU 34 : POURCENTAGE DU REVENU UTILISE POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME EN FONCTION DU QUINTILE DE REVENU :**

Quintiles de revenus	Pourcentages d revenu dépens	Pourcentages des ménages
Quintile I Moins de 40 000 F	Moins de 2%	89%
	2 à 4 %	11%
Quintile II 40 000 à 60 000 F	Moins de 2%	93%
	2 à 4 %	07%
Quintile III 60 000 à 80 000 F	Moins de 2%	95%
	2 à 4 %	03%
	Plus de 4%	02%
Quintile IV 80 000 à 100 000 F	Moins de 2%	82%
	2 à 4 %	14%
	Plus de 4%	04%
Quintile V Plus de 100 000 F	Moins de 2%	82%
	2 à 4 %	13%
	Plus de 4%	05%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Cette différence entre les résultats de DAO (1992) et les présents résultats se justifie par les niveaux de revenus qui sont nettement plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural et permet de voir également que le milieu rural est souvent très en retard par rapport au milieu urbain sur le plan économique.

Si l'on compare les résultats de la présente étude à ceux obtenus par COULIBALY (1993) dans la même province, on s'aperçoit que les pourcentage du revenu utilisé pour le traitement du paludisme au niveau de son étude sont légèrement supérieurs à ceux de cette.

En effet, les résultats de son étude montrent que le coût des accès palustres représentent 10,7% du revenu annuel des artisans, 10,1% de celui des éleveurs et 6,9% du revenu des agriculteurs.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les revenus des ménages de son étude sont supérieurs à ceux des ménages de la présente étude et cela confirme qu'il existe un rapport entre le revenu des ménages et le traitement du paludisme.

Les résultats de cette étude sont cependant proches de ceux obtenus par GUIGUEMDE et al (1997) dans la région de Bobo-dioulasso.

En effet, selon leur étude, pour un agriculteur âgé de plus de 5 ans, le pourcentage de perte économique est de 2,2%, ce qui est plus ou moins proche des présents résultats.

Sur le tableau, on peut remarquer que plus les ménages se situent dans un quintile de revenu élevé, plus le pourcentage de ce revenu qui a été consacré au traitement du paludisme est important.

Ainsi, pour les quintiles de revenus IV et V respectivement 4 et 5% des ménages ont dépensé plus de 4% de leurs revenus monétaires annuels pour le traitement de la maladie tandis que pour le quintile I, ce chiffre est seulement de 1%.

En effet, comme nous l'avons vu, la plupart des ménages qui ont un revenu relativement élevé se dirigent vers le CSPS en cas de paludisme tandis que les autres ménages s'orientent vers l'automédication ou se rendent chez le tradipraticien où le traitement du paludisme est moins coûteux qu'au CSPS. Il est donc normal que le pourcentage du revenu consacré au traitement de la maladie varie en fonction du quintile de revenus.

On peut également dire que c'est une logique économique qui guide les ménages dans leurs dépenses de traitement contre le paludisme puisqu'ils choisissent le type de traitement en fonction de leur situation économique.

En plus du coût du traitement de la maladie, le paludisme a un autre impact économique sur les ménages par les journées de travail perdues par les membres actifs des ménages, surtout que la maladie sévit plus en saison pluvieuse, période d'intenses activités agricoles en milieu rural.

Dans les ménages que nous avons enquêtés à Bakaribougou et à Samandéni, les nombres de jours de travail perdus pour cause de paludisme par un ou des membres se répartissent de la façon suivante : 34,5% des malades ont perdu une journée de travail, 40,5% en ont perdu 2, 19% ont perdu 3 jours de travail et 6% en ont perdu 4.

Si on fait la moyenne du nombre de ces jours de travail perdus, on se rend compte que les membres actifs des ménages ont perdu environ 2 jours de travail pour cause de paludisme, ce qui est relativement important en milieu rural quand on connaît le volume de travail effectué par les populations surtout en saison pluvieuse, période de grande transmission de la maladie.

Le paludisme a donc un impact assez important sur la vie économique des ménages puisque par le coût de son traitement, il affecte le revenu des ménages et en plus, les malades actifs perdent des jours de travail à cause de la maladie.

Au regard de l'analyse du rapport qui existe entre les facteurs socio-économiques et le traitement du paludisme, il ressort que ces facteurs socio-économiques influencent beaucoup le traitement du paludisme à Bakaribougou et à Samandéni.

Le type de traitement adopté par les ménages en cas de paludisme dépend des facteurs socioculturels comme la confiance en la médecine traditionnelle, la perception paysanne des services de santé modernes, des facteurs géographiques comme la proximité ou non d'une formation sanitaire et des facteurs économiques c'est-à-dire que le niveau de revenu joue un rôle dans le type de traitement adopté contre la maladie.

En outre, la maladie a des incidences socio-économiques car elle empêche les malades de participer normalement à la vie de la communauté et prive les ménages d'une partie de leur revenu.

Ces incidences socio-économiques pourraient être évitées ou au moins limitées si les ménages adoptaient des mesures préventives efficaces contre la maladie. Mais au niveau de la prévention également, les facteurs socioculturels et économiques jouent un rôle important comme va le montrer le chapitre qui va suivre.

### **CHAPITRE III : L'INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES SUR LA PREVENTION DU PALUDISME**

#### **I- FACTEURS SOCIAUX ET PREVENTION DU PALUDISME**

##### **A- Perception du paludisme et prévention de la maladie**

L'adoption d'une ou de plusieurs méthodes préventives contre une maladie est en rapport avec l'origine réelle ou supposée de la maladie.

Ainsi, 49,5% des personnes interrogées pensent qu'on peut effectivement éviter le paludisme contre 50,5% qui pensent le contraire. Cela a sans doute une influence sur les méthodes préventives adoptées ou non par les ménages.

Près de la moitié des enquêtés pensent donc que le paludisme est une maladie qui fait partie de l'environnement de vie même des ménages et que de ce fait il est quasiment inévitable.

Les raisons évoquées pour justifier cette perception sont les suivantes:

TABLEAU 35: RAISONS POUR LESQUELLES ON NE PEUT PAS EVITER LE PALUDISME SELON LES POPULATIONS :

Raisons	Effectifs des enquêtés	Pourcentages
Manque de moyens de protection	21	20,81%
Maladie donnée par Dieu	15	14,85%
Maladie donnée par les sorciers	06	5,94%
Présence permanente de moustiques	09	8,9%
Trop de vent	15	14,85%
Trop de soleil	20	19,80%
Trop de pluies	15	14,85%
Total	101	100%

Source: Enquêtes de terrain

Mars1999

Certains enquêtés pensent que le paludisme n'est pas évitable tout simplement parce qu'aussi bien la médecine moderne que la médecine traditionnelle ne disposent d'un moyen à même d'éradiquer la maladie.

Pour eux, la maladie est inévitable simplement parce qu'on ne dispose d'aucun moyen de protection contre elle.

D'autres évoquent des causes surnaturelles (Dieu, sorciers) pour justifier le fait qu'on ne puisse éviter le paludisme. Pour eux, «c'est Dieu qui décide de tout et donc de rendre malade quelqu'un et dans ce cas, on n'y peut rien».

Toujours dans le même ordre d'idée, certains pensent que «les sorciers peuvent prendre l'âme d'une personne et la rendre malade».

Il est intéressant de noter qu'autant les causes surnaturelles avaient été très peu évoquées en ce qui concerne la cause physique du paludisme, autant dans la perception des populations sur sa prévention, la maladie peut avoir une origine surnaturelle et dans ce cas, la solution est de la combattre aussi de façon surnaturelle.

Les éléments climatiques jouent aussi un rôle important dans le fait que les populations pensent qu'on ne peut pas éviter le paludisme. En effet, beaucoup déclarent que le vent, le soleil et la pluie qu'elles pensent être des causes du paludisme sont des éléments naturels et permanents dans les villages. De ce fait, on ne peut les éviter et donc éviter la maladie. Seulement 18,9% des enquêtés pensent que la présence permanente de moustiques aussi bien

dans leurs champs que dans les habitations fait qu'il est pratiquement impossible d'éviter le paludisme.

Ce pourcentage concerne en fait la plupart de ceux qui ont évoqué les piqûres de moustiques comme cause du paludisme. De ce fait, il y a un rapport entre les causes supposées du paludisme selon les populations et leur perception de la prévention de la maladie.

Pour elles en effet, éviter le paludisme revient à réduire ses causes, ce qui dans leur perception est presque impossible.

### **B- Les méthodes préventives utilisées par les ménages**

Autant la perception du paludisme joue un rôle dans le fait qu'une partie de la population pense qu'on ne peut éviter la maladie, autant elle influence les méthodes de prévention préconisées par ceux qui pensent qu'elle peut être évitée.

En effet, le tableau suivant présente les méthodes ou attitudes à adopter pour éviter le paludisme selon eux :

TABLAEU 36 : METHODES ET ATTITUDES A ADOPTER POUR EVITER LE PALUDISME SELON LES POPULATIONS

Méthodes et attitudes	Effectifs des enquêtés	Pourcentages
Protection contre les moustiques	21	22,33%
Protection contre la pluie	27	27,27%
Protection contre le soleil	06	6,06%
Prise de médicaments	16	16,16%
Contrôle de l'alimentation	17	17,17%
Eviter les saletés	11	11,11%
Total	99	100

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

On remarque qu'il existe une corrélation entre les causes du paludisme dans la perception des populations et les méthodes et attitudes à adopter pour éviter la maladie selon elles.

Se protéger contre les moustiques est la solution pour éviter le paludisme selon la plupart des gens qui affirment que les piqûres de moustiques sont à l'origine de la maladie.

Ceux qui pensent que le fait de se faire battre par la pluie donne le paludisme préconisent pour éviter la maladie de ne pas se promener sous la pluie en ce qui concerne les enfants et de ne pas travailler sous la pluie en ce qui concerne les adultes.

De même, éviter de se promener trop longtemps sous le soleil est la solution pour éviter le paludisme selon ceux qui pensent que les promenades prolongées sous le soleil sont à l'origine de la maladie.

Les autres préconisent la prise de médicaments, le contrôle de l'alimentation c'est-à-dire éviter de manger les aliments trop sucrés ou trop huileux et garder toujours son cadre de vie propre.

La perception des populations de la prévention du paludisme est donc en étroite relation avec les causes supposées de la maladie.

Même si beaucoup de gens ne font pas le rapport entre les piqûres de moustiques et la transmission du paludisme, 76% des ménages utilisent effectivement au moins une méthode de protection contre les moustiques.

Les principales méthodes utilisées sont les suivantes :

**TABLEAU 37: METHODES DE PROTECTION CONTRE LES MOUSTIQUES UTILISEES PAR LES MENAGES :**

Méthodes utilisées	Effectifs des ménages	Pourcentages
Moustiquaire simple	Oui: 53 Non: 147	16,5% 83,5%
Moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)	Oui: 02 Non: 198	1% 99%
Bombes aérosols	Oui: 7 Non: 193	3,5% 96,5%
Serpentins fumigènes ( <i>moustiquo</i> )	Oui: 88 Non: 112	44% 56%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

On constate sur le tableau que les serpentins fumigènes communément appelés *moustiquo* est la méthode de protection la plus utilisée (44% des ménages) tandis que la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) n'est presque pas utilisée (1% seulement des ménages).

Ceux qui déclarent n'adopter aucune attitude contre les piqûres de moustiques estiment que de toute façon ces derniers font partie de leur environnement de vie depuis longtemps et seront toujours là et ne voient donc pas la nécessité d'y changer quelque chose.

Pour eux, les puits traditionnels par exemple creusés à l'intérieur même des concessions ou à proximité sont une source de prolifération de moustiques et on ne peut rien faire contre cela. C'est donc pratiquement une attitude de résignation qui fait que les populations ont intégré les moustiques dans leur environnement de vie et ne cherchent pas à s'en protéger.

Des facteurs sociaux influencent également les méthodes de protection contre les moustiques adoptées par les ménages.

En effet, le bas niveau d'instruction fait que la plupart des gens ne sont pas informés de la possibilité de faire imprégner leurs moustiquaires ni de l'utilisation possible des bombes aérosols comme méthode de protection possible contre les moustiques.

Le taux d'utilisation de la moustiquaire simple relativement bas (16,5%) s'explique à la fois par des raisons sociales et démographiques.

En fait, malgré les campagnes de sensibilisation sur l'utilisation de la moustiquaire et même de distribution gratuite, les populations rurales ne l'ont pas réellement intégrée dans leur environnement de vie, car elles sont habituées à dormir à l'air libre la plupart du temps.

La quasi-totalité des ménages qui utilisent la moustiquaire pour se protéger contre les moustiques n'en possèdent qu'une et dans beaucoup de cas en mauvais état.

« Dans cette concession nous sommes 10 à 15 personnes avec les enfants. Nous n'avons pas les moyens d'acheter des moustiquaires pour tout le monde ».

C'est par cet argument que beaucoup justifient le fait que le ménage ne possède qu'une seule moustiquaire qui est utilisée soit par le chef de ménage soit par la femme avec les enfants en bas âge.

Les facteurs socioculturels et démographiques ont donc une influence sur les méthodes de prévention du paludisme tant au niveau de la perception que des méthodes adoptées par les ménages mais également de façon spécifique par les femmes enceintes qui du fait de leur état doivent adopter des mesures particulières contre la maladie.

### **C- Femmes enceintes et prévention du paludisme**

Pendant la grossesse, les femmes perdent une partie de leur immunité vis à vis du paludisme. A cet effet, la prise de médicaments antipaludiques est préconisée lors des consultations prénatales et six semaines après l'accouchement.

Pour évaluer le degré de prévention du paludisme chez les femmes enceintes, il faut donc mesurer leur degré de fréquentation des formations sanitaires. C'est ce que nous avons fait dans les 2 villages bien que l'étude ne porte pas spécifiquement sur les femmes enceintes.

Au total, 20 femmes enceintes ont pu être interrogées au cours de l'enquête. Leur caractéristique commune est leur très bas niveau d'instruction puisque 90% d'entre elles n'ont aucun niveau alors que le niveau d'instruction est un déterminant important dans la fréquentation des services de santé maternelle et infantile (SMI) par les femmes comme l'a démontré ZOUNGRANA (1993) concernant une étude sur la question au Mali.

La présence ou non d'une formation sanitaire et sa distance par rapport au village influencent également le degré des consultations prénatales : 30% des femmes de Bakaribougou déclarent aller aux consultations prénatales de façon régulière contre 70% qui affirment ne pas le faire tandis que ces chiffres sont respectivement de 60% et 40% pour Samandéni.

Selon les agents de santé, la présence du CSPS a un impact positif sur le degré des consultations prénatales pour le village de Samandéni.

D'autres facteurs socioculturels et économiques jouent un rôle sur la fréquentation ou non des CSPS par les femmes enceintes pour les consultations prénatales. Il s'agit du regard même que la communauté rurale porte sur ces femmes enceintes.

En effet, certaines femmes enceintes qui déclarent ne pas fréquenter les CSPS pour les consultations prénatales tiennent à peu près ce genre de propos: «Si tu commences à aller au CSPS dès les premiers mois de ta grossesse, les gens disent que c'est pour montrer ta grossesse à tout le village».

Cela montre qu'il y a une certaine discrétion autour de la grossesse, du moins à ses débuts et cette attitude est liée au regard plus ou moins négatif que la société porte sur les femmes enceintes qui se montreraient trop entreprenantes par rapport à leur grossesse.

A cela, il faut ajouter le rôle important des femmes âgées dans le cas des ménages où la grossesse concerne leurs belles-filles ou leurs filles. A cause de leur expérience supposée, elles pensent souvent avoir les connaissances traditionnelles requises quant au suivi des grossesses et n'encouragent pas par conséquent les femmes enceintes à aller aux consultations prénatales. Ces observations avaient été également faites par GBARY (1995) lors de son étude dans la région de Kotédougou, près de Bobo-dioulasso.

Le niveau de décision dans les ménages est également important : Aller aux consultations prénatales ou pas ne dépend pas seulement de la femme. Cette décision appartient dans 65 % des cas au mari, dans 23 % des cas à la belle-mère et seulement dans 12 % des cas à la femme elle-même.

Ceci montre que l'entourage immédiat influence énormément le degré des consultations prénatales par les femmes.

A ces facteurs socioculturels, il faut adjoindre le facteur économique. Beaucoup de femmes donnent comme raison de leur non-fréquentation des CSPS pour les consultations prénatales le fait qu'elles n'ont pas les moyens financiers pour honorer les frais de consultation et des ordonnances éventuelles.

Concernant la prise de médicaments antipaludiques par les femmes enceintes, 28 % des femmes déclarent prendre effectivement de médicaments pour éviter le paludisme pendant la grossesse, mais les doses ne correspondent pas toujours à celles requises par les services de santé.

Certaines utilisent aussi des recettes traditionnelles, généralement des tisanes prescrites souvent par les tradipraticiens.

Les facteurs sociaux influencent donc la prévention du paludisme tant au niveau de la perception que des méthodes préventives utilisées par les ménages.

La prévention du paludisme chez les femmes enceintes est également liée à certaines considérations socioculturelles et économiques.

Les facteurs économiques ont en fait une influence sur la prévention de la maladie de façon générale.

## II- L'INFLUENCE DES FACTEURS ECONOMIQUES SUR LA PREVENTION DU PALUDISME

### A- Revenu des ménages et méthodes de prévention

Le facteur économique a été évoqué par beaucoup de personnes pour justifier le fait qu'elles n'adoptent aucune attitude spécifique aussi bien pour prévenir le paludisme que pour éviter les piqûres de moustiques.

En outre, il existe un rapport entre le niveau de revenu des ménages et les méthodes préventives adoptées contre la maladie.

Cela peut se percevoir en observant les méthodes préventives dans les quintiles de revenu des ménages sur le tableau 38.

TABLEAU 38 : REPARTITION DES METHODES DE PREVENTION SELON LES  
QUINTILES DE REVENU

Méthodes de prévention	Quintiles de revenu	Pourcentages des ménages
Moustiquo	I	32%
	II	19%
	III	16%
	IV	18%
	V	15%
		Total = 100%
Moustiquaires simples	I	21%
	II	13%
	III	04%
	IV	40%
	V	22%
Bombes aérosols	I	00%
	II	14%
	III	14%
	IV	00%
	V	72%
MII	V	100%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Ce tableau nous permet de faire les observations suivantes :

- Plus de 60 % des ménages qui utilisent la moustiquaire pour se protéger contre les piqûres de moustiques sont situés dans les quatrième et cinquième quintiles de revenus ( entre 80 000 et 100 000 F et plus de 100 000 F).

Il y a donc une certaine logique économique, qui fait que le pourcentage de l'utilisation de la moustiquaire augmente quand le revenu des ménages devient plus important.

- C'est la même logique qui fait que 72 % des ménages qui utilisent la bombe aérosol (que l'on peut considérer comme un luxe en milieu rural) comme moyen de protection contre les moustiques se situent dans le quintile de revenu le plus élevé (plus de 100 00 F).

- Tous les ménages qui utilisent la M.I.I se trouvent également dans ce quintile.

- La moitié des ménages qui utilisent les serpentins fumigènes ou *moustiquo* contre les moustiques se trouve dans les deux premiers quintiles de revenu (moins de 40 000 F et entre 40 000 et 60 000 F).

Cela peut s'expliquer par le fait que c'est le moyen le moins coûteux parmi les méthodes de protection contre les moustiques.

De ces différentes observations, on peut déduire que le niveau de revenu des ménages joue un rôle important dans les méthodes préventives contre le paludisme puisqu'il détermine en grande partie la méthode choisie.

A ces différentes méthodes, il faut ajouter l'automédication qui est très utilisée comme moyen de prévention du paludisme.

En effet, 16 % des enquêtés préconisent l'automédication comme moyen pour prévenir la maladie. Cela s'est traduit dans les faits puisque 14,5 % des ménages utilisent ce moyen exclusivement ou en plus des méthodes de protection évoquées plus haut.

Aussi bien les médicaments traditionnels que modernes sont utilisés pour cela et parfois les deux simultanément, mais très souvent, il s'agit de tisanes concoctées à partir de certaines espèces végétales que les populations boivent à des doses plus ou moins précises pour se protéger contre la maladie.

Il est également intéressant de noter que la composition de ces tisanes varie en fonction des saisons et leur prise se fait au début de chaque saison. Ainsi, dès qu'arrivent les premières pluies, certains ménages préparent des tisanes que tout le monde boit en prévision de l'intensité de la transmission du paludisme en saison pluvieuse.

La même opération se répète dès que la saison sèche s'installe et que les paysans se préparent pour les récoltes.

L'adoption de l'automédication traditionnelle comme méthode de prévention du paludisme est liée à un certain héritage culturel qui fait que les populations rurales ont intégré cette méthode dans leurs habitudes sanitaires, mais le facteur économique n'est pas neutre à cette situation puisque selon la plupart des gens, leur attachement à l'automédication traditionnelle pour prévenir le paludisme tient au fait que c'est la méthode de prévention qui impose le moins de dépenses.

## **B- Dépenses des ménages pour la prévention du paludisme**

### ***1-Coût des méthodes modernes***

Les méthodes de prévention du paludisme que l'on peut qualifier de modernes concernent la moustiquaire simple, la MII, les bombe aérosol et le *moustiquo*.

Une évaluation du coût de chaque méthode a été faite pour les ménages qui l'utilisent.

- La moustiquaire simple : Il existe une certaine dispersion des dépenses effectuées par les ménages pour l'achat de leurs moustiquaires à cause de la variation du prix de la moustiquaire selon la qualité et le lieu. Mais la totalité des ménages ont dépensé entre 3 000 et 8 000 F pour l'acquisition de leur moustiquaire.

- La MII : A ce niveau, les dépenses se situent entre 4 000 et 6 000 F

- La bombe aérosol : tous les ménages qui l'utilisent comme moyen de protection contre le paludisme ont dépensé entre 800 et 1 200 F par mois.

- Le moustiquo : C'est ici que les dépenses des ménages connaissent une variation importante. Cela se justifie par le fait que la quantité de moustiquo achetée quotidiennement par chaque ménage varie en fonction de sa taille et de ses moyens financiers.

Les sommes dépensées par mois pour cette méthode préventive se présentent de la manière suivante :

**TABLEAU 39 : DEPENSES MENSUELLES DES MENAGES  
POUR L'ACHAT DE MOUSTIQUO :**

Sommes dépensées	Effectifs des ménages	Pourcentages des ménages
Moins de 500 F	46	44%
Entre 500 et 1000 F	35	38 %
Plus de 1000 F	07	14 %
Total	88	100 %%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

A ces méthodes de prévention qui sont surtout des moyens de protection contre les moustiques, il faut ajouter l'automédication comme moyen de prévention du paludisme, surtout dans le cas des femmes enceintes même si en réalité, cela ne concerne que quelques ménages.

La quasi-totalité de ces ménages ont dépensé entre 150 et 250 F pour l'automédication moderne comme moyen pour prévenir le paludisme. Ces dépenses correspondent en fait aux dépenses effectuées pour l'achat des médicaments.

### ***2- Coût des méthodes traditionnelles***

Le coût des méthodes traditionnelles de prévention du paludisme correspond aux dépenses pour l'automédication traditionnelle.

Beaucoup de ménages n'ont pratiquement rien dépensé pour cela car les recettes de l'automédication sont constituées la plupart du temps des espèces que l'on peut se procurer facilement dans le village: *Azadirachta indica*, *Vernonia colorata*, *Combréthum michranthum*, *Pseudoecdrela kotchy*, *Adansonia digitata*, *Carica papaya*, *Cochlospermum planchoni*, *Anogeissus leiocarpus*, *Mitragina inermis*, *Terminalia laxiflora*, et *Jatropha curcas*.

Pour les ménages chez qui elle a donné lieu à l'achat de produits, les sommes utilisées à cet effet se présentent comme suit :

**TABLEAU 40 : DEPENSES POUR L' AUTOMEDICATION TRADITIONNELLE  
POUR LA PREVENTION DU PALUDISME**

Sommes dépensées	Effectifs des ménages	Pourcentages
Moins de 100 F	17	58,90%
100 F à 150 F	10	34,48%
Plus de 150 F	02	06,62%
TOTAL	29	100%

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

Ces chiffres montrent que les sommes consacrées à la prévention du paludisme par l'automédication traditionnelle ne sont pas très élevées.

Toutefois, dans le contexte socio-économique des ménages en milieu rural, ces dépenses ont un impact sur les ménages tout comme la prévention du paludisme de façon générale.

### **C- L'impact socio-économique de la prévention du paludisme sur les ménages**

#### ***1-L'impact social***

Sur le plan social, on se rend compte que la prévention préconisée et les méthodes de protection contre les moustiques utilisées par les ménages sont intimement liés à l'étiologie supposée du paludisme.

Ces croyances et ces pratiques ont pour conséquences des retards de recours aux soins modernes et des issues souvent fatales.

En outre, dans le cas des femmes enceintes par exemple, le niveau de décision et la perception de la prévention du paludisme créent souvent des conflits de génération entre les vieilles femmes et les personnes âgées de façon générale qui restent attachées à la tradition alors que les femmes enceintes désirent très souvent suivre les conseils des agents de santé.

Ces propos tenus par une femme enceinte à Samandéni illustrent bien cette situation :

«Les femmes âgées disent qu'elles ont eu beaucoup d'enfants sans l'aide des infirmiers et des dispensaires. Si les femmes enceintes veulent venir au dispensaire, elles s'y opposent, en évoquant toujours le temps passé. Les jeunes femmes qui sont enceintes ne veulent pas rejeter complètement les conseils des femmes âgées pour ne pas les déplaire, mais elles doivent aussi mettre en pratique les conseils des agents de santé, car elles finissent inévitablement par revenir au CSPS lorsqu'elles tombent gravement malades».

On s'aperçoit donc que les femmes enceintes sont partagées entre les conseils des femmes âgées encore influentes et ceux des agents de santé. Si elles choisissent de suivre ceux des seconds, cela crée souvent des tensions au sein des ménages.

Dans le cas où elles mettent en pratique ceux des premiers cités, lorsqu'elles reviennent au CSPS, les agents de santé en tiennent parfois compte avant l'administration des soins.

Quelle que soit la situation, elles sont obligées de faire un choix qui ne dépend pas totalement d'elles.

La prévention du paludisme au niveau des femmes en grossesse peut donc générer souvent une mésentente entre différentes couches sociales et entre populations rurales et agents de santé.

En plus de son impact social, la prévention du paludisme a également un impact économique sur les ménages.

## *2- L'impact économique*

Pour avoir une idée sur l'impact économique de la prévention du paludisme sur les ménages, il faut évaluer son coût par rapport au revenu des ménages. Nous avons donc calculé le pourcentage du revenu des ménages utilisé pour l'achat de médicaments à titre préventif contre la maladie et pour l'adoption d'une méthode de protection contre les moustiques.

Les résultats trouvés sont consignés dans le tableau 41.

Le pourcentage a été évalué par quintile de revenus pour faciliter les comparaisons.

**TABLEAU 41: POURCENTAGE DU REVENU CONSACRE A LA PREVENTION DU PALUDISME :**

Quintiles de revenu	Pourcentage du revenu consacré à la prévention	Pourcentages des ménages
I	Moins de 2% [ 2 à 4 % ]	92 % 08 %
II	Moins de 2% [ 2 à 4 % ]	89 % 11 %
III	Moins de 2% [ 2 à 4 % ] Plus de 4%	81% 18% 01%
IV	Moins de 2% [ 2 à 4 % ] Plus de 4%	79 % 19 % 02%
V	Moins de 2% [ 2 à 4 % ] Plus de 4%	83 % 14 % 03 %

Source: Enquêtes de terrain

Mars 1999

De ce tableau, on peut faire les observations suivantes :

- La majorité des ménages situés dans les deux premiers quintiles de revenu ont utilisé entre 0 et 2 % de leurs revenus monétaires annuels pour la prévention du paludisme.
- Respectivement 2 et 3% des ménages des quintiles de revenu IV et V ont dépensé plus de 4% de leurs revenus monétaires annuels.

En outre, une proportion non négligeable des ménages se trouvant dans ces 2 quintiles de revenus ont utilisé entre 2 et 4% de leur revenu, tandis que pour les 2 premiers quintiles, elle est assez faible.

A partir de ces observations, on peut dire que plus les ménages se situent dans un quintile de revenu élevé, plus le pourcentage de leur revenu consacré à la prévention du paludisme est important.

ceci est somme toute logique car les méthodes de protection contre les moustiques utilisées par les ménages sont d'autant plus chers qu'ils se trouvent dans un quintile de revenu élevé.

### **CONCLUSION PARTIELLE**

Les facteurs socio-économiques influencent la perception du paludisme par les populations rurales, guident le choix des types de traitement contre la maladie et déterminent les méthodes de prévention utilisées par les ménages.

En effet, l'origine supposée de la maladie selon les populations, la présence ou non d'une formation sanitaire, certaines croyances et pratiques traditionnelles qui constituent une sorte d'héritage socioculturel sont des facteurs explicatifs des types de traitement adoptés contre la maladie.

En outre, le facteur économique joue un rôle important aussi bien dans le traitement que dans la prévention du paludisme par les ménages puisque leur situation économique détermine le choix du type de traitement et de la méthode préventive utilisée.

## **CONCLUSION GENERALE**

L'analyse du rôle des facteurs socio-économiques dans la prise en charge du paludisme en milieu rural montre que le contexte socio-économique influence la perception, le traitement et la prévention de la maladie.

Les bonnes conditions pluviométriques de la province du Houet font qu'on y trouve beaucoup de points d'eau favorisant ainsi le développement des gîtes larvaires.

Toutefois ces conditions pluviométriques et climatiques favorisent également la pratique de diverses activités économiques par les ménages.

Cependant, les revenus générés par ces activités ne sont pas souvent élevés et font que la situation socio-économique des ménages à Bakaribougou et à Samandéni demeure fragile.

Dans ces conditions, la perception, le traitement et la prévention du paludisme s'en trouvent affectés.

La perception paysanne de l'origine de la maladie est influencée par des facteurs socioculturels. Les populations ne font pas toujours le rapport entre les piqûres de moustiques et la transmission du paludisme puisque seulement 24% des enquêtés savent que le paludisme se transmet par les piqûres de moustiques.

Cette perception de la maladie a un impact sur les itinéraires thérapeutiques et les méthodes préventives adoptées par les ménages car l'origine supposée de la maladie guide le choix du traitement et des méthodes de prévention.

Le traitement et la prévention du paludisme restent également tributaires de certaines pesanteurs socioculturelles ainsi que de la persistance de certains comportements et pratiques traditionnels.

Le facteur économique est très déterminant aussi bien pour le traitement que pour la prévention de la maladie.

Il existe en effet une corrélation entre le revenu des ménages et leur prédisposition à se rendre au centre de santé en cas de paludisme et à utiliser une méthode préventive efficace contre la maladie.

Plus le revenu des ménages est élevé, meilleurs sont le traitement et la prévention du paludisme.

Le paludisme a également un impact socio-économique sur les ménages car il empêche les malades de travailler et les ampute d'une partie de leur revenu.

Comme pour beaucoup d'autres maladies en milieu rural, le paludisme est un élément du cercle vicieux de la pauvreté : Les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils deviennent encore plus pauvres parce qu'ils sont malades et ne peuvent pas travailler, et leur état s'aggrave à mesure que leur pauvreté augmente.

Une ébauche de solution à ce problème passe par une sensibilisation et une diffusion des informations sur la prise en charge du paludisme à l'échelle communautaire et par l'amélioration des conditions de vie des ménages. Cela peut se faire par:

- L'éducation sanitaire: Des études ont démontré que l'éducation sanitaire a un impact positif sur la perception, le traitement et la prévention des maladies en milieu rural.

Il s'agira donc dans le cas présent d'informer et de sensibiliser les populations sur la cause réelle du paludisme pour un changement de mentalités afin qu'elles fréquentent régulièrement les centres de santé en cas de maladie en général et de paludisme en particulier.

- L'amélioration des conditions de vie des ménages: Sur le plan social, le niveau d'instruction joue un rôle important dans la prise en charge du paludisme.

On pourrait donc le rehausser quelque peu par l'alphabétisation en langues nationales pour les adultes afin qu'ils comprennent mieux les messages diffusés sur le paludisme.

Sur le plan économique, il serait intéressant que les ménages puissent bénéficier d'un appui technique dans leurs différentes activités afin d'accroître les rendements et augmenter ainsi leurs revenus.

La lutte antipaludique passe donc par l'amélioration des conditions de vie des ménages.

**BIBLIOGRAPHIE**

- AMAT (R.J) - 1981: Aspects géographiques du paludisme du littoral ivoirien au sahel voltaïque Thèse de doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle  
Université de Paris IV 201 p
- ANONYME - 1991: Le paludisme au Sud du Sahara: Comparaison entre milieux urbains et ruraux In: Cahiers de la santé pp 33-38
- ANONYME - 1993: Programme national de lutte antipaludique au Burkina Faso- Document rénové 56p
- BANGERO (H) - 1994: Socio-economic factors associated with malaria in Columbia In: Soc.Sci.Med (19) pp 1099-1104
- BARIBWIRA (C) - 1997: La lutte contre le paludisme et son vecteur: Connaissances et pratiques des ménages de Bujumbura (Burundi) In: Paludisme et maladies infectieuses en Afrique n° 6 pp 13-19
- BAUDON (D), ROUX(J) - 1985: Intégration de la lutte antipaludique dans les soins de santé primaires en milieu rural: Réflexions générales In: Médecine tropicale vol 45 n° 3 pp295-298
- BERNARD (H-L) - 1991: Développement économique et paludisme In: Santé du monde BINDZ/ 22858 -17 p
- BERNARD (P-M) - 1998: La lutte contre le paludisme en Afrique tropicale In: Bulletin de l'OMS 76 N°1 pp 3-10
- BONNET (D) - 1989: Approche ethnologique du paludisme Orstom 30p

- BONNET (D) - 1986: Représentations culturelles du paludisme chez les mossi du Burkina Faso Paris Orstom 64 pages
- BORRELY (R) - 1974: L'économie du paludisme: Essai sur l'économie de la santé IREP Grenoble 218p
- CARNEVALE (P),  
ROBERT (V) - 1987: Introduction of irrigation in Burkina Faso and it's effets on Malaria transmission Fao 11p
- CNLP - 1995: Enquête sur les dépenses pour la santé portant sur 520 concessions de l'Oubritenga 79p
- COULIBALY (N) - 1993: Etude de l'impact économique du paludisme et du niveau de l'immunité humorale des malades en zone rurale de Bobo-dioulasso Thèse de doctorat en médecine 141p
- DADJOARI (M) - 1992: Contribution à l'évaluation de l'impact économique du paludisme chez les travailleurs d'entreprise. Thèse de doctorat en médecine 111p
- DAO (F) - 1992: Evaluation du coût de la lutte antipaludique à l'échelon familial dans la ville de Bobo- dioulasso. Thèse doctorat en médecine 82 p
- DIERCTION REGIONALE  
DU PLAN - 1994: Annuaire statistique régionale- Données socio-économiques par région de planification 159p
- DONALD (S) et al - 1990: Economic impact of malaria in Africa 87 p

- DUBOIS (J-I) - 1989: Connaître les conditions de vie des ménages dans les pays en développement Paris Ministère de la Coopération et du développement 165 p
- FERNANDEZ (P-C) - 1988: Plantes médicinales contre le paludisme Barcelone( Espagne ) Ed d'auteurs 65 p
- GAZIN (P) et al - 1988: La perception du paludisme en Afrique au sud du Sahara. In: Ann. Soc. belge Méd trop 68 N°1 pp 1-3
- GBARY (A-R) GUIGUEMDE (TR) - 1994: Etude de l'utilisation des antipaludéens par les populations OUEDRAOGO (J-B) en zone urbaine, périurbaine et rurale au Burkina Faso.
- GBARY (A-R) - 1995: Les déterminants de l'utilisation de la chimioprophylaxie du paludisme chez la femme enceinte au Burkina Faso Thèse de PhD Université de Montréal 209 p
- GOH (K-T) - 1986: Social and economic aspects of malaria in Singapour In: southeast- asian-J-trop -med-public-heath 17 pp 346-352
- GUIGUEMDE (T-R) et al - 1997: Esquisse d'une méthode d'estimation du coût économique chiffré des accès palustres: Application à une zone rurale au Burkina Faso In: tropical medicine and international health N° 7 pp 646-663
- GUIGUEMDE (T-R) et al - 1986: Le poids socio-économique de la dracunculose: Méthode de calcul du coût économique chiffré de la maladie In: Etudes médicales N° 3
- INSD - 1996: Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages Ouagadougou 1<sup>ère</sup> édition 278 p

- INSD - 1995: Bulletin d'information statistiques et économiques 215p
- KONE (A)- -1992: Disparités géographiques du paludisme dans la plaine aménagée de Banzon. Mémoire de maître de géographie 88p
- KWADWO(A-O-W) - 1994: Les gens et leur santé : L'importance des facteurs socio-économiques dans la lutte anti-paludique In: Forum mondial de la santé 15-3 pp 281-284
- LOUIS (F-J), BAUDON (D) - 1997: Faut-il modifier les programmes nationaux de lutte contre le Paludisme? Des questions pour des réponses In: Paludisme et maladies infectieuses en Afrique N°6 pp 33-39
- MARTIN (D) - 1991: Le paludisme Universités Francophones, AUPELF-UREF 240p
- MOUCHET-SAMOS (F) - 1994: Des questions sanitaires en milieu rural africain Ouagadougou  
LALANE(M) CIEH S D 56 p
- MOUCHET (J) et BRENGUES(J)- 1990: Des interfaces Agriculture-Santé dans les domaines de l'épidémiologie des maladies à vecteurs et de la lutte antivectorielle. In Bull soc path N° 3 pp 376-393
- OMS - 1994: Portée économique de la lutte contre le paludisme 33p
- OMS - 1994: Stratégie mondiale de la lutte antipaludique Genève série de rapports techniques 43p
- OUEDRAOGO (B) - 1997: Recherche -Action sur le paludisme dans la province du Houet: Données préliminaires préexistantes 147p

- OUEDRAOGO (F-C) - 1993: Espaces géographiques d'une endémie tropicale:  
Les schistosomiasés de l'ouest et du centre de la  
côte-d'ivoire Thèse de doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle 285p
- PETER (L-V) - 1996: Les coûts économiques de la maladie pour les ménages en  
milieu rural du Burkina- Faso 256 p
- PICHERAL (H) - 1985: Mots et concepts de la géographie de la santé Geos 2,  
30p
- PIETRA (Y) - 1993: Impact de l'utilisation des rideaux imprègnés de  
periméthrine sur le paludisme dans une zone rurale de  
haute transmission au Burkina Faso 43p
- REMY (G) - 1985: Le dialogue entre les maladies transmissibles et le milieu  
géographique 95p
- ROGER (M) - 1993: Sumaya dans la région de Sikasso: Une entité en évolution  
In: Se soigner au Mali: une contribution des Sciences  
sociales :douze expériences de terrain Editions Karthala  
Paris 74p
- SANGLI (G) - 1991: Approche éco-géographique de la transmission du  
Paludisme: perception et innovation en santé à la vallée du  
Kou Mémoire de maîtrise Géographie Université de  
Ouagadougou Inshus 151 p
- SAUERBORN (R) - 1995: Stratégies d'adaptation des ménages aux coûts  
économiques de la maladie Lang Verlag, Frankfurt 279 p

- SAVADOGO (K) et LARIVIERE (G)- 1993: Caractéristiques socio-économiques et stratégies des ménages en matière de sécurité alimentaire dans la province du Passoré projet Cedres/laval 96 p
- SECK (M) - 1992: Aspects socio-économiques du paludisme In:vic de la Santé 10 pp 20-22
- SERI (L) - 1996: Analyse du comportement des mères face à l'enfant malade du paludisme(Cas du département de Gassan dans la Province du Sourou)Mémoire de maîtrise de sociologie FLASHS université de Ouagadougou 94 p
- SHEPARD (D-S) et al - 1990: Economic impact of malaria in Africa Arlington Virginia (USA) 52p
- SOMBIE (I) 1 - 1994: Etude des connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière de paludisme dans les villes de Ouagadougou et de Bobo- dioulasso Thèse de doctorat en médecine 86 p
- SORRE (M) - 1993: Complexe pathogène et géographie médicale Annales de géographie 239p
- STEVERLYNCK (T), KONATE (G) - 1990: Rapport de l'étude socio-économique sur les femmes dans la vallée du Kou 89 p
- TRAORE (B) - 1993: Le mal et son mode de transmission selon les tradipraticiens de Bobo-dioulasso Mémoire de maîtrise - Sociologie Université de Ouagadougou FLASHS 86 p

- TRAORE (S) et al
- 1993: Comportements et coûts liés au paludisme chez les femmes des campements de pêcheurs dans la zone du barrage de Mélingué au Mali Rapports de projets de recherche socio-économique N°12 PNUD/Banque mondiale OMS –TDR Genève 27p
- ZOUNGRANA (C-M)
- l'utilisation
- 1993: Les déterminants socio-économiques de des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali) Thèse de PhD  
Département de démographie Université de Montréal Québec 216 p
- ZOUNGRANA (T-P)
- 1984: Les effets induits des barrages de Ouagadougou: Les impacts socio-économiques, écologiques et sanitaires Mémoire de maîtrise de géographie ESLSH, Université de Ouagadougou

# ANNEXES

**FICHE D'ENQUÊTE-VILLAGE**

Date de l'enquête:.....

Nom de l'enquêteur:.....

Fiche n°:.....

Département:.....

Village:.....

- 1- Ethnie majoritaire résidente:.....
- 2 Ethnie autochtone:.....
- 2- Distance du chef-lieu de département:.....km
- 4- Type d'accès au village: Route toujours praticable  
 oui..... 1  
 non ..... 0
- 5- Structures éducatives:(indiquer le nombre en face)
- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| - Ecole primaire.....          | 1 |
| - CEG.....                     | 2 |
| - Ecole coranique.....         | 3 |
| - Ecole médersa.....           | 4 |
| - CFJA.....                    | 5 |
| - Centre alphabét.adultes..... | 6 |
| - Autres (préciser).....       | 7 |
- 6-Retenues d'eau du village: (indiquer le nombre en face)
- |                           |   |
|---------------------------|---|
| - Barrage.....            | 1 |
| - Fleuve.....             | 2 |
| - Rivière.....            | 3 |
| - Mare.....               | 4 |
| - Forage.....             | 5 |
| - Puits moderne.....      | 6 |
| - Puits traditionnel..... | 7 |
| - Autres (préciser).....  | 8 |
- 7- Présence de services agricoles:
- |            |   |
|------------|---|
| - oui..... | 1 |
| - non..... | 0 |
- 8- Si oui, les citer:.....
- 9- Présence d'ONG:
- |            |   |
|------------|---|
| - oui..... | 1 |
| - non..... | 0 |
- 10- Si oui, les citer:
- 11-Présence de coopératives ou de groupements:
- |            |   |
|------------|---|
| - oui..... | 1 |
| - non..... | 0 |
- 12- Si oui, les citer:.....
- 13- Présence de formation sanitaire:
- |            |    |
|------------|----|
| - oui..... | 1  |
| - non..... | .0 |

14- Si oui, type de formation sanitaire: *(indiquer le nombre en face)*

- CSPS..... 1
- PSP..... 2
- CM..... 3
- CHR..... 4
- Maternité..... 5
- Dépôt pharmaceutique..... 6
- Autres (préciser)..... 7

15- Si non, type et distance de la formation sanitaire la plus proche:.....km

**FICHE D'ENQUÊTE MENAGE I: VOLET**  
**SOCIO-ECONOMIE**

Date de l'enquête.....  
 Nom de l'enquêteur:.....  
 Fiche n°:.....  
 Département:.....  
 Village:.....  
 Quartier ou secteur:.....  
 CSPS de référence:.....  
 Concession n°:.....  
 Ménage n°:.....  
 Nom du chef de concession:.....  
 Nombre de ménages dans la concession:.....

**A- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DU MENAGE**

1- Nom et prénom du chef de ménage:.....

2- Sexe:

- homme.....1
- femme.....2

3-Age :.....

4-Ethnie:

- Bobo..... 1
- Bwa..... 2
- Dafing..... 3
- Dagara..... 4
- Dioula..... 5
- Gouin..... 6
- Mossi..... 7
- Sambla..... 8
- Samo..... 9
- Sénoufo..... 10
- Vigué..... 11
- Peulh..... 12
- Autres(préciser)..... 13

5-Réligion:

- Musulmane..... 1
- Catholique..... 2
- Protestante..... 3
- Animiste..... 4
- Autres(préciser)..... 5

6-Niveau d'instruction :

- Aucun niveau..... 1
- Primaire..... 2
- Secondaire premier cycle..... 3
- Secondaire second cycle..... 4
- Supérieur..... 5
- Ecole coranique..... 6
- Ecole médersa..... 7
- Alphabétisation langues nationales.....8
- CFJA..... 9
- Autres(préciser)..... 10

## 7-Statut matrimonial:

- Marié(e)..... 1
- Célibataire..... 2
- Séparé(e)..... 3
- Veuf(ve)..... 4

8-Nombre de femmes/co-épouses:.....

## 9-Composition du ménage:

	N° d'ordre	Nom- prénom	Age	Sexe
1ère épouse				
Enfants				
2 <sup>ème</sup> épouse				
Enfants				
3ème épouse				
Enfants				

## Autres membres du ménage:

Nom- prénom	Age	Sexe	Lien de parenté

9- Y a t -il des membres du ménage vivant à l'étranger depuis plus de 12 mois?

- oui..... 1
- non..... 0

10- Si oui , donnez leur nombre, leur lieu de résidence et les raisons de la migration

11- Combien de personnes qui ne sont pas habituellement membres du ménage y vivent-ils depuis plus de 12 mois?:.....

12 - Précisez leur lieu de résidence antérieur et les raisons de la migration

## B- RECUEIL DE DONNES ECONOMIQUES

## 1- Activités principales du ménage:

## a- AGRICULTURE

## Cultures céréalières

Types de culture	Superficies	Estimation quantité récoltée	Revenu tiré de la vente
Mil			
Mais			
Riz			
Sorgho blanc			
Sorgho rouge			
Fonio			
Niébé			
Igname			
Patate			
Voandzou			
Autres(préciser)			

## - cultures de rente

Type de culture	Superficie	Estimation quantité récoltée	Revenu tiré de la vente
Coton			
Arachide			
Sésame			
Soja			
Autres(préciser)			

## - Cultures maraîchères

Types de culture	Superficies	Estimation quantité récoltée	Revenu tiré de la vente
Oignon			
Choux			
Carottes			
Tomates			
Piment			
Aubergines			
Laitues			
Pomme de terre			
Haricot vert			
Autres (préciser)			

## - Arboriculture

Types de culture	Superficies	Estimation quantité récoltée	Revenu tiré de la vente
Mangues			
Papayes			
Goyaves			
Citrons			
Autres(préciser)			

## b- ELEVAGE

Composition du cheptel	Nombre	Revenu tiré de la production laitière /jour	Revenu tiré de la vente annuelle
Bovins			
Ovins			
Caprins			
Porcins			
Volaille			
Asins			
Camélidés			
Autres(préciser)			

## 2- Autres activités du ménage:

## a- ARTISANAT

Types d'activité	Dépenses liées à l'activité	Revenu tiré de l'activité
Vannerie		
Poterie		
Tissage		
Sculpture		
Autres(préciser)		

## b- PECHE

Type de pêche	Revenu tiré de l'activité

## c- AUTRES ACTIVITES

Types d'activité	Dépenses liées à l'activité	Revenu tiré de l'activité
Vente de dolo		
Transformation alimentaire		
Mécanique		
Boucherie		
Orpillage		
Salariat agricole		

3- Evaluation des dépenses du ménage le mois précédent  
l'enquête:

Types de dépense	Estimation de la somme
Alimentation	
Habillement	
Education	
Santé	
Loyer	
Transport	
Intrants agricoles	
Outils agricoles	
Animaux	
Moyens de construction (tôles, briques....)	
Dépenses religieuses	
Cérémonies (funérailles, mariages.....)	
Autres(préciser)	

C- CONDITIONS DE VIE DES MENAGES

I- caractéristiques de l'habitat

a- Zone d'habitation

- zone lotie.....1
- zone non lotie.....2

b- Type d'habitat

- case ronde..... 1
- case carrée..... 2
- maison individuelle simple. 3
- villa..... 4
- autres(préciser)..... 5

c- Nature des murs

- paille..... 1
- banco..... 2
- banco amélioré..... 3
- semi-dur..... 4
- dur..... 5
- autres (préciser)..... 6

d- Nature du toit

- paille..... 1
- terre battue..... 2
- tôle..... 3
- autres(préciser)..... 4

## e- Nature du sol

- sable..... 1
- terre battue..... 2
- ciment..... 3
- autres(préciser)..... 4

## 2-Ressources du ménage

## a- Mode d'approvisionnement en eau

- rivière, mare ,barrage..... 1
- puits traditionnel..... 2
- puits aménagé..... 3
- robinet..... 4
- forage..... 5
- autres (préciser)..... 6

## b- Mode principal d'éclairage:

- bois/ paille.....1
- bougie.....2
- torche.....3
- lampe à huile.....4
- lampe à pétrole.....5
- lampe à gaz.....6
- électricité.....7
- autres(préciser).....8

## c- Type d'aisance

- nature..... 1
- latrines.....2
- autres(préciser).....3

## d- Mode d'évacuation des ordures

- rue..... 1
- bac.....2
- fossé.....3
- poubelle.....4
- autres (préciser).....5

## e- Mode d'évacuation des eaux usées

- cour..... 1
- rue .....2
- puits.....3
- caniveau.....4
- fosse sceptique.....5
- autres(préciser).....6

## f- Source principale d'énergie pour la cuisine

- bois..... 1
- foyer amélioré.....2
- charbon de bois.....3
- réchaud à pétrole.....4
- réchaud à gaz.....5
- autres(préciser).....6

## g- Moyens de déplacement

Types	Nombre
Bicyclette	
Mobylette	
Voiture	
Autres(préciser)	

## h- Moyens de production

Type	Nombre
Charrue	
Charrette	
Semoir	
Engrais	
Tracteur	
Autres (préciser)	

## i- Equipements ménagers

Type	Nombre
Poste radio	
Télévision	
Congélateur	
Autres(préciser)	

## D- MALADIES:

1- Citer toutes les maladies dont ont souffert les membres du ménage au cours des douze derniers mois:

2- Y a t il eu des décès dans votre ménage au cours des douze derniers mois?

- oui.....1
- non.....0

3-Si oui nombre de personnes décédées, âge et sexe:.....

**FICHE D'ENQUÊTE MENAGE II: VOLET PALUDISME**

Village:.....  
 Concession n :.....  
 Nom et Prénom du répondant:.....  
 Fiche n :.....  
 Ménage n :.....

**A-CONNAISSANCE ET PERCEPTION DU PALUDISME:**

1-Connaissez-vous une maladie appelée "paludisme", "soumaya", "sabga", "keefam" ?

- oui..... 1  
 - non..... 0

2-Qu'est-ce qui provoque le paludisme selon vous ?

- piqûres de moustiques..... 1  
 - pluie..... 2  
 - soleil..... 3  
 - vent..... 4  
 - humidité/ fraîcheur..... 5  
 - aliments trop salés..... 6  
 - aliments trop sucrés..... 7  
 - aliments trop huileux..... 8  
 - saletés..... 9  
 - sorciers..... 10  
 - Dieu..... 11  
 - ne sait pas..... 12  
 - autres (préciser)..... 13

3-Comment se fait alors la transmission?

4- Par quels symptômes se manifeste la maladie selon vous?

- fièvre..... 1  
 - frissons..... 2  
 - céphalées..... 3  
 - vomissements..... 4  
 - asthénie..... 5  
 - courbatures..... 6  
 - jaunisse..... 7  
 - inappétence..... 8  
 - convulsions..... 9  
 - autres (préciser)..... 10

5- Dans votre langue, le paludisme porte t- il le même nom chez les enfants que chez les adultes ?

- oui.....1  
 - non.....0

6- Si non, préciser:

\*Nom du paludisme chez les enfants:.....  
 \*Nom du paludisme chez les adultes:.....

7- Le paludisme porte t- il le même nom en saison sèche qu'en saison pluvieuse ?

- oui.....1  
 - non.....0

8- Si non préciser:

\*Nom du paludisme en saison sèche:.....  
 \*Nom du paludisme en saison pluvieuse:.....

- 9- Selon vous, quelle est la période de transmission maximale du paludisme?
- saison sèche..... 1
  - saison pluvieuse..... 2
  - en toute saison..... 3
  - autres(préciser)..... 4
- 10- Pensez-vous que le paludisme est plus mortel chez l'enfant que chez l'adulte?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 11- Si oui, dire pourquoi?
- 12- Pensez-vous que les femmes enceintes contractent plus facilement le paludisme que les femmes qui ne le sont pas?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 13- Si oui, dire pourquoi.
- 14- Le paludisme est-il une maladie grave?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 15- Peut-il tuer quelqu'un?
- oui..... 1
  - non..... 0

#### B- TRAITEMENT DE LA MALADIE

- 1- Lorsque vous pensez avoir le paludisme, quel est votre premier recours?
- formation sanitaire..... 1
  - tradipraticien..... 2
  - automédication moderne..... 3
  - automédication traditionnelle... 4
  - autres (préciser)..... 5
- 2- Pourquoi suivez-vous en priorité ce traitement?
- confiance..... 1
  - compétence..... 2
  - équipement..... 3
  - manque de moyens..... 4
  - pas de formation sanitaire..... 5
  - formation sanitaire éloignée..... 6
  - héritage culturel..... 7
  - facile à suivre..... 8
  - autres (préciser)..... 9
- 3- En cas de non guérison, quel est votre deuxième itinéraire thérapeutique?
- formation sanitaire..... 1
  - tradipraticien..... 2
  - automédication moderne..... 3
  - automédication traditionnelle.....4
  - autres(préciser).....5
- 4- Quel est votre dernier recours si la maladie persiste?
- formation sanitaire..... 1
  - tradipraticien..... 2
  - automédication moderne ..... 3
  - automédication traditionnelle 4
  - sorcier..... 5
  - Dieu..... 6
  - autres(préciser)..... 7

5- Fréquentez-vous régulièrement votre formation sanitaire?

- oui..... 1
- non..... 0

6- Si non ,pourquoi?

- manque de moyens..... 1
- formation sanitaire éloignée..... 2
- mauvais accueil..... 3
- pas confiance ..... 4
- temps d'attente long..... 5
- coût consultation élevé..... 6
- coût médicaments élevé..... 7

7- Citer tous les membres du ménage qui ont contracté le paludisme ces 12 derniers mois?

Nom- prénom	Sexe	Age	Mois de la survenue de la maladie

8- Quel a été le ou les traitement(s) suivi(s)?:

- Traitement traditionnel:
- Traitement moderne:
- Automédication:

9- Lors de ces accès palustres ,y a t il eu arrêt de travail?

- oui..... 1
- non..... 0

Malades	Nombre de jours d'arrêt de travail

10- Dans le ménage ,qui prend la décision du traitement à suivre en cas de paludisme chez la femme?

- mari..... 1
- elle-même..... 2
- beau-père..... 3
- belle-mère..... 4

11- Qui paie le coût du traitement?

- mari..... 1
- elle-même..... 2
- beau-père..... 3
- belle-mère..... 4
- autres(préciser)..... 5

- 12- Qui s'occupe de l'éducation de l'enfant après le sevrage?
- père..... 1
  - mère..... 2
  - oncle..... 3
  - tante..... 4
  - grand-père..... 5
  - grand-mère..... 6
  - autres(préciser)..... 7
- 13- Dans le ménage, qui prend la décision du traitement à suivre en cas de paludisme chez l'enfant?
- père..... 1
  - mère..... 2
  - grand-père..... 3
  - grand-mère..... 4
  - autres(préciser)..... 5
- 14- Qui paie le coût du traitement?
- père..... 1
  - mère..... 2
  - grand-père..... 3
  - grand-mère..... 4
  - autres(préciser)..... 5
- 15- Si un adulte et un enfant sont malades en même temps et que le ménage n'a pas les moyens de traiter les deux, qui soigne t- on en priorité?
- actif adulte..... 1
  - enfant..... 2
- 16- Pourquoi ce choix ?

### C- METHODES DE PREVENTION CONTRE LE PALUDISME

- 1- Selon vous, peut-on éviter le paludisme?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 2- Si non, pourquoi?
- pas de moyens de protection..... 1
  - maladie donnée par les sorciers..... 2
  - maladie donnée par Dieu..... 3
  - autres(préciser)..... 4
- 3- Si oui, comment?
- protection contre les moustiques..... 1
  - protection contre le froid..... 2
  - protection contre le soleil..... 3
  - prise de médicaments..... 4
  - s'en remettre à Dieu..... 5
  - ne sait pas..... 6
  - autres(préciser)..... 7
- 4- Utilisez-vous une méthode pour vous protégez contre les moustiques?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 5- Quelle(s) méthode(s) utilisez vous?
- couverture..... 1
  - moustiquaire simple..... 2
  - moustiquaire imprégnée d'insecticide..... 3
  - bombes aérosol..... 4
  - serpentins fumigènes(*moustiquo*)..... 5
  - fumée de bois..... 6
  - autres(préciser)..... 7

- 6- Evaluation du coût de chaque méthode:
- 7- Si moustiquaire, donner le nombre de moustiquaires que possède le ménage:.....
- 8- Si le ménage ne possède pas de moustiquaire ,dire pourquoi.
- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| - trop cher.....               | 1 |
| - n'en voit pas l'utilité..... | 2 |
| - autres(préciser).....        | 3 |
- 9- Dans le ménage y a t il des consultations prénatales de la part des femmes enceintes?
- |            |   |
|------------|---|
| - oui..... | 1 |
| - non..... | 0 |
- 10- Si non, pourquoi?
- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| - pas nécessaire.....               | 1 |
| - manque de moyens.....             | 2 |
| - pas de formation sanitaire.....   | 3 |
| - formation sanitaire éloignée..... | 4 |
| - autres(préciser).....             | 5 |
- 11- Qui prend la décision d'aller à ces consultations?
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| - mari.....             | 1 |
| - femme elle-même.....  | 2 |
| - beau-père.....        | 3 |
| - belle-mère.....       | 4 |
| - autres(préciser)..... | 5 |
- 12- Prennent-elles des comprimés pour prévenir le paludisme?
- |            |   |
|------------|---|
| - oui..... | 1 |
| - non..... | 0 |
- 13- Si oui, types de médicament:
- 14- Avez-vous déjà reçu des informations sur le paludisme?
- |            |   |
|------------|---|
| - oui..... | 1 |
| - non..... | 2 |
- 15- Si oui, type d'information et source:

## GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES TRADIPRATICIENS

Nom de l'enquêteur:.....  
 Date de l'enquête:.....  
 Guide n°:.....  
 Département:.....  
 Village.....  
 Secteur ou quartier.....

### A- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET EXERCICE DE LA PROFESSION

- 1- Nom et prénom:.....
- 2- Sexe:
- homme..... 1
  - femme..... 2
- 3- Age:.....
- 4- Religion:
- musulmane..... 1
  - catholique..... 2
  - protestante..... 3
  - animiste..... 4
  - autres(préciser)..... 5
- 5- Ethnie:
- Bobo..... 1
  - Bwa..... 2
  - Dafing..... 3
  - Dagara..... 4
  - Dioula..... 5
  - Gouin..... 6
  - Mossi..... 7
  - Sambla..... 8
  - Samo..... 9
  - Sénoufo..... 10
  - Vigué..... 11
  - Autres(préciser)..... 12
- 6- Niveau d'instruction:
- Aucun niveau..... 1
  - Primaire..... 2
  - Secondaire premier cycle..... 3
  - Secondaire second cycle..... 4
  - Supérieur..... 5
  - Ecole coranique..... 6
  - Ecole médersa..... 7
  - Alphabétisation langues nationales..... 8
  - CFJA..... 9
  - Autres(préciser)..... 10
- 7- Statut matrimonial:
- Marié(e)..... 1
  - Célibataire..... 2
  - Séparé(e)..... 3
  - Veuf(ve)..... 4
- 8- Nombre de femmes/co-épouses:
- 9- Nombre d'enfants:

- 10- Activité économique:
- Agriculture..... 1
  - Elevage..... 2
  - Pêche..... 3
  - Artisanat..... 4
  - Autres(préciser)..... 5
- 11- Depuis combien d'années exercez-vous comme tradipraticien?
- 12- Citer les différentes maladies que vous traitez?
- 13- Quelle est la population concernée par votre activité de tradipraticien?
- 14- Quelle zone couvrez-vous?
- Votre village ou votre ou votre secteur..... 1
  - Plusieurs villages ou secteurs..... 2
  - Un département..... 3
  - Plusieurs départements..... 4

## B- CONNAISSANCE ET PERCEPTION DU PALUDISME

- 1- Connaissez-vous une maladie appelée "paludisme" ?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 2- Qu'est-ce qui provoque le paludisme selon vous?
- piqûres de moustiques..... 1
  - pluie..... 2
  - soleil..... 3
  - vent..... 4
  - humidité/fraîcheur..... 5
  - aliments trop salés..... 6
  - aliments trop sucrés..... 7
  - aliments trop huileux..... 8
  - saletés..... 9
  - sorciers..... 10
  - Dieu..... 11
  - autres(préciser)..... 12
- 3-Comment se fait alors la transmission?
- 4- Par quels symptômes se manifeste la maladie?
- fièvre..... 1
  - frissons..... 2
  - céphalées..... 3
  - vomissements..... 4
  - asthénie..... 5
  - courbatures..... 6
  - convulsions..... 7
  - jaunisse..... 8
  - inappétence..... 9
  - ictère..... 10
  - autres(préciser)..... 11
- 5- Dans votre langue, le paludisme porte t il le même nom chez les enfants que chez les adultes?
- oui..... 1
  - non..... 0

- 6- Si non, préciser:  
 - Nom du paludisme chez les enfants:.....  
 - Nom du paludisme chez les adultes:.....
- 7- Le paludisme porte t il le même nom en saison sèche qu'en saison pluvieuse?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0
- 8- Si non, préciser:  
 - Nom du paludisme en saison sèche:.....  
 - Nom du paludisme en saison pluvieuse:.....
- 9- Selon vous, quelle est la période de transmission maximale du paludisme?  
 - saison sèche..... 1  
 - saison pluvieuse..... 2  
 - en toute saison..... 3  
 - autres(préciser)..... 4
- 10- Pensez-vous que le paludisme est plus mortel chez l'enfant que chez l'adulte?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0
- 11- Si oui, dire pourquoi:.....
- 12- Pensez-vous que le paludisme est plus mortel chez les femmes enceintes que chez les femmes qui ne le sont pas?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0
- 13- Si oui, dire pourquoi:.....
- 14- Le paludisme est-il une maladie grave?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0

#### C-TRAITEMENT DE LA MALADIE

- 1- Avec quelle(s) recette(s) traitez-vous un adulte qui a le paludisme?
- 2- Avez-vous une ou des mesures d'accompagnement?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0
- 3- Si oui, de quel type?  
 - régime alimentaire..... 1  
 - autre comportement(préciser).... 2
- 4- Si régime alimentaire, quels aliments sont interdits?  
 - graisses..... 1  
 - fruits..... 2  
 - boissons sucrées..... 3  
 - alcool..... 4  
 - autres(préciser)..... 5
- 5- Ce traitement est-il valable aussi pour l'enfant?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0
- 6- Si non, quelle(s) est (ou sont) la (ou les) différence(s)?
- 7- Ce traitement est-il valable aussi pour les femmes enceintes?  
 - oui..... 1  
 - non..... 0
- 8- Si non, quelle(s) est (ou sont) la (ou les) différence(s)?

## D- MESURES DE PREVENTION CONTRE LA MALADIE

- 1- Selon vous peut-on éviter le paludisme?
- oui..... 1
  - non..... 0
- 2- Si non, pourquoi?
- pas de moyens de protection..... 1
  - maladie donnée par les sorciers..... 2
  - maladie donnée par Dieu..... 3
  - autres(préciser)..... 4
- 3- Si oui, comment?
- protection contre les moustiques..... 1
  - protection contre la chaleur..... 2
  - protection contre le froid..... 3
  - protection contre le soleil..... 4
  - prise de médicaments..... 5
  - autres(préciser)..... 6
- 4- Si protection contre les moustiques, quelles méthodes conseillez-vous à vos patients?
- moustiquaire simple..... 1
  - moustiquaire imprégnée..... 2
  - bombes aérosol..... 3
  - serpentins fumigènes..... 4
  - tablettes insecticides..... 5
  - autres(préciser)..... 6
- 5- Si prise de médicaments, quel type de médicament conseillez-vous à vos patients?

## FICHE D'ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL DE SANTE

Nom de l'enquêteur:.....  
 Date de l'enquête:.....  
 Fiche n°:.....  
 Département:.....  
 Village:.....  
 Quartier ou secteur:.....

1- Qualification professionnelle:

- agent de santé villageoise..... 1
- agent itinérant de santé..... 2
- accoucheuse auxiliaire..... 3
- infirmier breveté.....4
- infirmier d'état..... 5
- sage femme d'état..... 6
- maeuticien d'état..... 7
- technicien de laboratoire..... 8
- médecin.....9
- pharmacien.....10
- autres(préciser).....11

2- Quels sont les sites potentiels de transmission du paludisme dans le village?

3- Quel est l'état général de la transmission du paludisme dans le village?

4- Quelle est la perception villageoise de la maladie à votre avis?

5- A quel type de médecine ont-ils recours généralement en cas de paludisme?

- moderne..... 1
- traditionnel..... 2
- autres(préciser)..... 3

6- Pourquoi ce choix à votre avis?

- raisons socioculturelles..... 1
- - raisons économiques..... 2
- autres(préciser).....3

7- Selon vous, les villageois ont-ils réellement la capacité financière de prendre en charge le traitement moderne du paludisme?

- oui..... 1
- non..... 0

8- Pourquoi?

9- Comment jugez-vous la fréquentation de votre formation sanitaire?

- très bonne..... 1
- bonne..... 2
- moyenne..... 3
- faible..... 4
- très faible..... 5
- autres(préciser)..... 6

10- Quels sont les facteurs déterminants dans sa fréquentation?

## FICHE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES ENCEINTES

Date de l'entretien:.....  
 Nom de l'enquêteur:.....  
 Fiche n°:.....  
 Département:.....  
 Village:.....  
 Quartier ou secteur:.....

### A- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1- Nom et prénom:.....
- 2- Age:.....
- 3- Ethnie:.....
- Bobo..... 1
  - Bwa..... 2
  - Dafing..... 3
  - Dagara..... 4
  - Dioula..... 5
  - Gouin..... 6
  - Mossi..... 7
  - Sambla..... 8
  - Samo..... 9
  - Sénoufo..... 10
  - Vigué..... 11
  - Autres(préciser)..... 12
- 4- Religion:
- Musulmane..... 1
  - Catholique..... 2
  - Protestante..... 3
  - Animiste..... 4
  - Autres(préciser)..... 5
- 5- Niveau d'instruction:
- Aucun niveau..... 1
  - Primaire..... 2
  - Secondaire premier cycle..... 3
  - Secondaire second cycle..... 4
  - Supérieur..... 5
  - Ecole coranique..... 6
  - Ecole médersa..... 7
  - Alphabétisation langues nationales..... 8
  - CFJA..... 9
  - Autres(préciser)..... 10
- 6- Statut matrimonial:
- Mariée..... 1
  - Célibataire..... 2
  - Séparée/divorcée..... 3
  - Veuve..... 4
  - Autres(préciser)..... 5
- 7- Nombre de co-épouses:.....
- 8- Nombre d'enfants:.....

## B- INFORMATIONS SUR LA PREVENTION DU PALUDISME

- 1- Nombre de grossesses:.....
- 2- Allez-vous régulièrement aux consultations prénatales?
  - oui..... 1
  - non..... 0
- 3- Si oui, à partir du quel<sup>ième</sup> mois de votre grossesse?
- 4- Si non, pourquoi?
  - Pas de formation sanitaire..... 1
  - Formation sanitaire éloignée..... 2
  - Manque de moyens..... 3
  - Autres(préciser)..... 4
- 5- Savez-vous que le paludisme est plus dangereux chez les femmes enceintes que chez les femmes qui ne le sont pas?
  - oui..... 1
  - non..... 0
- 6- Prenez-vous des médicaments pour éviter le paludisme?
  - oui..... 1
  - non..... 0
- 7- Si oui, type et dose:.....
- 8- Si non, pourquoi?.....

**ENTRETIEN AVEC LE CHEF DU VILLAGE ENTOURE DE SES NOTABLES**

Date de l'enquête:.....  
Nom de l'enquêteur:.....  
Département:.....  
Village:.....  
Quartier ou secteur:.....

- 1- Quelle est l'origine du nom donné au village et sa signification?
  
- 2- Quelle est la date de fondation du village et le nom du fondateur?
  
- 3- D'ou venaient les premiers habitants du village?
  
- 4- Quelle est l'organisation sociale qui prévaut dans le village?
  
- 5- Quel est le régime foncier qui prévaut dans le village?
  
- 6- Comment se prennent les décisions macro-économiques au village?
  
- 7- Quel est le rôle et la place de la femme dans la société?
  
- 8- Et celui de l'enfant?
  
- 9- A quel type de médecine ont généralement recours les habitants du village?
  
- 10- Prix moyens des principales cultures commercialisées dans le village.

LISTE DES TABLEAUX

## Pages

Tableau 1: Evaporation moyenne de piche (mm) dans la province du Houet de 1992 à 1996.....	13
Tableau 2: Insolation totale moyenne (en heures) dans la province du Houet de 1992 à 1996.....	14
Tableau 3: Régime éolien de la province du Houet de 1992 à 1996.....	15
Tableau 4: Effectifs du cheptel dans la province du Houet de 1990 à 1997.....	28
Tableau 5: Equipement et logistique par district sanitaire de la province du Houet en 1996.....	32
Tableau 6: Personnel des formations sanitaires de la province du Houet en milieu rural.....	32
Tableau 7: Comparaison des catégories de personnel du district de Dandé et des normes OMS.....	33
Tableau 8: Répartition des chefs de ménage selon l'âge à Bakaribougou.....	37
Tableau 9 : Répartition des chefs de ménage selon l'âge à Samandéni.....	37
Tableau 10: Répartition des chefs de ménage selon l'ethnie à Bakaribougou.....	38
Tableau 11: Répartition des chefs de ménage selon l'ethnie à Samandéni.....	39
Tableau 12: Niveau d'instruction des chefs de ménage à Bakaribougou.....	39
Tableau 13: Niveau d'instruction des chefs de ménage à Samandéni.....	40
Tableau 14: Nombre de femmes par ménage à Bakaribogou.....	40
Tableau 15: Nombre de femmes par ménage à Samandéni.....	41
Tableau 16 : Maladies fréquentes dans les ménages identifiées par les populations.....	46

Tableau 17: Aperçu du calendrier des travaux agricoles des principales cultures à Bakaribougou et Samandéni.....	49
Tableau 18 : Superficies utilisées pour les cultures vivrières.....	50
Tableau 19: Production vivrière des ménages.....	51
Tableau 20: Répartition des superficies consacrées aux cultures maraîchères.....	53
Tableau 21: Production maraîchère des ménages.....	54
Tableau 22: Quantités d'engrais utilisées pour la culture du coton.....	56
Tableau 23: Production cotonnière des ménages.....	56
Tableau 24: Composition du cheptel des ménages.....	59
Tableau 25: Revenus annuels tiré de l'activité pastorale.....	60
Tableau 26: Moyennes des dépenses sociales des ménages et moyennes nationales.....	68
Tableau 27: Moyennes des dépenses économiques des ménages et moyennes nationales.....	69
Tableau 28 : Nombre de malades du paludisme dans les ménages au cours de l'année.....	93
Tableau 29: Niveaux de revenus et types de traitement.....	94
Tableau 30: Evaluation du coût d'un traitement complet du paludisme selon le médicament .....	97
Tableau 31: Dépenses des ménages pour le traitement moderne du paludisme.....	97
Tableau 32: Plantes utilisées pour le traitement traditionnel du paludisme.....	99
Tableau 33: Dépense des ménages pour le traitement du paludisme par l'automédication moderne.....	100
Tableau 34: Pourcentage du revenu utilisé pour le traitement du paludisme en fonction du quintile de revenu.....	103
Tableau 35: Raisons pour lesquelles on ne peut éviter le paludisme selon les populations.....	106
Tableau 36 : Méthodes et attitudes à adopter pour éviter le paludisme selon les populations.....	107
Tableau 37 : Méthodes de protection contre les moustiques utilisées par les ménages.....	108

Tableau 38: Répartition des méthodes de prévention selon les quintiles de revenu.....	112
Tableau 39: Dépenses mensuelles des ménages pour l'achat de <i>moustiquo</i> .....	115
Tableau 40: Dépenses pour l'automédication traditionnelle pour la prévention du paludisme.....	116
Tableau 41: Pourcentage du revenu consacré à la prévention du paludisme.....	117

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1: Situation géographique de la zone d'étude.....	8
Figure 2: Irrégularités inter annuelles des précipitations dans la province du Houet de 1967 à 1997.....	11
Figure 3: Nombre de jours de pluie dans la province du Houet de 1967 à 1997.....	11
Figure 4: Bilan pluviométrique de la province du Houet de 1967 à 1997.....	12
Figure 5: Evolution des températures moyennes dans la province du Houet de 1967 à 1997.....	13
Figure 6: Densités de population dans la province du Houet en 1998.....	19
Figure 7: Bakaribougou: Zones d'habitation.....	21
Figure 8: Samandéni: Zones d'habitation.....	21
Figure 9: Répartition de la population du Houet par grands groupes d'âge en 1996.....	22
Figure 10: Structure de la population de Bakaribougou en 1999.....	23
Figure 11: Structure de la population de Samandéni en 1999.....	23
Figure 12 : Evolution de la production céréalière dans la province du Houet de 1985 à 1996.....	28
Figure 13: Formations sanitaires de la province du Houet.....	31
Figure 14 : Religions des chefs de ménage.....	38
Figure 15: Activités économiques principales des ménages.....	47
Figure 16: Répartition des revenus tirés de la vente des cultures vivrières.....	52
Figure 17: Revenus annuels tiré des cultures maraîchères.....	54
Figure 18: Superficies consacrées à la culture du coton par les ménages.....	55
Figure 19: Répartition des revenus tirés de la vente du coton.....	57
Figure 20: Répartition des ménages par quintiles de revenus.....	64
Figure 21: Répartition des dépense de consommation alimentaire des ménages.....	67

Figure 22: Causes du paludisme selon les populations.....	76
Figure 23: Symptômes du paludisme identifiées par les populations.....	81
Figure 24: Répartition du premier itinéraire thérapeutique contre le paludisme.....	84
Figure 25: Répartition du deuxième itinéraire thérapeutique contre le paludisme.....	86
Figure 26 : Comparaison entre le Premier et le deuxième itinéraire thérapeutique contre le paludisme.....	87
Figure 27 : Répartition des cas de paludisme au cours de l'année à Samandéni.....	92
Figure 28 : Répartition des cas de paludisme par tranche d'âge au cours de l'année à Samandéni.....	92

## TABLE DES MATIERES

	Pages
DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I- PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	1
II- METHODOLOGIE.....	3
A- La recherche documentaire.....	3
B- L'échantillonnage.....	4
C- Les enquêtes de terrain.....	5
<u>PREMIERE PARTIE: PRESENTATION GENERALE DE LA ZONE D'ETUDE.....</u>	<u>7</u>
<u>CHAPITRE I: LE MILIEU PHYSIQUE.....</u>	<u>9</u>
I- LE SUBSTRATUM GEOLOGIQUE ET LE RELIEF .....	9
II- LE CLIMAT.....	10
A- La pluviométrie.....	10
B- Les températures.....	12
C- L'évaporation, l'humidité de l'air, l'insolation et les vents.....	13
III- LES SOLS.....	15
IV- LA VEGETATION ET LA FLORE.....	16
V- LE RESEAU HYDROGRAPHIQUE.....	17
<u>CHAPITRE II: LE MILIEU HUMAIN.....</u>	<u>18</u>
I- LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	18
A- La répartition spatiale de la population.....	18
B- Structure de la population.....	20

II- L'ORGANISATION SOCIALE.....	24
A- Les groupes ethniques.....	24
B- Les structures sociales traditionnelles et le régime foncier.....	25
1- Les structures sociales traditionnelles.....	25
2- Le régime foncier.....	26
III- LES ACTIVITES ECONOMIQUES.....	27
A- L'agriculture.....	27
B- L'élevage.....	28
C- La pêche et la chasse.....	29
D- L'artisanat et le commerce.....	29
IV- LES ASPECTS SANITAIRES.....	30
A- Les infrastructures sanitaires.....	30
B- Le personnel de santé.....	32
C- Les maladies.....	33
CONCLUSION PARTIELLE.....	34

## DEUXIEME PARTIE: CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES,

### SANITAIRES ETECONOMIQUES DES MENAGES.....35

#### CHAPITRE I: CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET

##### SANITAIRES DES MENAGES.....36

#### I- LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

##### DES MENAGES.....36

##### A- Sexe, âge et religion des chefs de ménage.....36

##### B- Ethnie, niveau d'instruction et statut matrimonial.....38

##### C- Nombre de femmes, d'enfants et de membres par ménage....40

##### D- Migration.....42

#### II- LA SITUATION SANITAIRE DES MENAGES.....43

##### A- L'habitat et l'hygiène.....43

##### B- L'accès des ménages aux services de santé.....44

##### C- Maladies fréquentes identifiées par les ménages.....45

#### CHAPITRE II: ACTIVITES ECONOMIQUES ET REVENUS

##### DES MENAGES.....47

#### I- L'AGRICULTURE.....48

##### A- Les cultures vivrières.....48

1- Les champs, l'outillage et le calendrier des travaux agricoles.....	48
2- Les superficies, la production et le revenu tiré de la vente.....	49
B- Les cultures maraîchères.....	52
C- Les cultures de rente.....	55
II- L'ELEVAGE ET LES AUTRES ACTIVITES ECONOMIQUES.....	58
A- Système d'élevage et composition du cheptel.....	58
B- Revenu tiré de l'activité pastorale.....	60
C- Les autres activités économiques.....	61
1- La pêche, l'artisanat et le commerce.....	61
2- Les activités rémunératrices des femmes.....	63
II- LES REVENUS ANNUELS, RESSOURCES ET DEPENSEES DES MENAGES.....	64
A- Estimation du revenu monétaire annuel.....	64
B- Ressources des ménages.....	65
C- Dépenses des ménages.....	67
1- Dépenses alimentaires.....	67
2- Dépenses sociales.....	68
3- Dépenses économiques.....	68
CONCLUSION PARTIELLE.....	69

TROISIEME PARTIE: L'INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES SUR  
LA PERCEPTION, LE TRAITEMENT ET LA PREVENTION DU PALUDISME..... 72

CHAPITRE I: FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET PERCEPTION DU  
PALUDISME..... 73

I- GENERALITES SUR LE PALUDISME.....	73
A- Epidémiologie générale du paludisme.....	73
B- Quelques aspects cliniques du paludisme.....	74
C- La lutte antipaludique.....	75
II- PERCEPTION GENERALE DU PALUDISME PAR LES POPULATIONS.....	76
A- Connaissance du paludisme et lieu de résidence.....	76
B- Connaissance du paludisme selon le statut socio-économique des ménages.....	78
C- Paludisme des enfants et des femmes enceintes.....	80
D- Statut socio-économique des ménages et connaissance des symptômes du paludisme.....	81

<u>CHAPITRE II: LE RÔLE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES DANS LE</u>	
<u>TRAITEMENT DU PALUDISME</u> .....	83
I- FACTEURS SOCIAUX ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES.....	83
A- Le premier itinéraire thérapeutique contre le paludisme.....	83
1- <i>L'influence de la formation sanitaire</i> .....	84
2- <i>Le rôle des tradipraticiens</i> .....	85
3- <i>L'importance de l'automédication traditionnelle</i> .....	85
B- Le deuxième itinéraire thérapeutique contre le paludisme.....	86
1- <i>L'importance de la formation sanitaire</i> .....	87
2- <i>L'automédication</i> .....	88
3- <i>Le recours aux tradipraticiens</i> .....	90
II- FACTEURS ECONOMIQUES ET TRAITEMENT DU PALUDISME.....	91
A- Types de traitement du paludisme selon le revenu des ménages.....	91
1- <i>Ampleur de la transmission du paludisme dans les villages</i> .....	91
2- <i>Types de traitement selon le revenu des ménages</i> .....	93
3- <i>Traitement du paludisme des enfants</i> .....	95
B- Dépenses pour le traitement du paludisme.....	96
1- <i>Le traitement moderne</i> .....	96
2- <i>Le traitement traditionnel</i> .....	98
3- <i>L'automédication</i> .....	98
C- Les conséquences socio-économiques du paludisme.....	100
1- Les conséquences sociales.....	100
2- Les conséquences économiques.....	101
 <u>CHAPITRE III: L'INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES SUR LA</u>	
<u>PREVENTION DU PALUDISME</u> .....	105
I- FACTEURS SOCIAUX ET PREVENTION DU PALUDISME.....	105
A- Perception du paludisme et prévention de la maladie.....	105
B- Méthodes préventives utilisées par les ménages.....	107
C- Femmes enceintes et prévention du paludisme.....	110
II- L'INFLUENCE DES FACTEURS ECONOMIQUES SUR LA PREVENTION	
DU PALUDISME.....	112
A- Revenus des ménages et prévention du paludisme.....	112
B- Dépenses pour la prévention du paludisme.....	114

<i>1- Coût des méthodes modernes</i> .....	114
<i>2- Coût des méthodes traditionnelles</i> .....	115
C- L'impact socio-économique de la prévention du paludisme.....	116
<i>1- L'impact social</i> .....	116
<i>2- L'impact économique</i> .....	117
CONCLUSION PARTIELLE.....	118
CONCLUSION GENERALE.....	119
BIBLIOGRAPHIE.....	121
ANNEXES.....	128
LISTE DES TABLEAUX.....	151
LISTE DES FIGURES.....	154
TABLE DES MATIERES.....	156