

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

**Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique
(M.E.S.S.R.S)**

Université de Ouagadougou

**Unité de Formation et de Recherche
en Sciences Humaines
(U.F.R./S.H.)**

Département de Géographie

Option Démographie

**Organisation de Coordination
et de Coopération pour la
Lutte contre les Grandes
Endémies (O.C.C.G.E)/
Centre Muraz
Laboratoire de Parasitologie-
Entomologie
Bobo-Dioulasso**

MEMOIRE DE MAITRISE

Thème:

**LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME ET
ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CONCERNANT LES ENFANTS DE
MOINS DE CINQ (5) ANS: UNE ETUDE COMPARATIVE EN MILIEUX
URBAIN ET RURAL DANS LA PROVINCE DU HOUET**

Présenté par : **ZOUNDI Norbert**

Sous la direction de : **Monsieur Banza BAYA, Maître Assistant**

Année Académique 2000-2001

ERRATA

Page 7, paragraphe 6 , ligne 5, lire : (fig. 2.1.) au lieu de : (fig. II.1).

Page 14, paragraphe 6, ligne 3, lire : 1 an au lieu de : 1an

Page 19, paragraphe 2, ligne 3, lire : Nous sommes partis au lieu de : Nous sommes parti.

Page 47, paragraphe 2, ligne 6 et 7, lire : le taux de prévalence est de... au lieu de : le taux de prévalence, il est de....

Page 53, paragraphe 1, ligne 1, lire : participent à la prévention contre le paludisme... au lieu de : participent à la prévention contre du paludisme.....

Page 56, paragraphe 2, ligne 14, lire : 13% au lieu de : 13%.

Page 61, paragraphe 1, ligne 6 et 8, lire : ce sont les mères ayant le niveau primaire et plus qui les indiquent plus. au lieu de : ce sont les mères ayant le niveau secondaire qui les indiquent plus, suivies de celles du niveau primaire.

Page 88, paragraphe 3, ligne 9 : de paracétamol... ligne 10 sur la ligne 9.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	I
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
RESUME.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
1. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	3
2. MODELE D'ANALYSE.....	6
2.1. <i>Définition des concepts</i>	6
2.2. <i>Construction du modèle d'analyse</i>	6
2.3. <i>Hypothèses de l'étude</i>	10
3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	10
3.1. <i>Revue de la littérature</i>	10
3.2. <i>Collecte des données</i>	19
3.3. <i>Méthode d'analyse</i>	20
3.4. <i>Limites de l'étude</i>	22
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE.....	24
CHAPITRE I MILIEU PHYSIQUE.....	25
1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	25
1.2. STRUCTURE ET RELIEF.....	28
1.3. CLIMAT ET VEGETATION.....	29
1.4. HYDROGRAPHIE.....	30
<i>Conclusion</i>	31
CHAPITRE II MILIEU HUMAIN.....	32

II.1. QUELQUES ASPECTS DEMOGRAPHIQUES.....	32
II.2. APERCU SUR LES INFRASTRUCTURES DE SOINS MODERNES DANS LA PROVINCE.....	33
II.3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	35
<i>Conclusion</i>	38
DEUXIEME PARTIE : LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	39
CHAPITRE III CONNAISSANCE DU PALUDISME.....	40
III.1. CONNAISSANCE DU PALUDISME.....	40
III.2. CAUSES DU PALUDISME.....	41
III.3. PALUDISME ET SAISONS.....	42
III.4. MANIFESTATIONS DU PALUDISME.....	43
III.5. MANIFESTATION DU PALUDISME ET CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT.....	47
<i>Conclusion</i>	50
CHAPITRE IV PREVENTION DU PALUDISME.....	52
IV.1. PREVENTION DU PALUDISME ET MILIEU DE RESIDENCE.....	52
IV.2. PREVENTION DU PALUDISME ET CARACTERISTIQUES COLLECTIVES DU MENAGE.....	55
<i>IV.2.1. Prévention du paludisme et activité du chef de ménage</i>	55
<i>IV.2.2. Prévention du paludisme et sexe du chef de ménage</i>	57
<i>IV.2.3. Prévention du paludisme et taille du ménage</i>	59
IV.3. PREVENTION DU PALUDISME ET CARACTERISTIQUES DE LA MERE...60	
<i>IV.3.1. Prévention du paludisme et instruction de la mère</i>	61
<i>IV.3.2. Prévention du paludisme et activité de la mère</i>	63
<i>IV.3.3. Prévention du paludisme et état matrimonial de la mère</i>	64
<i>IV.3.4. Prévention du paludisme et âge de la mère</i>	66

<i>Conclusion</i>	67
CHAPITRE V PRINCIPAUX ITINERAIRES THERAPEUTIQUES	68
V.1. AUTOMEDICATION	68
<i>V.1.1. Automédication et milieu de résidence</i>	<i>68</i>
<i>V.1.2. Automédication et caractéristiques collectives du ménage</i>	<i>70</i>
<i>V.1.3. Automédication et caractéristiques de la mère</i>	<i>72</i>
V. 2. CONSULTATION MEDICALE	76
<i>V.2.1. Consultation médicale et milieu de résidence</i>	<i>76</i>
<i>V.2.2. Consultation médicale et caractéristiques collectives du ménage</i>	<i>77</i>
<i>V.2.3. Consultation médicale et caractéristiques de la mère</i>	<i>80</i>
V.3. ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT	84
- <i>Itinéraires thérapeutiques et sexe de l'enfant</i>	
- <i>Itinéraires thérapeutiques et âge de l'enfant</i>	
<i>Conclusion</i>	<i>85</i>
CONCLUSION GENERALE	86
BIBLIOGRAPHIE	90
ANNEXES	
ANNEXE 1 : CADRES CONCEPTUELS DE REFERENCE	
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE	
ANNEXE 3 : TABLEAUX	

DEDICACE

***A la mémoire de mes très chers Père ZOUNDI G.
MICHEL et Grand-père ZOUNDI ROGUIPAMBA ;***

***A ma très chère Mère et à mes Frères et Soeurs,
ce succès est le vôtre.***

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent :

- à tous les Enseignants du Département de Géographie qui ont assuré notre formation universitaire;
- à notre directeur de mémoire, Monsieur Banza Baya, qui, en dépit de ses multiples occupations n'a ménagé aucun effort pour diriger non seulement notre travail mais également en nous apportant un soutien inestimable, qu'il trouve ici notre profonde reconnaissance;
- à la famille Baya, nous lui témoignons notre profonde gratitude;
- au Médecin Colonel Tinga Robert Guiguemdé, Professeur Titulaire de la chaire de Parasitologie, Expert de l'O.M.S., Chef de la section Parasitologie du Centre Muraz, Médecin-chef du C.R.C.P. (Centre de Référence de la Chimiorésistance du Paludisme)/O.C.C.G.E, Docteur Honoris Causa de l'Université de Bordeaux II;
- au Médecin Parasitologue Jean-Bosco Ouédraogo, Maître de Recherche au Centre Muraz;
- à tout le personnel du Laboratoire de Parasitologie du Centre Muraz, structure au sein de laquelle nous avons effectué notre stage; en particulier, à Monsieur Seri Lucien, Madame Traoré Natogoma, Monsieur Diallo Ibrahim;
- à mes collègues Rouamba Jérémi, et Tahyo Manuel;
- à Monsieur Ouédraogo Abdoul Kadré, et à Monsieur Zougouri Adama, qui m'ont apporté leur appui pour la réalisation de mes enquêtes;
- à Mademoiselle Saouadogo W. Valérie, mon amie, qui ne cesse de me soutenir ;
- à Monsieur Zoundi B. Aimé et famille;
- à Madame Balkouma née Zoundi Fatimata et époux;
- à Monsieur Zongo Joseph et famille;
- à Monsieur Zoundi Alassane et famille;
- à Monsieur Kaboré R. Fernand et famille;
- à Monsieur Kaboré Saïdou et famille;
- à Monsieur Zongo Jean et famille;

-à Monsieur Kaboré Issaka et famille;

-à Monsieur kaboré Noaga, Monsieur Kaboré Issa, Monsieur Kaboré Frédéric ;

-à tous les Etudiants de la promotion 1994-1995 du Département de Géographie;

-à mes Amis Abou Moussa, Bassolé Marius, Bassono Jean De La Croix, Bayala Cyr Prosper, Coulibaly D. Bokuy, Dipama Alassane, Guebré Moustapha, Gouba Lucien, Kabré Ali, Nacoulma A. Narcisse, Ouédraogo R. David, Somé Marcelin, Yélé mou Cyriaque, Zongo Julien ;

-à tous ceux, qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	Accoucheuse Auxiliaire
AIS	Agent Itinérant de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
ALN	Alphabétisation en Langues Nationales
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
EC	Ecole Coranique
EM	Ecole Medersa
IB	Infirmier Breveté
IBS	Infirmier Breveté Spécialisé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
OCCGE	Organisation de Coopération et de Coordination pour la Lutte Contre les Grandes Endémies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFE	Sage Femme d'Etat
SMI	Santé Maternelle et Infantile
ZE	Zone d'Etude

LISTE DES FIGURES

	Pages
Fig. 2.1. L'analyse de la morbidité par paludisme.....	9
Fig. I.1. Localisation de la province du Houet.....	26
Fig. I.2. Présentation de la zone d'étude.....	27
Fig.I.3. Régime pluvio-thermique de Bobo-Dioulasso en 1996.....	29
Fig. III.1. Nom local du paludisme selon le milieu de résidence.....	41
Fig. III.2. Causes du paludisme selon le milieu de résidence.....	42
Fig. III.3. Fréquence du paludisme selon les saisons.....	43
Fig. III.4. Symptômes du paludisme selon le milieu de résidence.....	46
Fig. III.5. .6. et .7. Manifestation du paludisme au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe de l'enfant.....	48 ; 49 et 50
Fig. IV.1 et 2. Moyens de prévention et protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme selon le milieu de résidence.....	53 et 55
Fig. IV.3. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et activité du chef de ménage.....	57
Fig. IV.4. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et sexe du chef de ménage.....	59
Fig. IV.5. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et taille du ménage.....	60
Fig. IV.6. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et instruction de la mère.....	62
Fig. IV.7. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et activité de la mère.....	64
Fig. IV.8. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et état matrimonial de la mère.....	65
Fig. IV.9. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et âge de la mère.....	66
Fig. V.1. Automédication et milieu de résidence.....	69
Fig. V.9. Consultation médicale et milieu de résidence.....	77

Fig. V.2. et .10. Automédication, consultation médicale et activité du chef de ménage.....	70 et 78
Fig. V.3. et .11. Automédication, consultation médicale et sexe du chef de ménage.....	71 et 79
Fig. V.4. et .12. Automédication, consultation médicale et taille du ménage.....	72 et 80
Fig. V.5. et .13. Automédication, consultation médicale et instruction de la mère.....	73 et 81
Fig. V.6. et .14. Automédication, consultation médicale et activité de la mère.....	74 et 82
Fig. V.7. et .15. Automédication, consultation médicale et état matrimonial de la mère.....	75 et 83
Fig. V.8. et .16. Automédication, consultation médicale et âge de la mère.....	76 et 84
ANNEXES.....	XI

LISTE DES TABLEAUX

Pages

Tableau : 3.1. Décomposition des concepts en variables opérationnelles.....	21
Tableau : II.1. Situation des infrastructures publiques de soins dans la zone d'étude.....	33
Tableau : II.2. Taux de réalisation des normes OMS en personnel national de santé dans la zone d'étude.....	34
Tableau : II.3. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée....	35-36

RESUME

Le paludisme ou malaria est une maladie très répandue dans la ceinture intertropicale. Il constitue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans certains pays du globe.

Chaque année, selon l'OMS, 300 à 500 millions de personnes présentent une atteinte clinique souvent très grave du paludisme avec plus d'un million de décès. Les enfants constituent la couche la plus vulnérable.

En Afrique, plus de 50% de la population résiderait dans les zones de forte endémicité où la transmission est intense et permanente et où l'espèce la plus rencontrée est le *plasmodium falciparum*.

En Afrique sub-saharienne, on estime annuellement 250 à 450 millions de cas cliniques avec plus de 800.000 décès.

Au Burkina Faso, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Dans la région de Bobo-Dioulasso, la transmission du paludisme est permanente avec une recrudescence en saison des pluies. L'*Anopheles gambiae*, l'*Anopheles funestus* et l'*Anopheles nili* sont responsables de cette transmission. L'espèce plasmodiale la plus rencontrée est le *plasmodium falciparum*. En 1996, 19.336 cas d'accès palustres ont été enregistrés chez les enfants de moins de cinq ans en consultation externe.

La pathologie palustre faisant intervenir des facteurs de divers ordres, les seules études strictement médicales ne suffisent pas dans l'optique de la recherche de ses solutions.

La présente étude concerne deux milieux distincts de la province du Houet, un milieu urbain représenté par le quartier Colsama dans le secteur n° 21 de l'arrondissement de Konsa, et un milieu rural représenté par le village de Tougan Coura dans le département de Dandé. L'étude a pour objectifs d'analyser :

- 1) les stratégies de lutte en fonction de la perception du paludisme par les populations ;
- 2) les itinéraires thérapeutiques en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans ainsi que les différences éventuelles de comportements des populations selon le milieu de résidence.

Le cadre conceptuel de référence est le modèle de Mosley et Chen (1984) et de sa forme modifiée par Barbieri (1991) portant sur les déterminants de la mortalité infantile. Nous nous sommes servis des caractéristiques socio-économiques des ménages que nous avons scindées en cinq (5) groupes de variables. Ces variables sont entre autres les caractéristiques environnementales (disponibilité des soins), les caractéristiques de la mère (niveau d'instruction, âge...), les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe). Elles peuvent contribuer soit à réduire, soit à augmenter les risques du paludisme chez l'enfant.

L'analyse a été effectuée sous la forme d'une double comparaison au regard des objectifs que nous nous sommes fixés.

Les principaux résultats découlant de l'analyse se présentent comme suit :

- Quel que soit le milieu de résidence, le terme *soumaya* est plus employé par les mères pour identifier le paludisme. Il se manifeste fréquemment en saison des pluies.

- Les causes et les symptômes du paludisme sont multiples. En milieu urbain, les piqûres de moustiques (52%) apparaissent plus être à l'origine du paludisme tandis qu'en milieu rural, les mères incriminent beaucoup plus l'humidité (29%). S'agissant des signes associés au paludisme, nous avons retrouvé les mêmes symptômes mais dans des proportions variables. En milieu urbain, c'est surtout la fièvre (74%), les vomissements (57%) et les céphalées qui indiquent plus le paludisme chez l'enfant tandis qu'en milieu rural, en plus de la fièvre (58%) et des vomissements (28%), les mères associent beaucoup plus la manifestation du paludisme à la couleur des yeux (yeux jaunes 40%).

- La révélation des causes et des symptômes du paludisme varie en fonction de l'âge, du niveau d'instruction et de l'activité de la mère.

- Les enfants de moins de cinq ans en milieu rural ont plus souffert du paludisme au cours des douze derniers mois que ceux du milieu urbain, surtout les filles (55,1%).

- La connaissance des moyens de prévention du paludisme varie selon le milieu de résidence de la mère et de certaines caractéristiques propres à celle-ci et au

ménage. En milieu urbain, la prise de chloroquine (46%), les bombes aérosols d'insecticides (27%), la moustiquaire simple (21%) et la moustiquaire imprégnée (19%) sont plus reconnues par les mères comme des moyens qui participent à la protection contre le paludisme, notamment les piqûres de moustiques, tandis qu'en milieu rural, c'est surtout la prise de médicaments (27%), notamment traditionnels et la moustiquaire simple (13%) qui sont plus considérées.

- Concernant la protection des enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, les mères en milieu urbain (75%) protègent plus leurs enfants que celles du milieu rural (31%). Par ailleurs, les ménages dirigés par les hommes, les mères instruites, les mères commerçantes protègent plus leurs enfants que les mères agricultrices, les ménages dirigés par les femmes, les mères non instruites. La situation économique des ménages, notamment le manque d'argent explique ce comportement différentiel.

- S'agissant des recours thérapeutiques en cas de paludisme chez l'enfant, quel que soit le milieu de résidence, ils demeurent l'automédication au premier stade du paludisme dus à la faible représentation des infrastructures sanitaires, notamment en milieu rural, et également à l'extrême pauvreté des ménages et des mères, suivie de la consultation médicale en cas de non amélioration de l'état de santé de l'enfant et très rarement de la consultation d'un guérisseur.

- Il n'existe pas de traitement préférentiel selon le sexe des enfants souffrant du paludisme ; tous les enfants bénéficient du même traitement.

- La faible représentation des infrastructures sanitaires en milieu rural de même que l'extrême pauvreté des ménages et des mères contribuent à une non ou à une faible prise en charge efficace des cas de paludisme chez l'enfant.

Mots clés : enfant, rural, urbain, ménage, paludisme, itinéraires thérapeutiques, stratégies de lutte, caractéristiques socio-économiques.

INTRODUCTION GENERALE

Le paludisme (du latin palus: marais) ou malaria (mauvais air) est une parasitose fébrile, endémo-épidémique, tropicale et intertropicale, due à des hématozoaires du genre plasmodium, transmis à l'homme par la piqûre d'un moustique: l'anophèle femelle (Coulibaly, 1993). C'est l'une des plus vieilles maladies de l'humanité. Il constitue également, l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans certains pays du globe. Les connaissances sur cette pathologie n'ont cessé de s'accroître depuis le deuxième siècle avant Jésus-Christ où les Grecs et les Romains firent la relation entre la fièvre et la proximité des terrains marécageux.

En 1630, Francisco Lopez s'était déjà aperçu de l'action de l'écorce de Quinquina sur les fièvres intermittentes (Larivière, 1989). En 1880, Laveran décrit le *plasmodium falciparum* dans le sang d'un sujet paludéen (Ouédraogo, 1998). En 1895, Ross démontra en Inde que le paludisme était provoqué par la piqûre de 3 moustiques (Ouédraogo, 1998).

Actuellement, le paludisme sévit dans la ceinture de pauvreté du monde. Il demeure en 1997 l'un des problèmes majeurs de santé en Afrique, avec 350 à 450 millions de cas cliniques par an. Quatre (4) espèces plasmodiales sont habituellement responsables du paludisme chez l'homme ; ce sont : *plasmodium falciparum*, *plasmodium malariae*, *plasmodium vivax* et *plasmodium ovale*.

En dépit des progrès considérables réalisés dans les domaines de la connaissance et de la lutte contre cette pathologie, elle demeure la première endémie mondiale. En effet, les progrès thérapeutiques sont remis en cause par l'apparition de résistance des plasmodiums aux médicaments antipaludiques. Cette résistance a été observée in vivo en décembre 1986 à Paris chez des touristes qui avaient séjourné à Cotonou au Bénin (Gbary et col, 1988). Les antipaludiques actuellement concernés par la chimiorésistance sont : la chloroquine, l'amodiaquine, la quinine et la méfloquine.

Le présent travail a été réalisé dans le cadre du projet Recherche-Action sur

le paludisme dans la province du Houet, initié par le Centre Muraz et financé par la coopération française.

Les activités dudit projet couvrent 18 villages de la province, parmi lesquels nous avons tiré notre échantillon.

Le présent document qui comporte deux grandes parties marque nos premiers pas dans le domaine de la recherche qui a ses exigences dont nous ne saurions nous démarquer. La première partie comporte deux (2) chapitres consacrés à la présentation de la zone d'étude. Quant à la deuxième partie, elle comporte trois (3) chapitres. Ils concernent l'analyse proprement dite. Ils mettent en relation les stratégies de lutte contre le paludisme et les itinéraires thérapeutiques avec les caractéristiques du ménage, de la mère et de l'enfant.

1. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le paludisme, maladie infectieuse et parasitaire, fait partie des grands fléaux qui se manifestent dans certains pays du globe occasionnant de nombreux décès.

En effet, selon l'O.M.S., ce sont 2,3 milliards de personnes dans le monde soit 41% des populations, qui vivraient dans des zones à risque. Chaque année plusieurs millions de personnes présentent une atteinte clinique souvent très grave du paludisme. De 140 à 280 millions de ces accès de paludisme cliniques touchent des enfants de moins de cinq (5) ans avec 1 million de décès en Afrique (O.M.S., 1994).

En Afrique, environ 74% de la population estimée à 571 millions en 1994, résiderait dans des zones de forte endémicité où la transmission est intense et permanente et/ou l'espèce la plus rencontrée est le *plasmodium falciparum*.

En Afrique sub-saharienne, la situation est très critique. Le paludisme provoque l'anémie chez les enfants et chez les femmes enceintes, accroît leur vulnérabilité à d'autres maladies. Il constitue une des causes d'absentéisme scolaire. C'est une pathologie qui pèse lourdement sur les ressources des pays et des populations. En effet, il frappe les jeunes adultes en pleine saison des activités agricoles, diminuant ainsi la force active. Le coût direct et indirect du paludisme en Afrique a été estimé à 800 millions de dollars US en 1987 et dépasserait sans doute 1 milliard 800 millions en 1995 (O.M.S., 1994).

Le paludisme reste une des principales causes de mortalité infantile. Un enfant sur vingt en meurt avant l'âge de cinq ans. En 1990, 800.000 décès d'enfants étaient dus au paludisme (O.M.S., 1990).

Au Burkina Faso, pays d'hyper-endémie palustre comme la plupart des pays tropicaux, le paludisme occupe l'une des premières places parmi les maladies transmissibles. Il constitue par conséquent un problème majeur de santé publique. En effet, les faciès épidémiologiques se superposent aux zones climatiques. C'est ainsi qu'on distingue:

-une zone de transmission saisonnière longue répondant à la zone méridionale et

centrale;

-une zone correspondant au sahel où la transmission est saisonnière courte ;

-enfin, une zone correspondant aux villes et leurs périphéries, où on trouve une transmission de type urbain et péri-urbain.

Parmi les espèces vectorielles, deux sont pour l'essentiel responsables de la transmission du paludisme au Burkina Faso. Il s'agit de *Anopheles gambiae* S.L. ("Sensu Lato") qui assure l'essentiel de la transmission dans la première moitié de la saison pluvieuse, et de *Anopheles funestus* qui prend le relais dans la seconde moitié.

Des trois espèces plasmodiales présentes au Burkina Faso (*plasmodium falciparum*, *plasmodium malariae*, *plasmodium ovale*), *plasmodium falciparum* prédomine, avec un taux de prévalence supérieur à 95% (Coulibaly, 1993).

Dans l'ensemble, le paludisme se manifeste de manière cruciale. En effet, en 1991, 458.941 cas d'accès palustres cliniques ont été notifiés dont 890 malades sont décédés, soit un taux de létalité de 2% (Coulibaly, 1993).

Dans la région de Bobo-Dioulasso, zone pilote de la lutte antipaludique, la transmission du paludisme est permanente, avec une recrudescence pendant la saison des pluies (Mai à Octobre) et le début de la saison sèche. Les principaux vecteurs de cette transmission sont *Anopheles gambiae*, *Anopheles funestus*, et *Anopheles nili*. Quant aux espèces plasmodiales, c'est *plasmodium falciparum* qui est responsable de plus de 90% des infestations; 3 à 8% pour le *plasmodium malariae*, et 0,5 à 2 % pour *plasmodium ovale*. Il faut signaler par ailleurs que *plasmodium vivax* n'a jamais été retrouvé dans cette région.

Plusieurs cas de paludisme se rencontrent dans la région. En 1996, 19.366 cas d'accès palustres chez les enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés en consultation externe (Ouédraogo, 1997). Au cours de la même année sur 165 enfants présentant un accès palustre enregistrés en hospitalisation dans les formations sanitaires de la province, 37 enfants décédèrent, soit 22,4% des cas (Ouédraogo, 1997). Par ailleurs, on a pu noter en 1996, plusieurs cas de paludisme tant en milieu rural qu'en milieu urbain (milieu rural: 56.604 cas, milieu urbain: 29.971 cas, Ouédraogo, 1997). Ces différents chiffres témoignent de la gravité du

problème, notamment en ce qui concerne les cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans qui est un sujet plus vulnérable. Face à cette situation très préoccupante des actions de lutte sont entreprises par les différentes structures œuvrant dans le domaine de la santé des populations et par les populations elles-mêmes afin d'éradiquer pour toujours le fléau. Pour ce qui est des actions qu'entreprennent les populations, elles s'inscrivent dans un système très complexe prenant en compte des facteurs d'ordre social, économique, culturel et démographique dont la compréhension et la connaissance s'avèrent capitales. Et cela pour une meilleure appréciation de leur influence sur tout ce qui s'opère pour identifier, lutter et traiter le paludisme.

Ce travail très gigantesque ne saurait être l'apanage des seuls spécialistes de la santé, d'où notre modeste contribution par la présente étude à travers notre thème de recherche qui s'intitule: « **LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CONCERNANT LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (5) ANS: UNE ETUDE COMPARATIVE EN MILIEUX URBAIN ET RURAL DANS LA PROVINCE DU HOUET** ».

Le choix d'un tel thème se justifie par le besoin de connaître et de comprendre ce qui est entrepris par les populations pour faire face au paludisme. Cela est d'autant plus préoccupant que les cas d'accès palustres ne cessent d'augmenter créant ainsi une inquiétude généralisée.

Comment les populations perçoivent le paludisme? Quels sont donc les moyens de lutte mis en place par les populations; quels sont les itinéraires thérapeutiques empruntés à cet effet en cas de paludisme? Enfin comment tout cela s'organise t-il en fonction des caractéristiques des ménages et le milieu de résidence?

Ce sont là les questions auxquelles nous tenterons de répondre à travers notre étude.

Au delà des différences observables que l'on peut mesurer selon les différentes variables, nous voulons comprendre pourquoi suivant le milieu de résidence on note des différences ou des similitudes de stratégies de lutte contre le paludisme et des itinéraires thérapeutiques concernant les enfants de moins de

cinq ans.

Cet objectif général se scinde en quatre objectifs spécifiques qui sont:

1-identifier la perception du paludisme par les populations suivant le milieu de résidence et les caractéristiques des ménages;

2-déterminer les variations des stratégies de lutte contre le paludisme et les itinéraires thérapeutiques concernant les enfants de moins de cinq ans suivant les caractéristiques des ménages;

3-comparer ces variations des stratégies de lutte contre le paludisme et des itinéraires thérapeutiques selon le milieu de résidence;

4-évaluer la prévalence du paludisme selon le milieu de résidence.

2. MODELE D'ANALYSE

2.1. Définition des concepts

****Stratégies de lutte***

Pour notre étude nous entendons par "stratégies de lutte" « l'ensemble des mesures prises par les populations pour se prémunir contre le paludisme ». Ces mesures sont prises à titre préventif.

****Itinéraires thérapeutiques***

En nous inspirant de l'explication donnée à chacun de ces mots dans le dictionnaire LE PETIT ROBERT, nous avons retenu la définition suivante: "les itinéraires thérapeutiques" peuvent être compris comme « l'ensemble des principales voies suivies pour soigner, traiter les sujets souffrant d'une maladie », ici le paludisme.

2.2. Construction du modèle d'analyse (cadre conceptuel)

Le cadre conceptuel établit un réseau de relations entre les différents

concepts. Il s'agit d'une construction sélection qui ne peut prétendre aborder tous les mécanismes du paludisme. Nonobstant ce fait, nous allons à travers elle et les hypothèses qui en découlent essayer de répondre à notre question de départ.

Plusieurs auteurs se sont attelés à élaborer des modèles illustrant les mécanismes de certains phénomènes démographiques, en mettant ceux-ci en relation avec les caractéristiques socio-économiques des ménages. Parmi ces modèles, nous nous sommes inspirés de celui de Mosley et Chen (1984), et de sa forme modifiée par Barbieri (1991).

Mosley et Chen (1984), ont procédé à un regroupement des facteurs susceptibles d'affecter le niveau de mortalité des enfants. Ils les ont regroupés en deux séries : les déterminants proches et les déterminants socio-économiques du milieu.

Ce modèle de Mosley et Chen (1984) a été modifié par Barbieri (1991) qui trouve qu'il regroupe des variables intermédiaires intervenant à des niveaux très différents; très directement pour certains, beaucoup moins pour d'autres. Elle s'est donc attelé à corriger cet "amalgame" en procédant à une redéfinition des déterminants proches et en rendant le modèle plus global. Les principes de base ont été conservés (Kaboré, 1997) (Annexe 3).

Suivant nos objectifs et la disponibilité en données, nous avons ajouté d'autres variables intermédiaires (état matrimonial, activité, etc.) à celles déjà utilisées par Mosley et Chen.

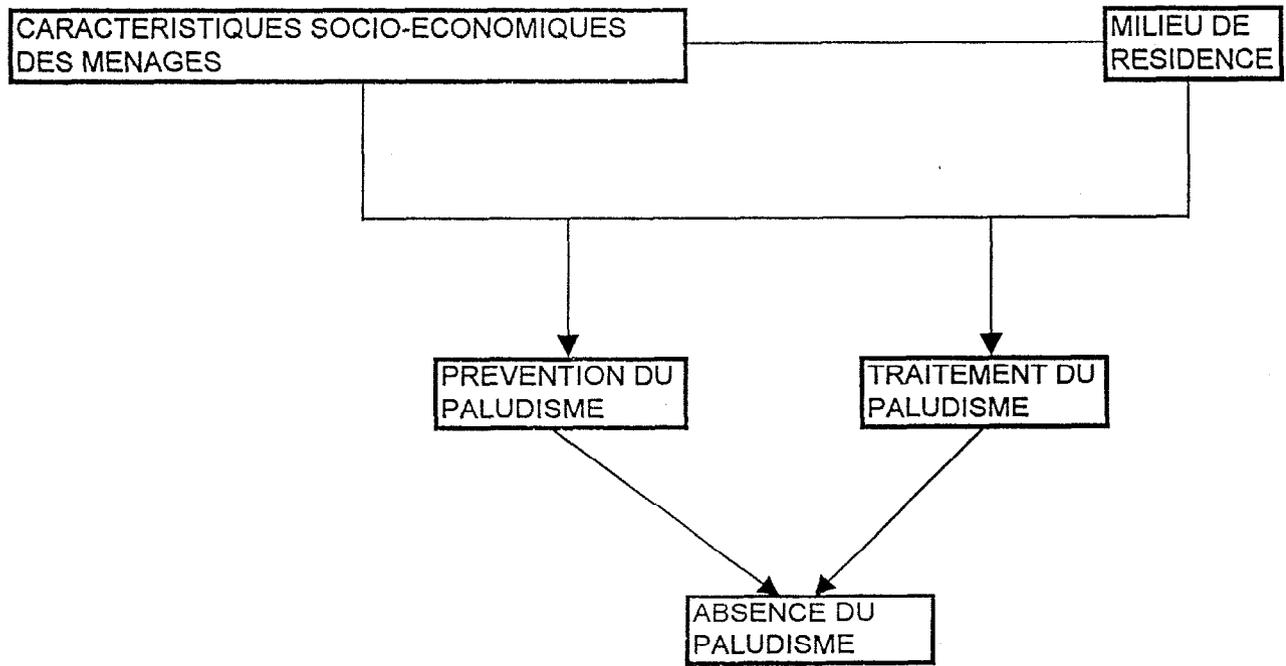
Aux caractéristiques socio-économiques de Mosley et Chen, nous avons joint la variable milieu de résidence. Ces deux variables ont des incidences directes sur la prévention et le traitement du paludisme. Ce qui peut se traduire par une absence de celui-ci. Par ailleurs, nous avons également procédé à un regroupement de nos variables en trois (3) catégories (fig. II.1.) et à une sélection de leurs composantes en partant des constats suivants :

-le milieu de résidence de la mère qui se caractérise par son cadre de vie (milieu urbain, milieu rural) va sans doute être très déterminant dans l'appréhension de certains phénomènes, notamment la connaissance de certaines maladies (mode de transmission, moyens de prévention, recours thérapeutiques) ;

- la perception du paludisme renvoie à la représentation de la maladie par les mères. Il s'agira de révéler les facteurs incriminés, en d'autres termes les causes du paludisme et les symptômes indicatifs de celui-ci que les mères évoquent ;
- la mère étant la personne qui assure les besoins nutritionnels en quantité et en qualité, et les soins sanitaires de l'enfant; certaines caractéristiques de celle-ci (âge, niveau d'instruction, état matrimonial, etc.) peuvent contribuer soit à réduire ou soit à augmenter les risques de paludisme chez l'enfant;
- le père, qui est généralement considéré comme le chef de ménage, et par qui passent toutes les décisions, son activité peut être un élément capital dans l'amélioration de la santé de l'enfant;
- l'enfant, considéré comme un sujet vulnérable à certaines pathologies, nous pensons que certaines caractéristiques de celui-ci, notamment son âge et son sexe peuvent influencer sur l'évolution de la maladie;
- la disponibilité des soins, notamment la forte présence des formations sanitaires peut constituer un appui important dans la prise en charge des cas de paludisme chez l'enfant.

Fig. 2.1.

L'ANALYSE DE LA MORBIDITE PAR PALUDISME



2.3. Hypothèses de l'étude

Nos hypothèses ont été élaborées à partir de nos variables opérationnelles. Celles-ci vont nous permettre de décrypter la réalité. Elles s'articulent autour des connaissances, des attitudes et des pratiques des mères en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq (5) ans, et cela en rapport avec le milieu de résidence. En effet, suivant le milieu de résidence et certaines caractéristiques des mères, le paludisme peut être différemment appréhendé.

Nos hypothèses peuvent être regroupées en cinq (5) catégories:

- 1- les mères en milieu urbain connaissent mieux les causes et les symptômes du paludisme que celles du milieu rural;
- 2- le taux de prévalence du paludisme est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain;
- 3- les mères en milieu rural ont recours à des décoctés de plantes pour protéger et soigner leurs enfants de moins de cinq (5) ans souffrant du paludisme tandis qu'en milieu urbain, la prévention est faite à base de chloroquine et la formation sanitaire constitue le premier recours en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq (5) ans;
- 4- les mères instruites prennent mieux soin de leurs enfants par rapport aux mères non instruites;
- 5- les mères âgées prennent mieux soin de leurs enfants par rapport aux mères jeunes.

3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

3.1 . Revue de la littérature

Nous présentons ici quelques unes des études qui ont été menées sur le paludisme. Elles mettent en relation la manifestation palustre avec des facteurs tels que la saison, le milieu de résidence, les caractéristiques de l'enfant, etc. Ces études font également ressortir les moyens de prévention du paludisme de même

que les recours thérapeutiques en cas de paludisme.

****Paludisme et saisons***

Les manifestations de certaines affections sont fonction des données climatiques. Si une épidémie comme la méningite ne se manifeste de façon notoire qu'en saison sèche, il n'en est pas de même pour d'autres. En effet, l'affection palustre suit un cycle saisonnier. Des études de quelques auteurs attestent ce fait. Coulibaly (1993) a constaté que dans la région de Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso, la transmission du paludisme est permanente, avec une recrudescence pendant la saison des pluies (Mai à Octobre) et le début de la saison sèche. La saison des pluies étant le moment privilégié pour la prolifération des vecteurs du paludisme; eu égard à l'existence de nombreuses poches d'eau constituant des gîtes larvaires.

Gazin (1991) a pu noter que 97,4% des accès palustres sont observés de Juin à Décembre.

Cependant l'influence du climat est parfois réduite par des facteurs humains tels que l'observance de certaines règles d'hygiène, la connaissance de la pathologie (cause, mode de transmission...).

****Perception et manifestations du paludisme et milieu de résidence***

Le paludisme, affection qui sévit dans la ceinture intertropicale se voit souvent attribué des causes multiples par les populations. En effet, certaines populations pensent que le paludisme a une cause d'origine surnaturelle, d'autres par contre, évoquent des causes naturelles. Cette perception de la pathologie nous a été révélée par plusieurs études menées par différents auteurs. Ces études permettent de se faire une idée sur ce que les populations pensent du paludisme.

Gbary (1995), a dans une étude effectuée en milieu rural révélé chez la population du village de Kotédougou dans la province du Houet, deux formes de paludisme. Cette population appelle par *soumaya*, en langue Dioula le paludisme et

en a identifié deux formes qui sont liées à des causes différentes dont la gravité diffère l'une de l'autre. La première forme dite simple est appelée *soumaya-deni* en Dioula et a pour causes par ordre décroissant de fréquence:

- les changements climatiques, l'humidité et la pluie;
- les aliments sales, mal cuits ou mal conservés;
- les aliments sucrés ou huileux;
- le travail pénible et la fatigue;

la deuxième forme dite grave, *soumaya-ba* en Dioula; a pour cause le mauvais sort jeté par un ennemi ou par un sorcier ou par les esprits.

D'autres auteurs ont également révélé quelques termes par lesquels les populations appréhendent le paludisme. C'est ainsi que :

Bonnet (1986), lors d'une enquête auprès de quelques tradipraticiens moosé de la vallée du Kou, en milieu rural, trouve que les entités *koom* qui veut dire eau en mooré, *weogo* brousse ou forêt en mooré, et *sabga* qui veut dire raisinier indiquent le paludisme.

Dacher (1990); Traoré (1993); Roger (1992) ont observé que le terme *soumaya*, en langue Dioula, qui indique la fraîcheur, l'humidité, est souvent utilisé pour indiquer le paludisme.

Okyere (1994) a, quant à lui, observé qu'au Ghana la plupart des gens appellent le paludisme *atiridi*, expression générique couvrant les principaux signes et symptômes liés à la progression de l'infection jusqu'aux formes graves de la maladie. Toutefois pour la plus extrême et la plus complexe, on ne parle plus d'*atiridi*, mais d'une autre manifestation morbide associée à des forces surnaturelles. Il a également noté qu'une enquête menée dans quatre régions du Ghana a révélé que, parmi les facteurs favorisant le paludisme évoqués par les populations figuraient notamment la malnutrition, les moustiques, la chaleur excessive, l'ivrognerie, les mouches, la fatigue, la saleté, l'eau non potable, l'air malsain et la mauvaise hygiène personnelle. Lors de cette enquête, certains adultes ont émis l'hypothèse que la maladie pouvait être transmise lorsqu'on partage la même vaisselle ou les mêmes lits, par l'entassement dans les chambres à coucher, à l'occasion des rapports sexuels, à cause du ronflement ou en marchant dans l'urine

d'un sujet infecté.

Roger (1992) a pu noter que les aliments sucrés, huileux et souillés sont incriminés au Mali. En Ethiopie, Yeneneh et col (1993) observèrent que les tiges de maïs sont mises en cause. Enfin, sont incriminés, les mouches (Roger, 1992), l'eau stagnante (Ongore et col, 1989), la chaleur provenant du soleil (Akwa, 1992).

La perception du paludisme sous diverses formes par les populations laisse entrevoir des divergences dans le choix des mesures pour se protéger contre cette pathologie ou pour traiter les accès palustres qui en découlent, ou encore dans le diagnostic de la maladie.

En ce qui concerne les manifestations du paludisme, nous avons à travers nos différentes lectures, retenu les études de quelques auteurs qui nous situent sur les signes par lesquels les populations notifient la présence de cette maladie. Ces signes sont différemment appréhendés selon le milieu de résidence.

En effet, Okyere (1994) a observé que dans la localité de Kojo Ashong (Ghana) les symptômes que l'on estimait le plus souvent liés au paludisme étaient le jaunissement de la sclérotique, les frissons et les tremblements, les maux de tête, le goût amer dans la bouche, la faiblesse corporelle et les urines jaunâtres. En outre, parmi les autres symptômes cités comme étant associés à la maladie figuraient la perte d'appétit, la fièvre élevée, la transpiration abondante, les étourdissements, les mauvais rêves et le délire, les vomissements, les douleurs corporelles, le jaunissement des paumes de la main, l'insomnie et la nausée.

Ongore et col (1989); Roger (1992); Yeneneh et col (1993) ont quant à eux pu noter que la fièvre, les frissons, les céphalées, l'asthénie générale, les vomissements sont les plus fréquemment décrits par les populations.

Par ailleurs, c'est l'ictère qui est parfois cité en Ethiopie (Yeneneh et col, 1993) et au Kenya comme un signe du paludisme tandis qu'à Sikasso, en milieu urbain, au Mali (Roger, 1992) la majorité des femmes le considère comme une complication. Enfin, Dao (1992) a observé à Bobo-Dioulasso, en milieu urbain que les céphalées (58% des cas), la fièvre (56% des cas), les courbatures (51,3% des cas) sont évoqués comme signes attribués au paludisme.

Devant une telle diversité de symptômes, une logique thérapeutique ou

préventive de la part des populations ne peut s'opérer sans tenir compte de ces considérations.

****Paludisme et caractéristiques de l'enfant***

La manifestation du paludisme au sein de la population peut revêtir un caractère différentiel selon qu'on a affaire à des enfants, ou à des adultes, ou encore à des femmes enceintes.

Chez les sujets jeunes et les femmes enceintes la manifestation du paludisme est souvent aggravée par la faiblesse, ou l'absence d'une immunité de prémunition pouvant atténuer les effets du paludisme.

En mettant les caractéristiques de l'enfant en relation avec la manifestation du paludisme, certains auteurs sont arrivés à dégager des tendances diversifiées.

En effet, Benasseni (1986), dans une étude menée dans la ville de Bobo-Dioulasso fait ressortir que le taux d'incidence annuelle de l'accès palustre dans la population générale est plus de 80% et que ce taux est de 30 fois plus élevé chez l'enfant que chez l'adulte.

Une enquête diligentée par le Ministère de la Santé (1993b) révèle 1 cas de paludisme par an par enfant d'âge compris entre 6 mois et 4 ans. Une projection au niveau national aurait donné environ 1.500.000 cas annuels uniquement pour ce groupe d'âge. Par ailleurs, en 1990, la distribution par groupe d'âge des cas recensés dans les formations sanitaires était de: 14% chez les enfants de 0-11 mois; 25% pour les enfants de 1-4 ans; 24% pour les enfants de 5-14ans et 37% pour les adultes. La sommation des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans donne 39%.

Kinda (1991), à travers une étude sur le paludisme au Burkina Faso , fait remarquer qu'en milieu hospitalier (Hôpital Yalgado) la mortalité par paludisme représente 5,7% chez les enfants de 1an; 5,6% chez les enfants de 1 à 4 ans; 4,9% de décès chez les enfants de 5 à 14 ans et 3,7% de décès chez les sujets de plus de 15 ans. Ces différents chiffres concernent uniquement les accès simples. Quant à la mortalité due aux accès pernicioeux, il mentionne les tendances établies

par la DEP (Direction des Etudes et de la Planification) du Ministère de la Santé pour l'hôpital Yalgado:

-chez les enfants de 0-4 ans, on a enregistré 258 décès sur 1269 malades, ce qui représente 43,5%;

-chez les sujets de 5-14 ans, 354 malades dont 45 décès, soit 12,7%.

Seri (1996), au cours d'une étude réalisée dans le département de Gassan a observé que le paludisme est l'affection la plus courante, plus fréquente chez les enfants de zéro à six ans, avec un taux de 70 à 75%.

Baudon (1988), a révélé lors d'une étude sur la morbidité palustre en milieu hospitalier que les enfants de 2 à 14 ans sont également plus touchés par le paludisme (37% à 52,4%).

Enfin Baudon et col (1986), ont observé qu'en milieu rural la morbidité palustre est la plus élevée dans la tranche d'âge de 2-9 ans; l'immunité de prémunition paraît solide après l'âge de 14 ans où les accès palustres sont rarement rencontrés.

L'âge apparaît comme la caractéristique qui a été le plus souvent mise en exergue. Les enfants de moins de cinq (5) ans sont les plus vulnérables au paludisme en raison de l'immunité de prémunition contre le paludisme faible ou absente à cet âge.

**** Méthodes de prévention du paludisme et milieu de résidence***

La lutte efficace contre certaines pathologies s'opère parfois en deux phases, une phase dite préventive et une autre appelée phase curative. La lutte contre le paludisme prend en compte ces deux volets.

Selon le milieu de résidence, les moyens utilisés par les populations pour se prémunir contre le paludisme peuvent différer. A ce sujet, des études menées par plusieurs chercheurs permettent de se faire une idée des moyens qu'utilisent les populations dans leur milieu de résidence.

Gbary (1995) a, à travers une étude réalisée en milieu rural, notamment à Kotédougou, dans la province du Houet, observé que la plupart des personnes

interrogées, pensaient que « l'on ne peut pas prévenir le *soumaya* (paludisme); quand il survient, on le soigne et c'est tout ». Par contre d'autres affirmaient que l'on pouvait éviter le paludisme (*soumaya*) par des médicaments. Cela consiste à boire le décocté de feuilles d'eucalyptus et de papayer (*Carica papaya*). Une telle méthode ne s'applique qu'aux adultes. Elles affirment par ailleurs, que la prévention chez les enfants est difficile parce qu'on ne les surveille pas souvent, le temps de se rendre compte, ils sont déjà malades et on les traite. Il a également noté une combinaison des médicaments traditionnels et modernes à base de nivaquine et d'aspirine chez d'autres personnes dont la prise se fait de manière ponctuelle. Cette prophylaxie concerne le *soumaya-deni* révélé par la population de la localité.

Quant à la prévention contre le *soumaya-ba*, attribué aux sorciers et aux esprits, également identifié par cette même population; il ya des cérémonies qui sont organisées par les aînés et des médicaments spécialement préparés pour les enfants et d'une corde spéciale à nouer à la taille pour les femmes enceintes.

Roger (1992), rapporte qu'au Mali la prévention contre le paludisme se fait par la prise de produits modernes comme la chloroquine.

Enfin, Ongore et col (1989), révèlent qu'au Kenya, l'absorption des décoctés des substances végétales comme les feuilles de Lantana, d'Eucalyptus et d'Euphorbia permet de se prémunir des piqûres de moustiques.

****Prévention du paludisme et caractéristiques du ménage***

Certains auteurs ont mis en évidence des variations dans la prévention du paludisme en fonction des caractéristiques du ménage.

Ainsi, Dao (1992), révèle à travers son étude sur l'évaluation du coût de la lutte antipaludique à l'échelon familial dans la ville de Bobo-Dioulasso que la profession peut avoir une influence sur la prévention du paludisme. Ainsi, les familles de cultivateurs observent moins de prévention que les familles de travailleurs salariés. D'autre part les familles de salariés et de commerçants font aussi indifféremment la prévention. Enfin, il note que les familles de petits et moyens

effectifs font plus de prévention que les familles de grands effectifs.

Zandu et col (1991), dans une étude sur les pratiques et dépenses pour la protection contre les moustiques dans les ménages à Kinshasa (R.D. Congo) font ressortir que le niveau d'instruction joue un rôle important dans la protection contre le vecteur du paludisme. En effet, les chefs de ménages moins instruits ont tendance à utiliser des méthodes inefficaces comme la pulvérisation de pétrole ou de mazout, tandis que les plus instruits possèdent une ou plusieurs moustiquaires.

Enfin, Mulumba et col (1990), à travers une étude sur le paludisme de l'enfant à Kinshasa (Zaïre), constatent que le niveau socio-économique de la famille de l'enfant est également important pour la protection vis-à-vis du paludisme. C'est le niveau d'instruction des parents, et surtout de la mère qui a le plus d'influence.

****Itinéraires thérapeutiques et milieu de résidence***

Le choix des recours thérapeutiques en cas de paludisme peut différer selon certains facteurs du milieu. Parmi ces facteurs le milieu de résidence des populations introduit souvent une différenciation.

Meda (1990), en zone urbaine de Ouagadougou trouve, lors d'une enquête sur l'utilisation des antipaludéens, que plus d'un quart des enquêtés avait comme premier recours en cas de paludisme la médecine traditionnelle. Cette proportion est probablement plus élevée en zone rurale.

A Bobo-Dioulasso (Anonyme, 1993), une enquête sur les itinéraires thérapeutiques, montre que les recours aux tradipraticiens représentent 16% des modalités du premier traitement et les soins familiaux 46,4%.

Lasker (1981), rapporte que 5,8% des Ivoiriens de l'intérieur recourent à la médecine traditionnelle comme première source de soins, et pense que ce chiffre serait sous-estimé.

Une enquête socio-économique menée par le CNLP (Comité National de Lutte contre le Paludisme) (1995), dans la province d'Oubritenga, en milieu rural, fait ressortir un schéma thérapeutique qui privilégie l'automédication (48% des cas) ; viennent ensuite le dispensaire (20%), l'agent de santé (15%), la pharmacopée

(9%), et le guérisseur (6%).

Afolabi (1996), a observé au Nigeria, notamment sur l'île d'Ibershe en zone rurale, que même si l'auto-traitement antipaludéen à base de tisanes est une pratique commune, 52% des mères utilisaient la chloroquine.

Enfin, Mulumba et col (1990) constatent, dans une étude sur le paludisme de l'enfant à Kinshasa, que l'automédication est plus pratiquée dans les quartiers à forte morbidité fébrile ainsi que dans les familles à standing élevé quel que soit leur quartier d'habitation.

****Itinéraires thérapeutiques et caractéristiques du ménage***

Le niveau d'instruction, l'âge, la religion etc., des parents sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur le choix des recours thérapeutiques en cas de paludisme. Mais, le facteur qui a plus d'influence sur ce choix, parfois tardif, est sans doute le pouvoir économique des parents.

L'influence de ces différents facteurs est souvent révélée à travers diverses études effectuées. Nous pouvons citer l'étude de Coulibaly et col (1989) menée en Côte-d'Ivoire. Ces auteurs, en considérant des facteurs comme la religion et la nationalité font ressortir que les musulmans font moins souvent appel à un herboriste que les chrétiens et les animistes; les Ivoiriens plus souvent que les non Ivoiriens.

****Itinéraires thérapeutiques et caractéristiques de l'enfant***

Les sources et les formes de traitement des accès palustres revêtent le plus souvent un caractère différentiel selon la personne malade. Il est admis que l'adulte supporte plus la maladie que l'enfant, mieux la femme enceinte. Une telle situation est parfois basée sur la représentation de la maladie par les populations.

Parmi les études faisant allusion aux conduites thérapeutiques en cas de paludisme, en fonction de la personne malade, nous pouvons retenir l'étude de Gbary (1995). Cet auteur a montré que les conduites thérapeutiques variaient en

fonction de la personne malade. Pour les femmes non enceintes et les hommes l'automédication avec les médicaments traditionnels était de règle au premier stade de *soumaya* ou lorsque la maladie paraissait modérée. Par contre, lorsque les enfants présentaient le *soumaya*, le CSPS était rapidement consulté, à moins que les parents ne pensent à une origine surnaturelle. Dans ce cas les tradipraticiens devenaient le premier recours.

Nous examinerons dans notre cas ce que font les mères devant leurs enfants souffrant de paludisme, au regard des caractéristiques propres à l'enfant (âge, sexe...).

3.2. Collecte des données

Notre échantillon est composé de 200 ménages repartis dans deux milieux distincts. Dans chacun des deux milieux le nombre de ménages est le même (100 ménages en milieu urbain et 100 ménages en milieu rural). Pour le tirage de l'échantillon nous nous sommes basés sur une méthode aléatoire. Ainsi, en milieu urbain, sur l'ensemble des ménages répertoriés pour le compte du district sanitaire du secteur 22, nous avons procédé à un tirage au 1/10. En milieu rural par contre, nous avons utilisé la base de données du recensement de la population des villages d'intervention réalisé par la section Parasitologie du centre Muraz en février 1999, dans le cadre du projet Recherche-Action sur le paludisme dans la province du Houet. Pour ce faire, nous avons opéré un tirage d'un ménage sur 2 résidant dans le village de Tougan Coura.

Nous avons élaboré un questionnaire ménage fermé. Celui-ci a été administré à tous les ménages de notre échantillon en particulier à une des femmes du ménage ayant des enfants de moins de cinq (5) ans. Nous sommes parti de l'hypothèse que les enfants de cette tranche d'âge bénéficient beaucoup plus d'attention de la part de leurs mères en matière de santé.

Les informations recueillies à partir de ce questionnaire comprennent plusieurs types de données:

- données d'ordre socio-démographique concernant le chef de ménage, les mères et les enfants de moins de cinq (5) ans;
- données sur la connaissance (perception) de la pathologie par les ménages;
- données sur les moyens de prévention connus et utilisés par les ménages;
- données sur les itinéraires thérapeutiques suivis par les ménages en cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

La collecte des données sur le terrain a eu lieu en mars 1999 en milieu urbain et en avril de la même année en milieu rural.

3.3. Méthode d'analyse

Notre étude s'inscrit dans la rubrique recherche comparative. Elle est purement descriptive en ce sens que nous ne procédons pas à la vérification du niveau de signification statistique des différences constatées encore moins à une analyse multivariée. En effet, nous avons voulu à travers des modalités observables, comme l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'activité etc., des parents des enfants de moins de cinq (5) ans appréhender leurs connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du paludisme, en rapport avec leur milieu de résidence. Pour ce faire nous avons, à partir de notre modèle d'analyse, traduit nos concepts en variables opérationnelles (tableau : 3.1.).

Tableau : 3.1. Décomposition des concepts en variables opérationnelles

Dimensions	Concepts	Variables	Modalités
Caractéristiques socio-économiques des ménages	caractéristiques environnementales du ménage	conditions sanitaires	présence de formation sanitaire
	caractéristiques économiques du ménage	activité du père	agriculteur, éleveur, fonctionnaire, commerçant, artisan, militaire...
	caractéristiques de la mère	niveau d'instruction	aucun niveau, primaire et plus
		activité de la mère	agricultrice, ménagère, fonctionnaire, artisane, commerçante...
		état matrimonial	célibataire, mariée (monogame, polygame 2;3;4;5...) veuve/divorcée/séparée
		âge	15-24; 25-34; 35 ans et plus
	caractéristiques de l'enfant	sexe	masculin, féminin
		âge	0-4 mois; 5 mois-9 mois; 10 mois-1 an; 2 ans-4 ans

Les données de l'enquête ont été traitées (saisies) avec le logiciel Epi Info. L'analyse qui s'en est suivie a consisté à mettre en relation les variables socio-économiques et le milieu de résidence d'une part et d'autre part la connaissance de la pathologie, les moyens de lutte et les itinéraires thérapeutiques. Ce qui nous a permis d'observer en fonction du milieu de résidence, les facteurs incriminés, les symptômes évoqués, les moyens connus et utilisés pour protéger les enfants contre le paludisme et enfin les recours thérapeutiques en cas de paludisme. Par ailleurs,

ces mêmes mécanismes (perception du paludisme, moyens de lutte, itinéraires thérapeutiques) du paludisme ont été croisés avec d'une part les caractéristiques collectives du ménage et d'autre part avec les caractéristiques socio-démographiques de la mère. Enfin, nous avons établi des relations entre la manifestation du paludisme et les caractéristiques de l'enfant en fonction du milieu de résidence. Ce faisant, nous avons utilisé des histogrammes pour mieux représenter les différentes tendances qui se dégagent en fonction des combinaisons que nous avons opérées.

3.4. Limites de l'étude

Comme toute œuvre humaine, notre travail présente des limites liées à plusieurs facteurs :

-nous travaillons sur un sujet, dont la connaissance et les manifestations sont différemment appréhendées par les populations; ce qui ne nous a pas permis d'aller au delà de la simple interprétation;

-ayant bénéficié de l'appui technique d'une structure œuvrant dans le domaine de la santé et connue par les populations de la localité, lors de l'enquête de terrain les populations nous ont considéré comme un professionnel de la santé et les réponses qu'elles ont données à nos différentes questions pourraient être complaisantes par crainte d'être jugées. Elles ont pu donner également des réponses qui ne reflètent pas ce qu'elles font effectivement;

-la non maîtrise de la langue de la localité ne nous a pas permis d'approfondir davantage nos investigations pour saisir les comportements des populations de notre échantillon en cas de paludisme chez l'enfant; nous nous en sommes tenu au travail de nos guides;

-la faiblesse des effectifs suite notamment à la répartition selon les différentes modalités d'une variable a été un handicap majeur dans l'interprétation.

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

Introduction

Le chapitre I traite des aspects physiques de la province du Houet. Lesquels aspects concernent la structure et le relief, le climat et la végétation et l'hydrographie. Certains de ces éléments jouent un rôle non négligeable dans la prolifération des vecteurs intervenant dans la manifestation du paludisme.

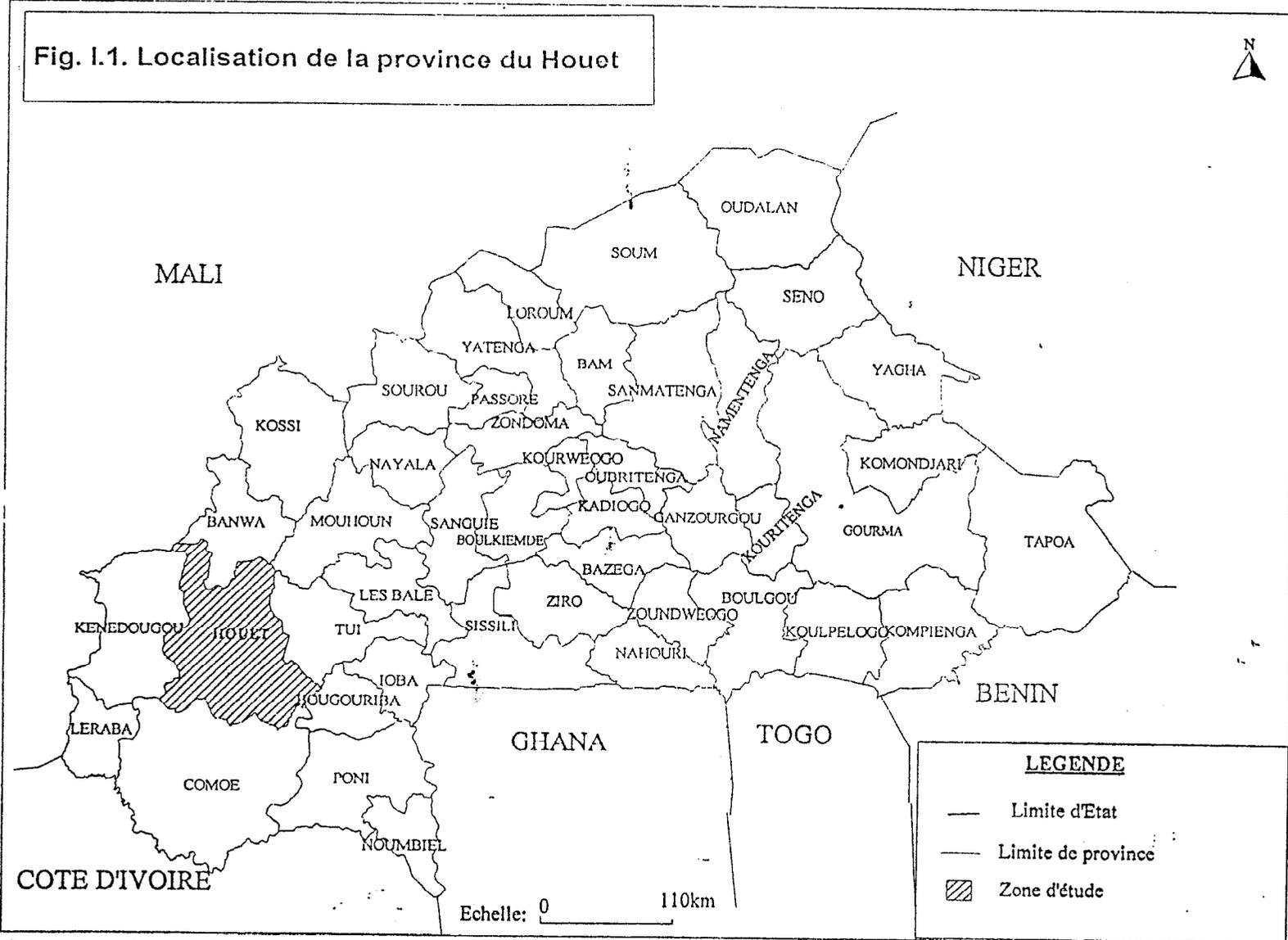
I.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

La province du Houet dont le chef lieu est Bobo-Dioulasso est située à l'Ouest du Burkina Faso. Une situation qui lui confère des conditions climatiques relativement bonnes (fortes précipitations) pouvant contribuer à la multiplication des gîtes larvaires (agents pathogènes du paludisme).

La superficie actuelle de la province du Houet est de 8.964,54 km². Elle est limitée :

- au Nord, par la province des Banwa et la frontière du Mali;
- au Sud, la province de la Comoé;
- à l'Est, la province de la Bougouriba, la province du Tuy, et la province du Mouhoun;
- à l'Ouest, la province du Kéné Dougou.

Notre étude a été menée dans deux milieux distincts de cette province; un milieu urbain et un milieu rural. Le milieu urbain est représenté par le secteur 21 (Colsama) dans l'arrondissement de Konsa, situé à l'Ouest de la ville de Bobo-Dioulasso. Quant au milieu rural, il a concerné le village de Tougan Coura dans le département de Dandé, situé au Nord de Bobo-Dioulasso sur l'axe routier Bobo-Dioulasso - frontière du Mali.

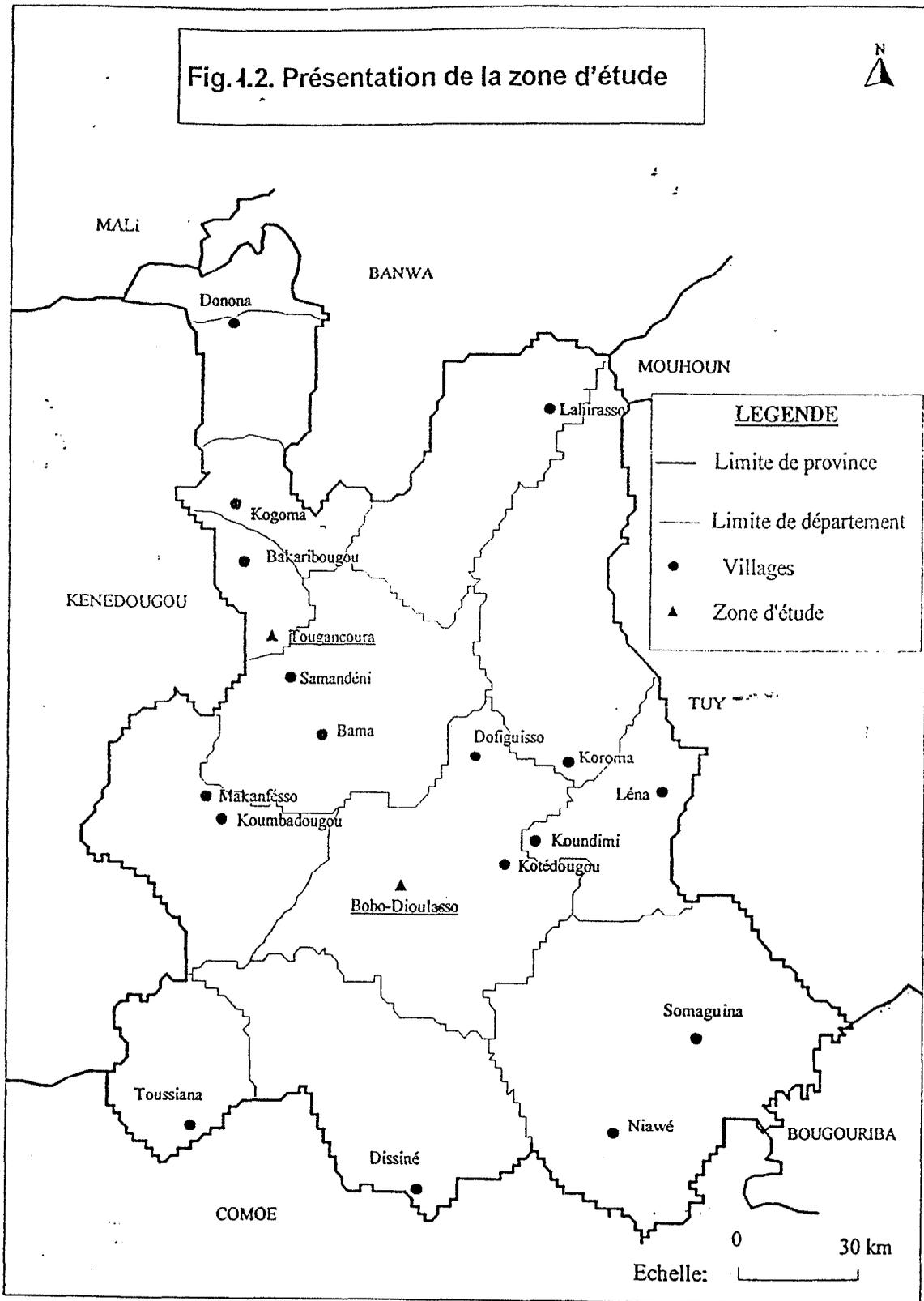


Source: Centre Muraz-Bobo Dioulasso

OCTOBRE 1999

J. ROUAMBA

Fig. 4.2. Présentation de la zone d'étude



Source: Centre Muraz- Bobo Dioulasso

Octobre 1999

J. ROUAMBA

I.2. STRUCTURE ET RELIEF

La province du Houet présente une topographie faite de deux unités qui sont: la plaine et le plateau. Ces deux éléments composites du relief présentent les caractéristiques suivantes:

-la pénéplaine monotone, mollement ondulée entre 250 et 350 m apparaît au Sud de la province. Elle est constituée localement par l'affleurement du socle précambrien inférieur et moyen;

-quant au plateau, le plus élevé, il apparaît au Nord de la province avec une altitude supérieure à 500 m. Il est constitué d'une série sédimentaire gréseuse reposant en discordance sur le socle précambrien. Cet ensemble possède un léger pendage vers le Sud-Ouest (Ouédraogo, 1997).

Le contact franc entre ces deux principaux ensembles est marqué par une "falaise" abrupte et rectiligne orientée Nord-Est - Sud-Ouest, atteignant 150 m de dénivellation dans le département de Toussiana et 200 m dans les environs de Péni. A certains endroits, la "falaise" fait place à une série d'escarpements superposés, traduisant les différents affleurements des séries gréseuses et constituant un gigantesque escalier.

De péni à Bobo-Dioulasso, la "falaise" perd son allure et apparaît comme un ensemble hétérogène se mêlant à des chaos de boules granitiques au niveau du village de Koro à l'Est de Bobo-Dioulasso.

Dans l'ensemble la régularité des affleurements des différentes séries géologiques en plus de l'aspect tabulaire du plateau sont rompus par des intrusions doléritiques formant parfois de petits massifs aux versants abrupts. C'est le cas du massif de Koréba à l'Ouest de Dandé sur la route Bobo - Faramana.

Parmi ces différents éléments du relief, les poches d'eau présentes dans la plaine constituent de véritables nids de moustiques, susceptibles de favoriser la manifestation du paludisme.

I.3. CLIMAT ET VEGETATION

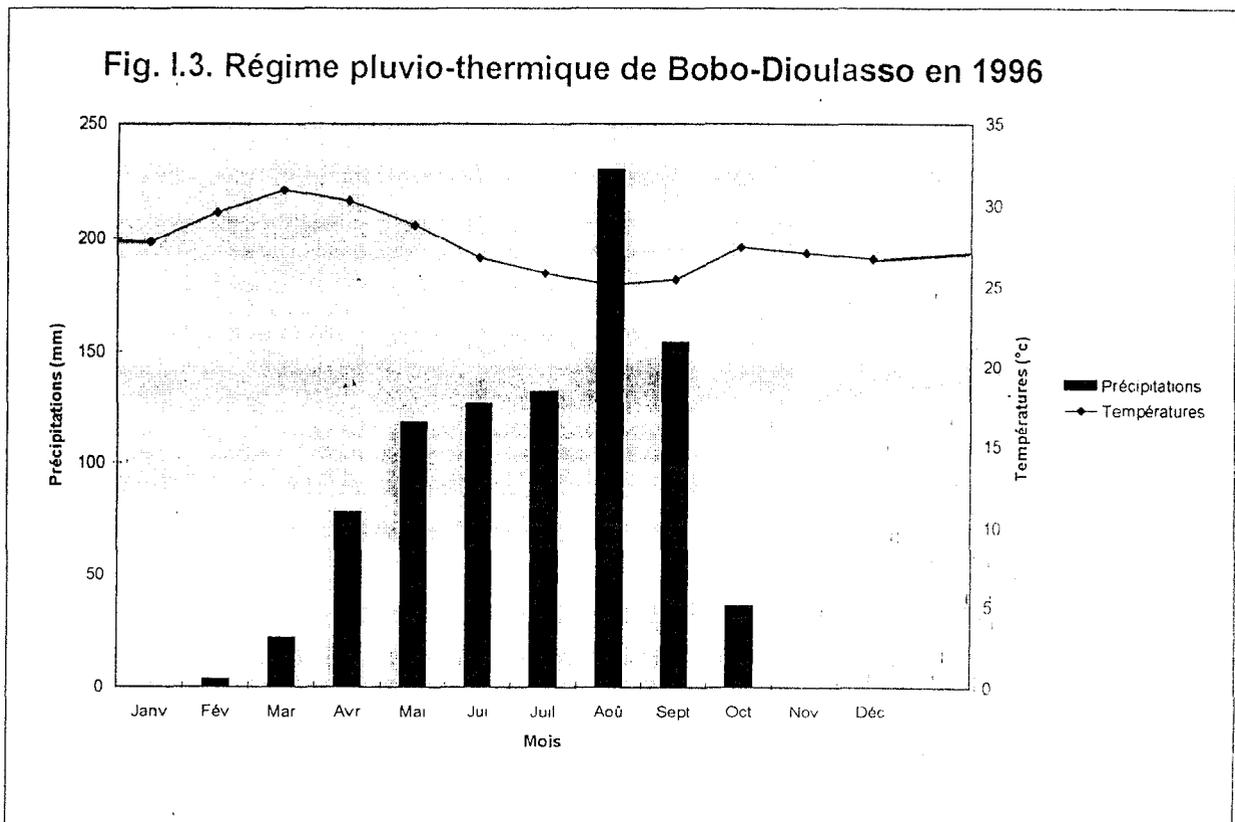
La province du Houet a un climat de type sud-soudanien, caractérisé par l'alternance d'une saison sèche, et d'une saison pluvieuse.

Les précipitations annuelles abondantes tombent en une seule saison de pluies. Celles-ci varient entre 1000 et 1400 mm/an.

Dans l'ensemble les mois de juillet, août et septembre sont les plus pluvieux de l'année avec des hauteurs allant jusqu' à 360 mm en août. Ces fortes précipitations contribuent à la prolifération des gîtes larvaires. Ce qui se traduit par une recrudescence du paludisme pendant ces périodes.

En dépit des variations très importantes des précipitations d'une année à l'autre, la province du Houet reste cependant relativement bien arrosée.

Les températures moyennes sont très variables selon les mois au cours d'une même année. En 1996, les températures étaient respectivement de 30,90°C et 25,10°C durant les mois de mars et d'août (Ouédraogo, 1997) (fig. I.3.)



Source: Direction de la météorologie Bobo-Dioulasso

Dans la province du Houet, comme partout ailleurs au Burkina Faso, deux types de vents dominant le régime éolien. Ces types de vents sont:

-l'harmattan, 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 végétation est composée de savanes boisées, de savanes arborées, de savanes parcs et de savanes arbustives. Au niveau de la province, les espèces végétales sont plus hautes et plus denses que dans les autres régions du pays, surtout le long des cours d'eau où on retrouve d'importantes forêts galeries. On dénombre quinze (15) forêts classées.

Il faut signaler qu'à certains endroits, l'action anthropique très poussée sur cette végétation est telle que les formations végétales dites « naturelles » sont en train de céder la place aux formations anthropiques des espaces cultivés.

La ville de Bobo-Dioulasso est bordée de grands espaces verts qui sont:

-la forêt de Dinderesso qui s'étend au Nord-Est;

-la forêt de Kounima située au Sud, est en voie de disparition;

-la zone maraîchère du marigot Houet (Ouédraogo, 1997).

Les principales espèces floristiques rencontrées dans la province sont constituées essentiellement par *Butyrospermum parkii* (karité), *Parkia biglobosa* (nééré), *Burkea africana*, *Detarium micro carpum*, *Isoberlinia doka*, *Anogeissus leiocarpus*, *Daniella oliveri*, *Borassus aethiopicum*.

Le déboisement difficilement contrôlable, occasionné par l'usage massif du bois comme principale source d'énergie pour les populations rurale et urbaine, contribue considérablement à réduire progressivement les superficies des différentes aires de conservation.

I.4. HYDROGRAPHIE

Le réseau hydrographique de la province du Houet est très riche, d'où le qualificatif de « château d'eau » selon certains auteurs.

Trois bassins versants se repartissent les eaux de surface de la région des hauts bassins. L'existence de ces cours d'eau est liée au climat et à la topographie.

Ainsi, trois grands axes du réseau hydrographique prennent naissance à partir du plateau gréseux de la province. Ce sont: le Mouhoun, le Kou, et la Comoé. Le Mouhoun qui prend sa source à l'Ouest de Bobo-Dioulasso coule vers le Nord. La Comoé quant à elle prend sa source dans le département de Pénis au Sud de la province et coule vers le Sud de la province de la Comoé dont les eaux sont détournées pour l'irrigation du périmètre sucrier de ladite province. Le Kou, affluent pérenne du Mouhoun qui traverse la province du Houet du Sud au Nord, prend sa source à l'Ouest de Bobo-Dioulasso. Ces eaux sont utilisées pour l'alimentation de la source d'eau potable de la ville de Bobo-Dioulasso, située à Nasso. Elles servent également à irriguer le périmètre rizicole de la vallée du Kou (alimenté au moyen d'un canal de 12 km) et le périmètre fruitier de Flex-Faso, d'une superficie de 35 hectares environ. On note également l'existence d'une mare à Bama, d'une superficie de 60 hectares environ, située à l'intérieur du périmètre rizicole de la vallée. Ces cours d'eau constituent des réservoirs potentiels des vecteurs du paludisme. C'est ce qui justifie la très forte fréquence du paludisme dans la zone de Bama.

A côté de ces grands cours d'eau de la province, il faut ajouter le cours d'eau le Houet, qui traverse la ville de Bobo-Dioulasso du Sud au Nord. C'est lui qui a donné son nom à la province (Ouédraogo, 1997).

Un peu partout dans la province, plusieurs autres sources d'eau pérennes (marigot, puisards etc.) permettent des cultures de contre-saison.

Enfin, les puits et les forages constituent des sources d'eau très importantes de ravitaillement surtout pour la population rurale de la province, pour qui ils constituent d'ailleurs les seules sources d'eau potable.

Conclusion

Le climat de la province du Houet, marqué par une relative abondance des précipitations comparativement au niveau du pays et la présence de nombreux points d'eau, offre des possibilités de prolifération des gîtes larvaires. Une situation qui peut contribuer à augmenter les risques de manifestation du paludisme.

Introduction

La province du Houet a une population multiethnique caractérisée par un taux d'accroissement très élevé.

A l'instar des autres provinces du pays, la situation sanitaire n'est guère meilleure (insuffisance et mobilité du personnel de soins, insuffisance et répartition inégale des infrastructures).

II.1. QUELQUES ASPECTS DEMOGRAPHIQUES

La population de la province a été estimée à 672.114 habitants (INSD, 1998). Le taux d'accroissement annuel est de 4% et la densité de la population au km² en 1996 avait été estimée à 53,9 habitants (DEP santé, 1996).

Les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 1996 font ressortir une population féminine légèrement supérieure à celle masculine.

La population dont la tranche d'âge est comprise entre 0-14 ans est estimée à 304.074 habitants.

La province du Houet a une population multiethnique, avec cependant une base régionale autochtone qui peut être regroupée en deux grandes familles ethniques. Il s'agit du groupe Bobo qui occupe un vaste espace dans la province et se situe préférentiellement au Nord des axes compris entre Faramana-Bobo-Dioulasso et Houndé et du groupe Senoufo, qui se compose des Toussians dans le département de Toussiana, et des Tyéfo dans le département de Peni.

Ces deux grandes familles entretiennent des relations étroites avec des ethnies isolées comme les Vigüés à l'Est dans le département de Karangasso-Vigüé, et les Sambla à l'Ouest dans le département de Karangasso-Sambla et le village de Bouendé, puis les Dioula dans le département de Darsalamy.

A ces familles autochtones viennent s'ajouter une population immigrante, composée de Mossi, Bissa, Gourmantché, Dafing, Samo, etc. Cette dernière représente actuellement une proportion non négligeable du poids démographique de la province.

II.2. APERCU SUR LES INFRASTRUCTURES DE SOINS MODERNES DANS LA PROVINCE

La province du Houet forme avec les provinces du Tuy et du Kéné Dougou, la région sanitaire de Bobo-Dioulasso, qui est l'une des onze régions sanitaires du pays. Les dix autres étant celles de Banfora, Dédougou, Dori, Fada N'Gourma, Gaoua, Kaya, Koudougou, Ouagadougou, Ouahigouya et Tenkodogo.

La province est divisée en trois districts sanitaires faisant partie des cinquante-trois districts sanitaires du Burkina Faso.

Les activités sanitaires de la province s'organisent à travers ces entités. La province abrite peu d'infrastructures publiques (tableau : II.1.).

Tableau :II.1. Situation des infrastructures publiques de soins dans la province du Houet en 1995

Type d'infrastructure	CHN	CHR	CM/CMA	CSPS	dispensaire isolé	maternité isolée	maternité + SMI	total
Nombre dans la Province	1	0	1	39	31	10	1	83

Source : DEP, 1996 (Ministère de la Santé)

Les infrastructures existantes sont inégalement réparties sur l'aire sanitaire des trois districts (district de Dandé: 43 formations sanitaires; district du Secteur 15: 26 formations sanitaires; district du Secteur 22: 14 formations sanitaires). Le C.S.P.S étant l'infrastructure la plus rencontrée.

Le personnel se caractérise par sa mobilité dans l'espace et dans le temps et surtout par son insuffisance. En outre il faut signaler l'inexistence de certaines

catégories de personnel; notamment des ingénieurs de santé et des pharmaciens. Le personnel est en majorité constitué par les infirmiers brevetés et les infirmiers diplômés d'Etat. Ce faisant les normes O.M.S. dans la province comme partout au Burkina Faso sont loin d'être satisfaites (tableau : II.2.). Ce qui ne permet pas de couvrir totalement les besoins de santé de la population, notamment une bonne prise en charge des cas de paludisme.

A côté de ces infrastructures et de ce personnel sanitaires publics existent des infrastructures privées et du personnel n'émargeant pas au budget de l'Etat, concentrés surtout dans le chef lieu de la province.

C'est l'ensemble de ces infrastructures et personnels qui assurent l'essentiel des soins aux populations.

Tableau : II.2. Taux de réalisation des normes O.M.S. en personnel national de santé dans la province du Houet en 1995

Catégorie du personnel	norme O.M.S.	ratio dans la Z.E.	nombre nécessaire	nombre existant	taux de réalisation %
Médecin	1/10000	1/202429	81	4	5,0
Dentiste	1/10000	1/202429	81	4	5,0
Pharmacien	1/20000	0	41	0	0,0
Attaché de santé	1/5000	1/81371	163	10	6,1
SFE/Maîeuticien d'état	1/5000	1/33905	163	24	15,0
IDE	1/5000	1/10850	163	75	46,0
IBS	1/5000	1/271239	163	3	2,0
IB	1/3000	1/8219	271	99	37,0
AA	1/1000	1/9804	813	83	10,2
Matrone	1/1000	1/32549	813	25	3,0
AIS	1/1000	1/15069	813	54	7,0
Préparateur en Pharmacie	1/5000	1/406858	163	2	1,2
Ingénieur sanitaire	1/25000	1/250000	3	0	0,0

Source : DEP, 1996 (Ministère de la Santé)

II.3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

La population totale de notre échantillon est de 1230 habitants (595 habitants en milieu urbain et 635 habitants en milieu rural).

Le nombre des enfants âgés de moins de cinq (5) ans concernés par notre étude est de 305 enfants (140 enfants en milieu urbain et 165 enfants en milieu rural).

Nous présentons (tableau : II.3.) les principales caractéristiques collectives des ménages et des mères dans chacun des deux milieux de notre étude.

**Tableau : II.3. Caractéristiques socio-démographiques de la population
étudiée**

SEXE DU CHEF DE MENAGE	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Masculin	94	100
Féminin	6	0
Total	100	100
ACTIVITE DU CHEF DE MENAGE		
Agriculteur	20	100
Artisan	12	0
Commerçant	45	0
Fonctionnaire	23	0
Total	100	100
TAILLE DU MENAGE		
2-4	42	29
5-9	37	54
10 et plus	21	17
Total	100	100
AGE DE LA MERE		
15-24	38	38

25-34	44	45
35 ans et plus	18	17
Total	100	100
NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE		
Aucun	67	73
Primaire et plus	33	27
Total	100	100
RELIGION DE LA MERE		
Chrétienne	27	12
Musulmane	73	88
Total	100	100
ETHNIE DE LA MERE		
Bobo	11	0
Dafing	0	19
Dioula	10	0
Mossi	45	23
Samo	12	45
Senoufo	7	0
Gourounsi	15	13
Total	100	100
ETAT MATRIMONIAL DE LA MERE		
Monogame	71	76
Polygame	23	24
Veuve	6	0
Total	100	100
ACTIVITE DE LA MERE		
Agricultrice	0	63
Commerçante	7	0
Ménagère	93	37
Total	100	100

Tous les ménages en milieu rural sont dirigés par des hommes tandis qu'en milieu urbain 94% des ménages le sont par des hommes et 6% par des femmes.

En milieu rural tous les chefs de ménage sont des agriculteurs tandis qu'en milieu urbain, 20% sont des agriculteurs, 12% des artisans, 45% des commerçants et 23% des fonctionnaires. C'est seulement en milieu urbain que nous allons pouvoir croiser cette variable avec les mécanismes du paludisme ; notamment la perception de la pathologie, les stratégies de lutte contre celle-ci et les itinéraires thérapeutiques.

En milieu urbain la proportion des ménages de 2-4 membres est très importante, tandis qu'en milieu rural c'est celle de 5-9 membres qui est plus représentée.

Le plus grand nombre de mères se recrute dans les tranches d'âge comprises entre 25-34 ans et 15-24 ans aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

La proportion des mères n'ayant aucun niveau d'instruction est très importante aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

La majorité des mères interviewées en milieux urbain et rural est de religion musulmane tandis que le reste est de religion chrétienne (catholique, protestante).

Si à l'échelle de toute la province ce sont les Bobo qui sont majoritaires, (37,7%) suivi par les Mossi (27,8%) (Ouédraogo, 1997), dans notre échantillon la grande majorité des mères interrogées est mossi en milieu urbain, tandis qu'en milieu rural, elle est essentiellement samo. Les autres ethnies enregistrent des effectifs plus faibles.

Toutes les femmes de notre échantillon sont mariées. Dans tous les deux milieux, la proportion des mères vivant en union monogame est très forte par rapport à celle des mères appartenant à un ménage polygame et également à celle des mères veuves.

93% des mères interviewées sont des ménagères et 7% des commerçantes en milieu urbain, tandis qu'en milieu rural les ménagères représentent 37% et les agricultrices 63%.

Conclusion

Le nombre insuffisant des infrastructures, de même que l'insuffisance et la mobilité de personnel de soins dans la province du Houet sont des facteurs qui laissent entrevoir des difficultés dans la résolution des problèmes de santé de la population de la province.

DEUXIEME PARTIE : LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Introduction

Cette rubrique traite de la connaissance du paludisme dans les deux milieux d'étude et selon des variables telles que la saison, le niveau d'instruction, l'activité et l'âge de la mère. Elle fait également ressortir la manifestation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

III.1. CONNAISSANCE DU PALUDISME

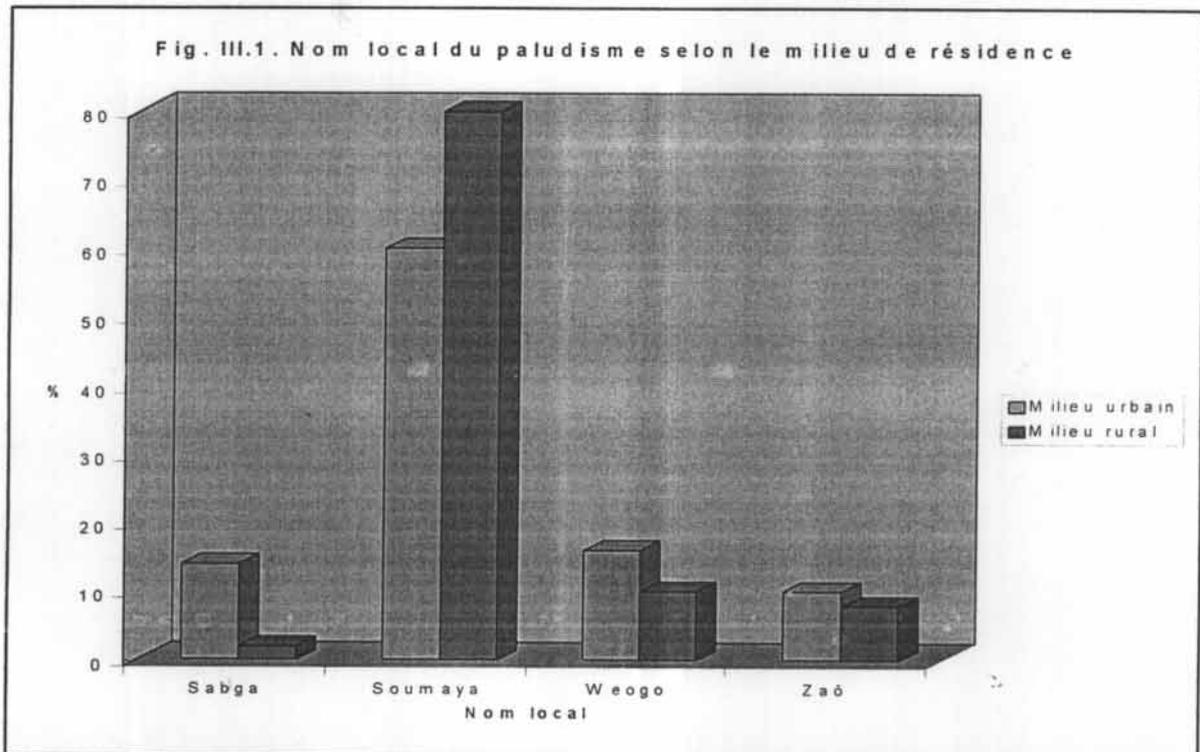
Le paludisme est connu par toutes les mères interviewées dans les deux milieux de notre étude. Cependant, différents noms sont employés pour l'identifier. En effet, les noms locaux tels que *soumaya*, *weogo*, *sabga* et *zaô* sont les plus utilisés. En milieu urbain, 60% des mères appellent le paludisme *soumaya*, 16% *weogo*, 14% *sabga* et 10% *zaô*, tandis qu'en milieu rural nous avons noté que le terme *soumaya* est employé par 80% des mères interviewées, comme le confirment les études menées par Dacher (1990) ; Traoré (1993), et Roger (1992) ; *weogo* par 10%, *sabga* par 2% et *zaô* par 8%.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'en milieu urbain certaines mères (8%), révèlent que l'appellation du paludisme pouvait différer selon qu'on a affaire à des adultes ou à des enfants. Ainsi, 6% affirment que c'est le terme *weogo* qui est employé chez les adultes souffrant du paludisme, et 2% le terme *zaô* chez les enfants. D'autre part, certaines révèlent également que l'appellation pouvait changer en fonction des saisons. En effet, les tendances observées dans les deux milieux sont les suivantes :

- en milieu urbain, le terme *sabga* est employé par 3% des mères pour identifier le paludisme en saison sèche, *soumaya-ba* par 1%, *weogo* par 2% et *zaô* par 3% ;
- en milieu rural par contre, c'est seulement 1% des mères qui emploient le terme *zaô* pour identifier le paludisme en saison sèche.

En saison des pluies les termes comme *koom*, *soumaya-deni* et *weogo* sont souvent employés. Ainsi, en milieu urbain, 6% des mères emploient le terme *koom*, 1% *soumaya-deni*, et 2% *weogo* contre 1% seulement des mères en milieu rural qui emploient le terme *koom* pour identifier le paludisme.

Au regard de ces résultats, nous pouvons dire que les termes employés dans les deux milieux pour identifier le paludisme sont les mêmes. Cependant, le terme *soumaya* est plus utilisé en milieu rural (fig. III.1.).



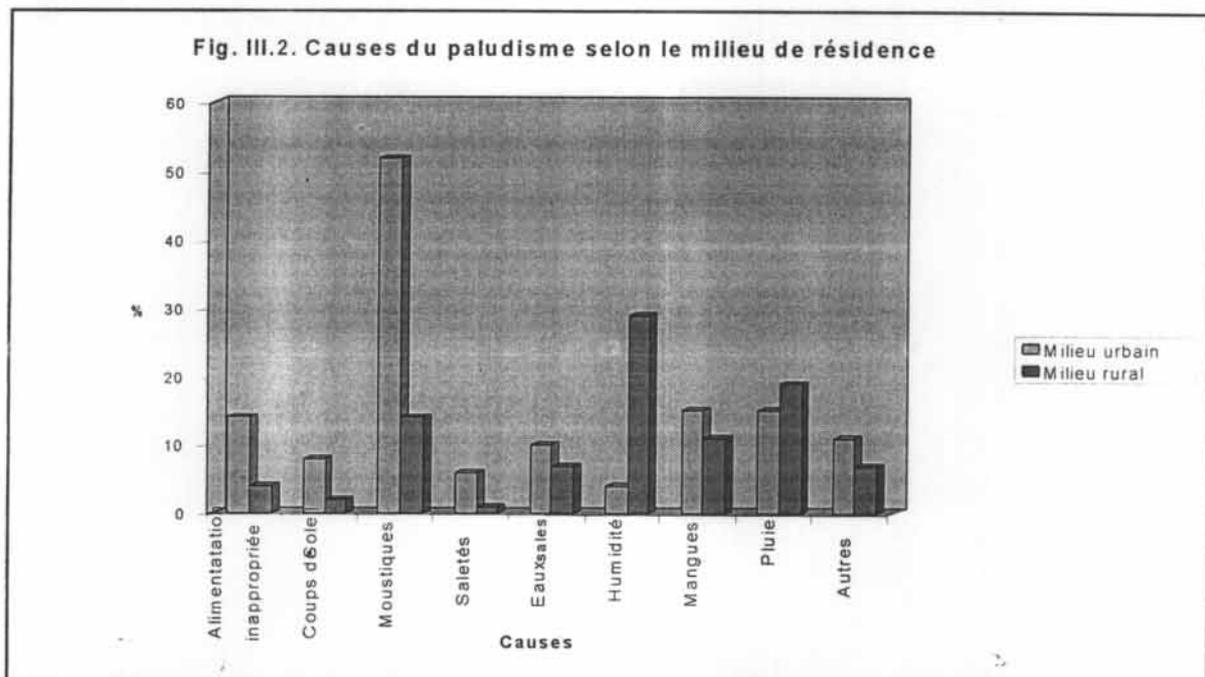
III.2. CAUSES DU PALUDISME

Les principales causes intervenant dans la manifestation du paludisme sont multiples. Elles découlent de la représentation de la maladie par les populations.

Il ressort de notre étude que les causes du paludisme pouvaient varier d'un milieu à l'autre. C'est ainsi qu'en milieu urbain, les causes évoquées par les mères sont entre autres l'alimentation inappropriée (repas frais, repas huileux, ...), les coups de soleil, les saletés autour de la concession, les eaux stagnantes, les

mangues, la pluie avec cependant une forte dominance des piqûres de moustiques. En milieu rural, les mêmes causes sont évoquées par les mères, mais une part très importante est réservée à l'humidité (fig.III.2.).

Le paludisme apparaît ainsi comme une maladie exogène dont les causes sont toujours recherchées à l'extérieur de l'organisme. Les agents nocifs sont naturels et interviennent selon un modèle additif (Seri, 1996). La variabilité des causes du paludisme mise en évidence ici est conforme à celle observée par les études de Gbary (1995), Okyere (1994), Roger (1992).

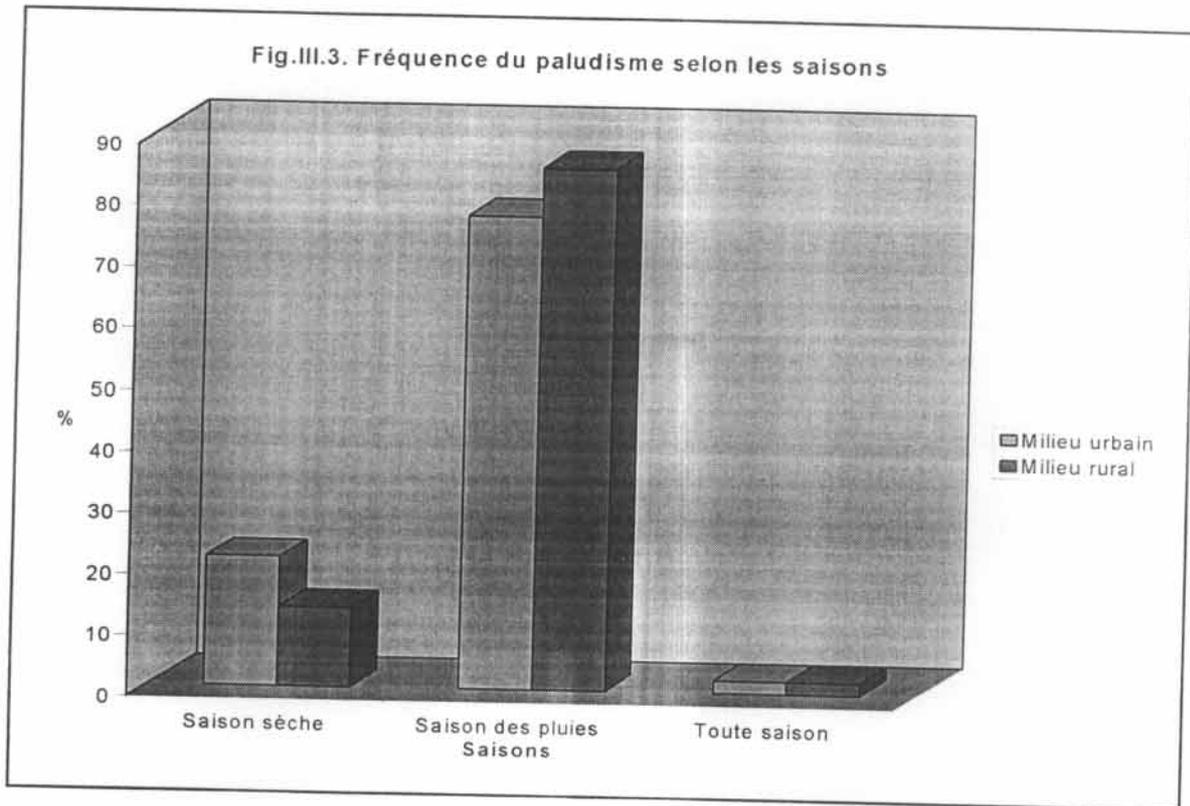


III.3. PALUDISME ET SAISONS

La fréquence du paludisme dépend de la saison. En effet, 21% des mères en milieu urbain affirment que le paludisme est fréquent en saison sèche contre 13% en milieu rural. Une proportion de 77% des mères en milieu urbain indiquent la saison des pluies comme le moment privilégié pour la manifestation du paludisme contre 85% des mères en milieu rural (fig. III.3.). Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Coulibaly (1993). Enfin, 2% des mères dans chacun des deux milieux

rèvent que le paludisme est présent en toute saison.

Quel que soit le milieu de résidence, la saison des pluies semble être le moment indiqué pour la manifestation du paludisme. Cette période correspond effectivement à une prolifération des gîtes larvaires due à l'existence de nombreuses poches d'eau. Ce qui confirme davantage le caractère saisonnier du paludisme.



III.4. MANIFESTATIONS DU PALUDISME

Les symptômes souvent évoqués par les mères comme étant associés à la manifestation du paludisme sont multiples. En fonction du milieu de résidence ils se présentent dans des proportions différentes.

Notre étude révèle que la fièvre, les frissons, les céphalées, les vomissements, les courbatures, le manque d'appétit et les urines jaunes sont plus évoqués par les mères en milieu urbain qu'en milieu rural (fig. III.4.). A titre illustratif, 74% des mères interviewées en milieu urbain relèvent la fièvre contre 58% des

mères en milieu rural. Si des symptômes comme la fièvre et les vomissements sont évoqués par toutes les mères, les proportions diffèrent cependant selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'activité et l'âge des mères. Ainsi, 67,1% des mères non instruites en milieu urbain prennent pour symptôme du paludisme la fièvre contre 50,6% en milieu rural (tableau : III.5. annexe 3). Il apparaît que chez les mères ayant le même niveau d'instruction dans les deux milieux, notamment le niveau primaire, ce sont celles du milieu urbain (82,6%) qui indiquent plus la fièvre comme étant associée au paludisme que celles du milieu rural (75%). Ce qui confirme le rôle du milieu de résidence dans la perception de la maladie. En effet, l'impact des médias en ville et l'importance du contact avec des personnes de niveau de vie et d'instruction plus élevés sont des facteurs positifs en matière d'éducation pour la santé : rupture d'avec certaines traditions et prise de dispositions plus efficaces pour les soins curatifs et préventifs des enfants (Caldwell et al, 1983, cités par Kaboré, 1997, P. 65). Les symptômes du paludisme sont multiples et variables d'un milieu à un autre. Une telle situation a été observée dans les études menées par Okyere (1994), Dao (1992), Ongore et col (1989), etc., qui font cas de plusieurs symptômes dans la manifestation palustre. Il ressort également que l'évocation des symptômes du paludisme est non seulement liée à l'activité de la mère mais également variable à l'intérieur d'une même catégorie. Si en milieu urbain, ce sont 72,0% des ménagères qui lient le paludisme à la fièvre, en milieu rural par contre la proportion est de 56,7% (tableau : III.6. annexe 3). Suivant l'âge, quel que soit le milieu de résidence plus de 50% des mères âgées de 35 ans et plus considèrent la fièvre comme un des principaux symptômes du paludisme. Par ailleurs, notre étude montre qu'en milieu urbain, les mères âgées de 15-24 ans évoquent plus les autres symptômes (diarrhée, jaunisse, convulsions, vertiges, toux, fatigue, maux de ventre) comme symptômes du paludisme. En milieu rural par contre, elles (15-24 ans) lient la manifestation du paludisme à la fièvre, aux vomissements (tableau : III.7. annexe 3).

S'agissant des causes susceptibles d'être à l'origine du paludisme, elles sont

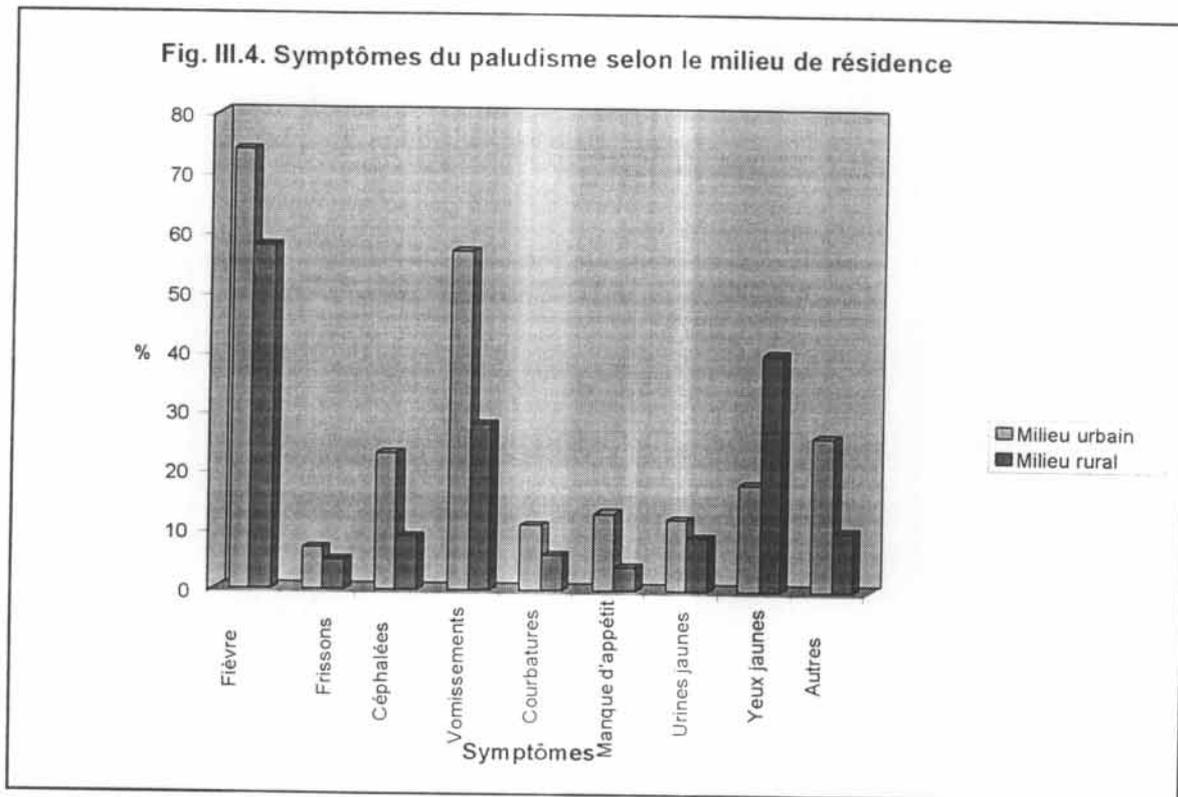
différemment appréhendées selon le niveau d'instruction, l'activité et l'âge des mères. Si en milieu urbain, les mères ayant le niveau primaire indiquent les piqûres de moustiques comme cause du paludisme, en milieu rural, les mères ayant le même niveau d'instruction incriminent beaucoup plus l'humidité (tableau : III.8. annexe 3). Ainsi, comme l'a souligné Kaboré (1997), les changements de comportements des mères induits par l'instruction semblent donc rapidement observables en milieu urbain qu'en milieu rural malgré l'identité du contenu de l'enseignement pour les deux milieux. Par ailleurs, nous avons également constaté qu'en milieu urbain, les mères non instruites mettent beaucoup plus en cause les piqûres de moustiques par rapport à celles du milieu rural.

En fonction de l'activité, 48,3% des mères ménagères en milieu urbain mettent en cause les piqûres de moustiques dans le déclenchement du paludisme contre seulement 21,6% des ménagères en milieu rural. Dans ce même milieu rural ce sont surtout les mères agricultrices (31,7%) qui mettent en cause l'humidité. C'est surtout, en milieu urbain que toutes les mères commerçantes (100%) incriminent les piqûres de moustiques (tableau : III.9. annexe 3). La perception des causes du paludisme par les mères commerçantes pourrait être expliquée par le fait que le lieu d'exercice de leur activité commerciale notamment le marché, constitue un lieu de rencontres de plusieurs personnes d'horizons divers. De telles rencontres, en permettant non seulement la communication, les échanges constituent des canaux par lesquels certaines informations d'ordre sanitaire sont généralement véhiculées (connaissance des causes d'une maladie, mode de transmission...).

Nos résultats révèlent également que les causes du paludisme sont différemment appréhendées selon l'âge de la mère. Si en milieu urbain ce sont les mères âgées de 15-24 ans et de 25-34 ans qui mettent en cause les piqûres de moustiques, en milieu rural par contre ce sont surtout les mères de la tranche d'âge de 25-34 ans qui incriminent les piqûres de moustiques. Par ailleurs, la pluie a été surtout mise en cause par les mères jeunes (15-24 ans) (tableau : III.10. annexe 3).

L'âge de la mère semble être un facteur déterminant dans la connaissance des causes du paludisme. Il se peut que la jeunesse de la mère soit synonyme d'une

méconnaissance des mécanismes des maladies (causes, mode de transmission,...) tandis que sa vieillesse peut être une source d'expérience se traduisant par une maîtrise de ces mécanismes. Quelle que soit la variable considérée, la distinction milieu urbain et milieu rural indique une meilleure connaissance des enquêtées vivant en ville. Ce qui confirme notre hypothèse 1 qui stipule que c'est en milieu urbain que les mères connaissent mieux les causes du paludisme.



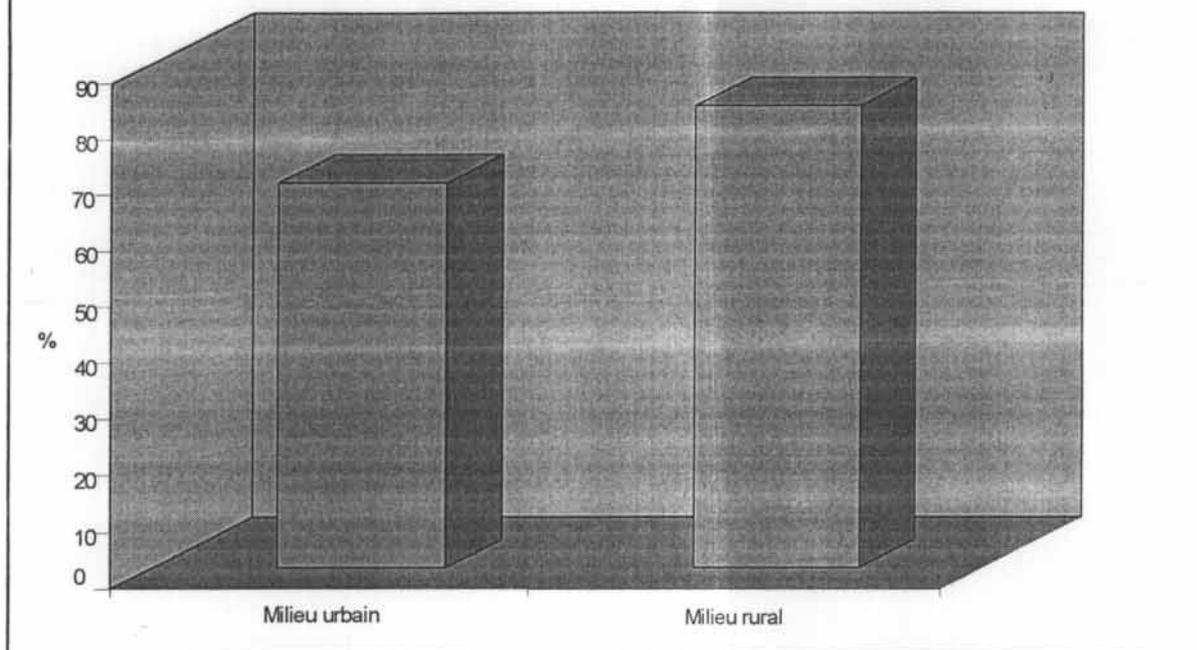
III.5. MANIFESTATION DU PALUDISME ET CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT

Le paludisme est reconnu comme une maladie grave par 100% des mères interrogées en milieu rural contre 98% des mères en milieu urbain. Mais cette gravité de la maladie pouvait dépendre de la personne malade. En effet, 78% des mères en milieu urbain affirment que le paludisme est plus grave chez les enfants et 20% chez les femmes enceintes. Par ailleurs, 19% parmi elles, révèlent que le paludisme est grave chez les adultes, 10% chez tout le monde et enfin 33% chez les vieillards. En milieu rural, nous avons noté les tendances suivantes : 82% des mères affirment que le paludisme est plus grave chez les enfants et 18% chez tout le monde. D'autre part, parmi les mères interrogées, 40% soutiennent que le paludisme est grave chez les femmes enceintes et 19% chez les vieillards.

Pour ce qui concerne la manifestation du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, nous avons noté sur un total de 305 enfants repartis dans les deux milieux d'étude que 232 (136 en milieu rural contre 96 en milieu urbain) ont souffert du paludisme au cours des douze (12) derniers mois soit un taux de prévalence de 76,0% avec un nombre moyen annuel de deux (2) accès palustres par enfant tous milieux confondus. Selon le milieu de résidence le taux de prévalence, il est de 82,4% en milieu rural contre 68,5% en milieu urbain.

En somme le paludisme est reconnu comme une maladie grave et plus grave chez les enfants aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Par ailleurs les enfants de moins de cinq ans en milieu rural ont plus souffert du paludisme au cours des douze derniers mois que ceux en milieu urbain (fig. III.5.). Ce résultat confirme notre hypothèse 2 ; le taux de prévalence en milieu rural étant supérieur à celui du milieu urbain.

Fig. III.5. Prévalence du paludisme au cours des 12 derniers mois chez les enfants âgés de moins de 5 ans selon le milieu de résidence

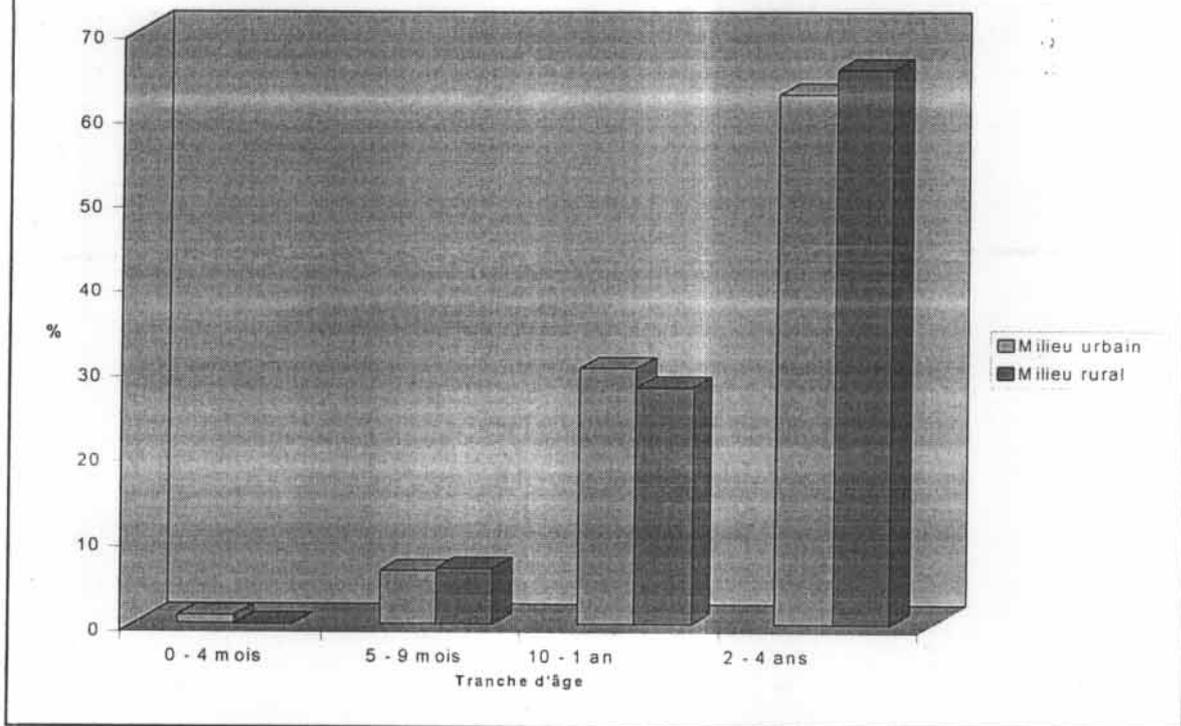


- Paludisme et âge des enfants

Notre étude montre qu'en milieu urbain, c'est surtout les enfants de la tranche d'âge comprise entre 2-4 ans qui ont plus souffert du paludisme (62,5%) suivie de celle comprise entre 10 mois- 1an (30,2%). Il en est de même en milieu rural où 65,4% des enfants de la tranche d'âge comprise entre 2-4 ans et 28% des enfants de la tranche d'âge comprise entre 10 mois- 1an ont plus souffert du paludisme (fig. III.6.).

Quel que soit le milieu de résidence c'est la tranche d'âge de 2-4 ans qui est plus touchée par le paludisme. L'âge apparaît comme un facteur qui influe sur la manifestation du paludisme.

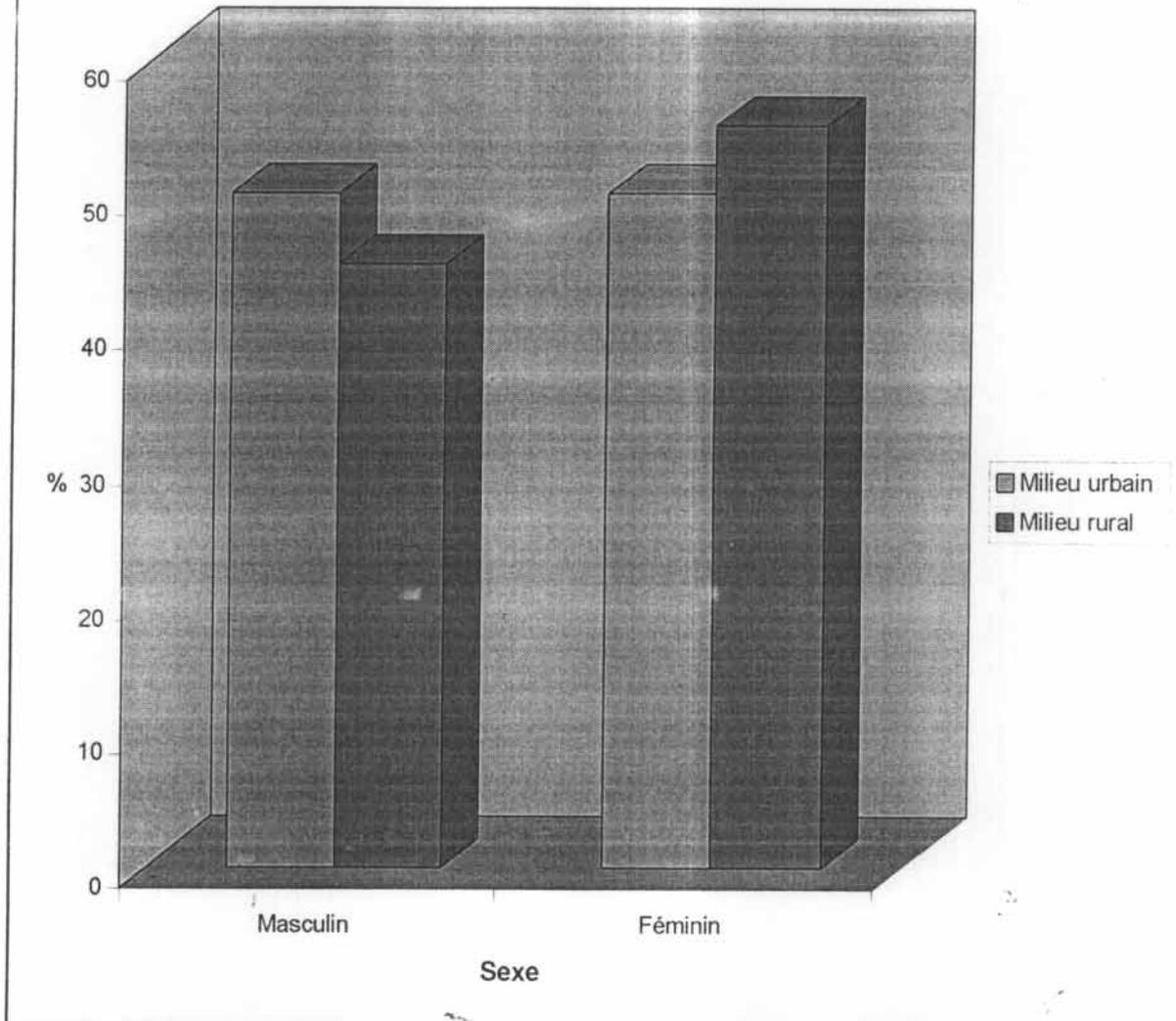
Fig. III.6. Manifestation du paludisme au cours des 12 derniers mois selon l'âge de l'enfant



-Paludisme et sexe de l'enfant

Si en milieu rural ce sont les filles qui ont le plus souffert de paludisme au cours des 12 derniers mois en milieu urbain par contre la proportion est la même quel que soit le sexe de l'enfant (fig. III.6.).

Fig. III.7. Manifestation du paludisme au cours des 12 derniers mois selon le sexe de l'enfant



Conclusion

Le paludisme, maladie connue par toutes les mères interviewées, est identifié par plusieurs termes dont le plus utilisé est le terme *soumaya*.

Il apparaît ainsi comme une maladie dont les causes et les symptômes sont de divers ordres et varient en fonction du milieu de résidence de la mère et de certaines caractéristiques propres à celle-ci. Une telle représentation de la maladie

va sans doute influencer sur le choix des moyens de prévention et des recours thérapeutiques en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq (5) ans.

Introduction

Ce chapitre traite des connaissances par les mères des moyens utilisés dans la prévention du paludisme et analyse la protection des enfants contre cette pathologie en fonction de certaines caractéristiques des mères (instruction, âge, activité).

IV.1. PREVENTION DU PALUDISME ET MILIEU DE RESIDENCE

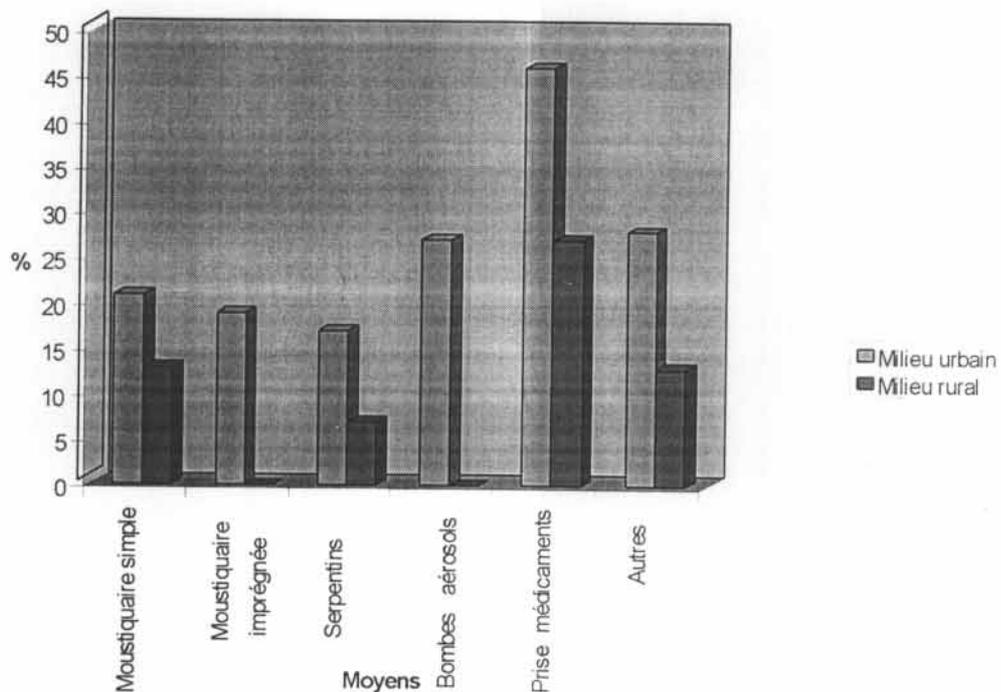
Il est clairement établi que pour faire face à des pathologies comme le paludisme : « mieux vaut toujours prévenir que guérir » ; quand on sait qu'il n'existe pratiquement pas de nos jours un vaccin disponible à même d'assurer une protection continue.

Les résultats de notre enquête indiquent qu'en milieu urbain, 87% des mères interrogées affirment qu'on pourrait éviter d'attraper le paludisme contre seulement 46% des mères en milieu rural. Parmi celles qui estiment qu'on ne peut pas éviter le paludisme 5% le considèrent comme une maladie donnée par Dieu en milieu urbain contre 4% en milieu rural. Par ailleurs, en milieu rural, 18% des mères concernées par notre étude affirment qu'il n'y a pas de moyens de protection contre cette maladie. Enfin, 8% et 32% des mères ne savent pas ce qu'il faut faire pour se prémunir du paludisme respectivement en milieux urbain et rural.

Dans chacun des deux milieux, les mères font état de multiples moyens qui, à leurs yeux, peuvent être utilisés dans la prévention du paludisme. Ces moyens sont pour l'essentiel utilisés pour se prémunir des piqûres de moustiques considérés comme le vecteur probable du paludisme. Ainsi, en milieu urbain, les mères interrogées affirment que la moustiquaire simple, la moustiquaire imprégnée, les serpentins (moustiquo) et les bombes aérosols d'insecticides, la consommation d'aliments propres, l'évacuation des eaux sales, la protection contre l'humidité et le

port de vêtements participent à la prévention contre du paludisme. En plus de ces moyens, 46% des mères interrogées dans ce milieu affirment que la prise régulière de médicaments permet également de se protéger contre le paludisme, notamment la prise de chloroquine. Cette chimio-prophylaxie à base de chloroquine a été relevée dans l'étude menée par Roger (1992) au Mali. En milieu rural par contre, les mères interrogées considèrent surtout la moustiquaire simple, la consommation d'aliments propres, l'évacuation des eaux sales, la protection contre l'humidité et le port de vêtements comme des moyens qui permettent d'éviter d'attraper le paludisme (fig. IV.1.). Enfin, dans ce même milieu, 18% des mères interviewées affirment que la prise de médicaments traditionnels, notamment les décoctés en bain et en boisson à base des feuilles (Acacia, Eucalyptus, Papayer, Citronnier...) est un moyen de protection contre le paludisme. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Ongore et col (1989), qui soutiennent que les substances végétales comme les feuilles d'Eucalyptus..., participent à la prévention du paludisme, notamment contre les piqûres de moustiques.

Fig. IV.1. Moyens de prévention du paludisme selon le milieu de résidence



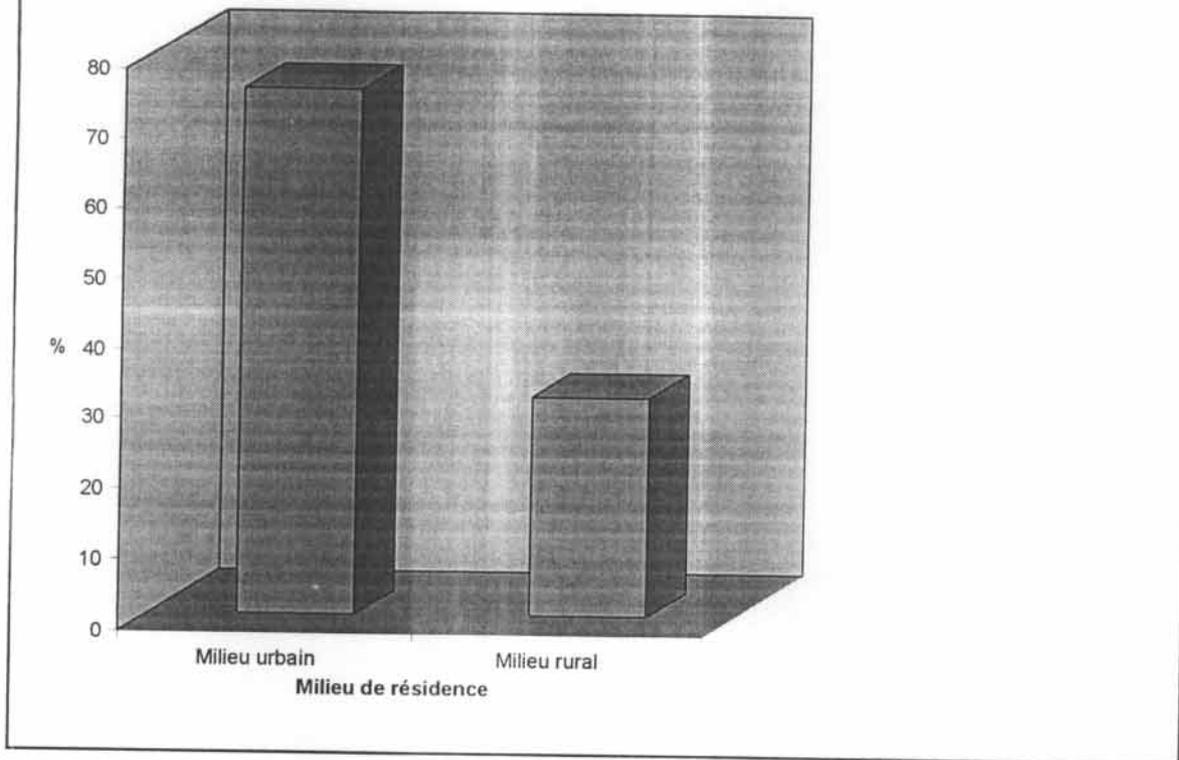
S'agissant de la protection de leurs enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, 75% des mères en milieu urbain affirment protéger leurs enfants contre 31% en milieu rural (fig. IV.2.).

Les décisions de protéger les enfants contre le paludisme sont prises dans 44% des cas par la mère, 30% des cas par le père et 26% des cas par les deux en milieu urbain ; par contre en milieu rural 45% des décisions de protéger les enfants contre le paludisme sont prises par la mère, 29% par le père et 26% par les deux.

Il apparaît que la mère est la personne qui se préoccupe beaucoup plus de la santé des enfants. Ainsi, elle occupe une place importante dans l'entretien et la recherche de la santé de l'enfant par sa présence permanente auprès de celui-ci.

Pour ce qui a trait aux informations reçues au sujet de la prévention du paludisme, 64% des mères reconnaissent avoir reçu des informations en milieu urbain contre 20% en milieu rural. Ces informations ont été diffusées par des canaux tels que la radio, la télévision, le personnel de santé et les lieux de réunions pour le milieu urbain et par l'ASC et le personnel de santé pour le milieu rural.

Fig. IV.2. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le Paludisme et milieu de résidence



IV.2. PREVENTION DU PALUDISME ET CARACTERISTIQUES COLLECTIVES DU MENAGE

Les caractéristiques collectives du ménage considérées ici sont l'activité du chef de ménage, son sexe et la taille du ménage.

IV.2.1. Prévention du paludisme et activité du chef de ménage

L'activité principale du chef de ménage a une influence sur le choix des méthodes pour se protéger contre le paludisme. Cela est d'autant plus vrai quand on sait que la prévention du paludisme nécessite la possession de ressources

financières consistantes.

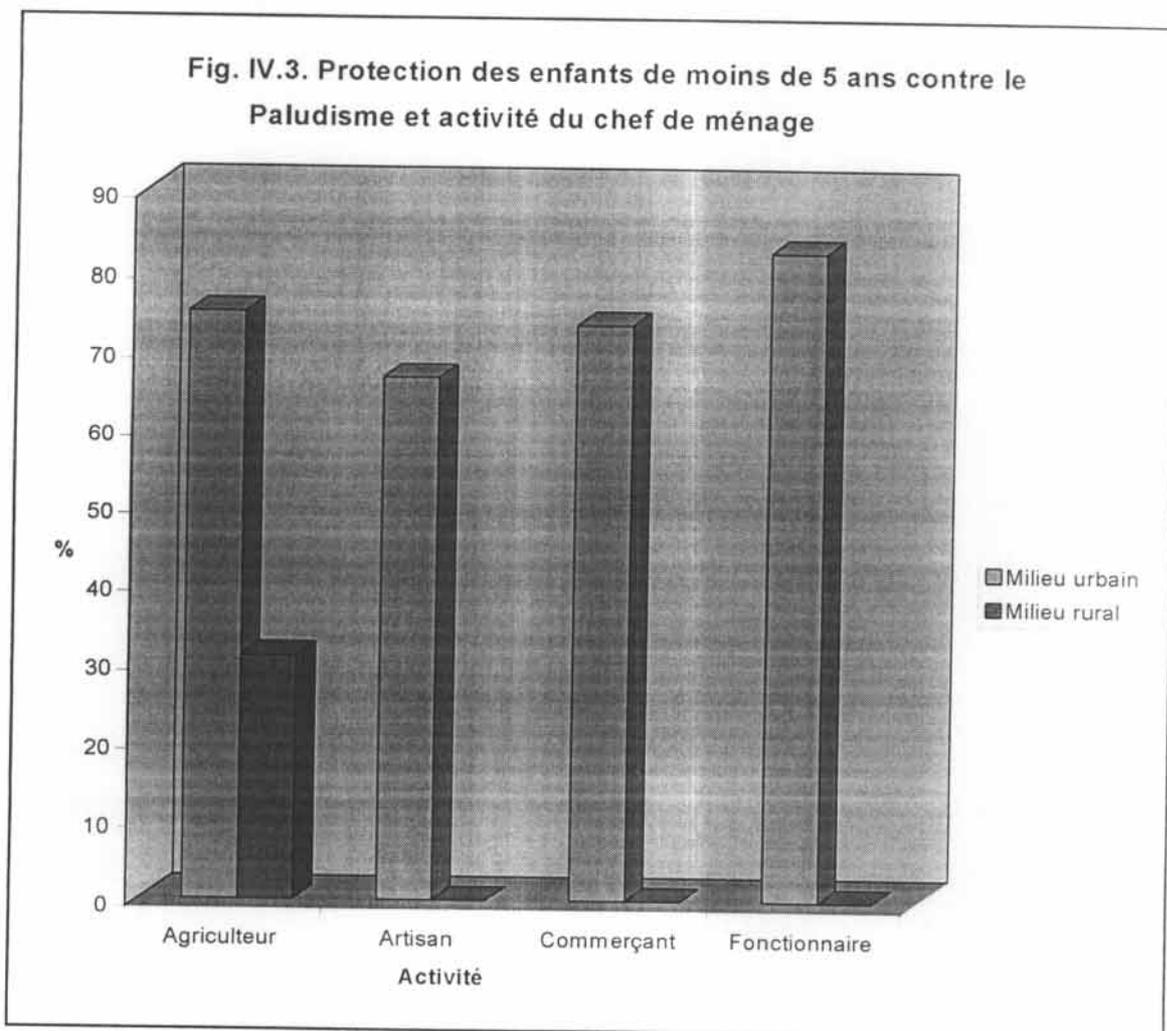
En effet, à partir de cet indicateur, nous avons relevé en milieu urbain que la moustiquaire simple est considérée comme un moyen de prévention du paludisme par 39,1% des mères issues des ménages fonctionnaires contre 10% des mères appartenant à des ménages agriculteurs ; la moustiquaire imprégnée également par 39,1% des mères de ménages fonctionnaires ; de même les serpentins sont cités par 21,7% des mères de ménages fonctionnaires et les bombes aérosols d'insecticides par 47,8% des mères de ménages fonctionnaires. Quant à la prise de médicaments comme moyen de protection contre le paludisme, elle est reconnue par 60,8% des mères de ménages fonctionnaires. Enfin, 35% des mères de ménages agriculteurs indiquent que la consommation d'aliments propres, l'évacuation des eaux sales, le port de vêtements et la protection contre l'humidité sont des moyens qui permettent également de se protéger contre le paludisme. En milieu rural, où toutes les mères sont issues des ménages dirigés par des agriculteurs, 13% reconnaissent la moustiquaire simple comme un moyen de prévention du paludisme ; 7% les serpentins ; 27% la prise de médicaments notamment traditionnels à base de décoctés en bain et en boisson avec des feuilles d'acacia, d'eucalyptus, de papayer, etc et enfin 13% la consommation d'aliments propres, etc.

En ce qui concerne la protection de leurs enfants contre le paludisme, nous avons pu noter que les mères de ménages fonctionnaires protègent plus leurs enfants que les mères de ménages agriculteurs en milieu urbain. Une tendance similaire a été observée par Dao (1992) qui souligne que les familles de cultivateurs observent moins de prévention que les familles de travailleurs salariés. Cette protection est faite surtout à base de médicaments modernes, notamment la prise de chloroquine. En milieu rural, c'est seulement 31% des mères (ménages dirigés par des agriculteurs) qui protègent leurs enfants contre le paludisme avec des médicaments traditionnels (décoctés en bain et en boisson à base de feuilles, etc.) (fig.IV.3.).

Pour protéger leurs enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, les mères n'ont pas fait cas des moyens qu'elles ont indiqués, mais la prise de

médicaments (moderne et traditionnel). Ce qui peut s'expliquer en partie par le coût exorbitant de ces moyens ou pour d'autres raisons que notre étude n'a pas pu saisir.

L'analyse de la prévention du paludisme en fonction de l'activité du chef de ménage indique que la connaissance des moyens de prévention est meilleure chez les fonctionnaires que chez les agriculteurs. De même c'est cette catégorie qui protège plus les enfants contre le paludisme. Ainsi, le revenu lié à l'activité influence positivement la prévention parce qu'elle permet d'acquérir les moyens de prévention (achat de médicaments).



IV.2.2. Prévention du paludisme et sexe du chef de ménage

La protection contre le paludisme, en particulier la connaissance et l'usage

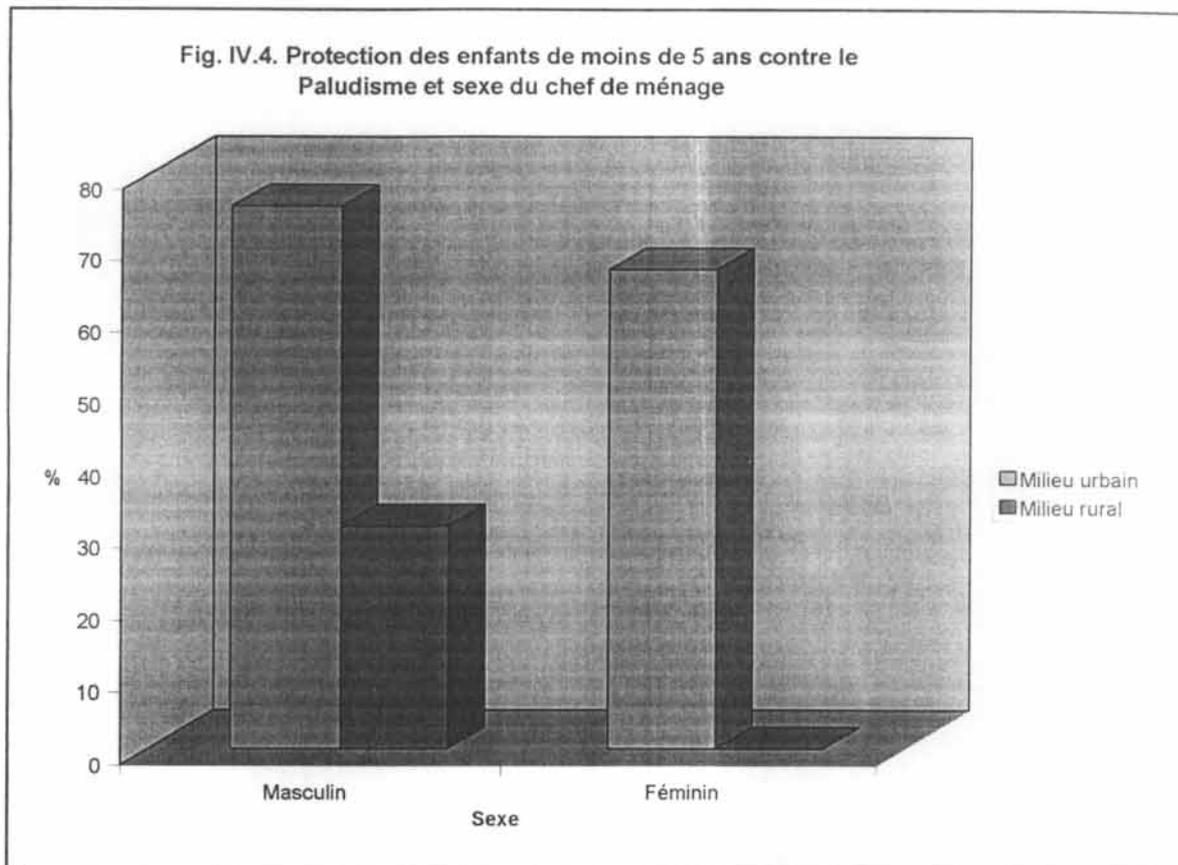
des moyens de prévention dépend du sexe du chef de ménage.

En milieu urbain, la moustiquaire simple est révélée comme un moyen de prévention du paludisme par 21,2% des mères des ménages dirigés par des hommes contre 16,6% des chefs de ménage femmes; la moustiquaire imprégnée par 33,3% des chefs de ménage femmes contre 18,0% des mères avec chefs de ménage hommes; les serpentins sont également considérés comme moyens de protection contre le paludisme par 33,3% des chefs de ménage femmes contre 15,9% des mères issues de ménages dirigés par un homme; les bombes aérosols d'insecticides par 33,3% des chefs de ménage femmes contre 26,5% des mères de ménages avec un homme comme chef et enfin la prise de médicaments (chloroquine) est reconnue par 46,8% des mères de ménages dirigés par un homme contre 33,3% des chefs de ménage femmes. En plus de ces moyens 29,7% des mères de ménages avec un homme comme chef affirment que la consommation d'aliments propres, l'évacuation des eaux sales, la protection contre l'humidité (froid) et le port de vêtements sont aussi des moyens qui participent à la protection contre le paludisme. En milieu rural, où toutes les femmes sont issues de ménages dirigés par des hommes, la prise de médicaments (traditionnels) et la protection contre l'humidité sont beaucoup considérés comme des moyens qui permettent de se protéger contre le paludisme.

Pour ce qui a trait à la protection des enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, en milieu urbain ce sont surtout les mères appartenant à des ménages dirigés par des hommes qui protègent plus leurs enfants que les chefs de ménage femmes. En milieu rural, 31% protègent leurs enfants contre le paludisme (fig. IV.4.).

Au regard de ces résultats, nous pouvons dire que l'influence du sexe du chef de ménage est déterminante dans la prévention du paludisme surtout en milieu urbain. Ainsi, le fait que les femmes appartenant aux ménages dirigés par les hommes protègent plus leurs enfants que les ménages dirigés par les femmes peut s'expliquer en partie par leur pouvoir financier, quand on sait que dans la plupart des cas, même les activités rémunératrices des femmes ne leur rapportent pas le plus souvent des revenus significatifs. Cette situation ne dispose pas les femmes à pouvoir s'occuper convenablement de la santé de leurs enfants dont le prix à payer

est parfois élevé.



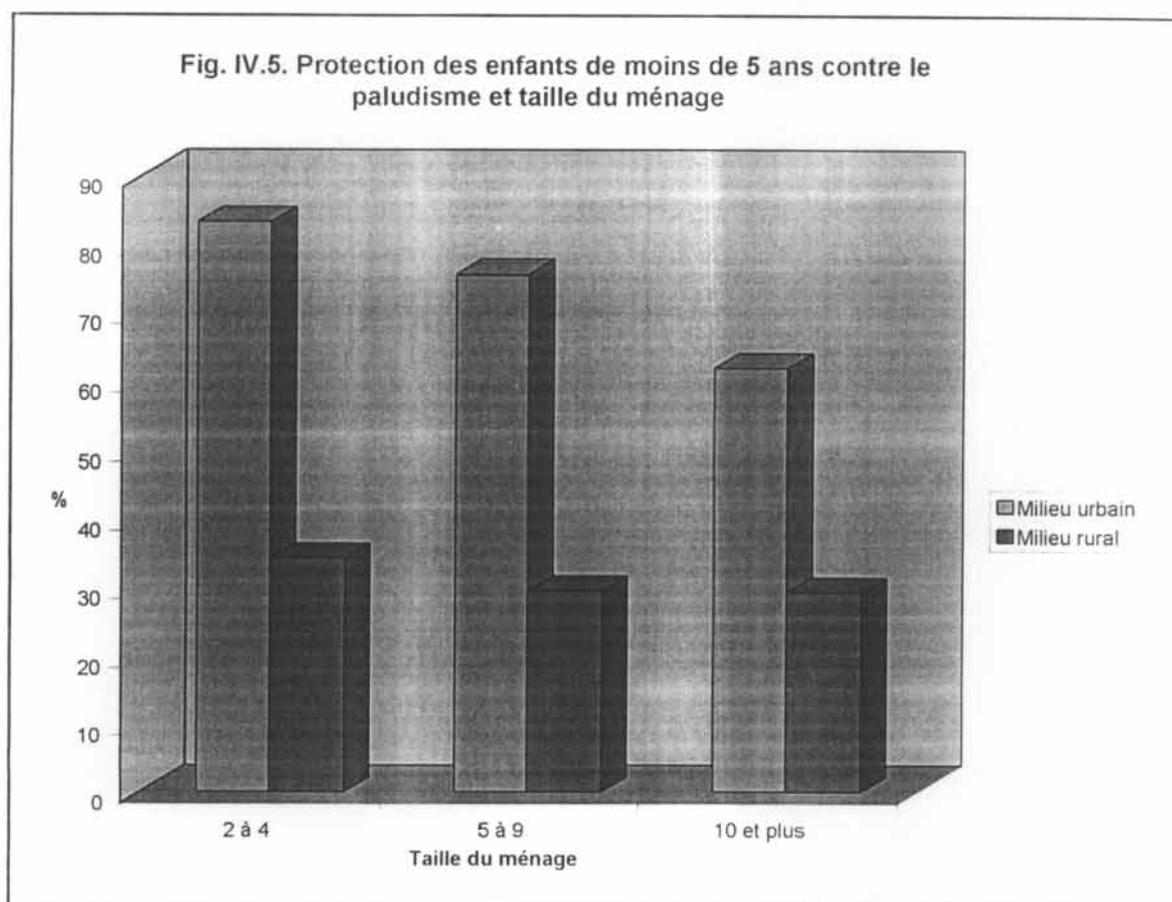
IV.2.3. Prévention du paludisme et taille du ménage

En milieu urbain comme en milieu rural, les moyens de prévention du paludisme sont plus connus dans les ménages de petites et moyennes tailles. Ainsi en milieu urbain, 26,1% des ménages de 2-4 membres indiquent la moustiquaire imprégnée comme un moyen de protection contre le paludisme contre 13,5% des ménages de 5-9 membres. En milieu rural, 17,2% des ménages de 2-4 membres indiquent la moustiquaire simple contre 11,1% des ménages de 5-9 membres et 5,8% des ménages de 10 membres et plus.

Pour ce qui concerne la protection des enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, en milieu urbain ce sont les ménages de petite taille (2 à 4 membres) qui protègent plus leurs enfants que les ménages de moyenne taille (5 à 9 membres) et

les ménages de grande taille (10 membres et plus). Cette protection consiste à une prise de chloroquine. Il en est de même en milieu rural (fig.IV.5.). Dans ce milieu la protection est faite à base de médicaments traditionnels (décoctés en bain et en boisson à base de feuilles d'acacia, d'eucalyptus, de papayer, etc).

Quel que soit le milieu de résidence, les ménages de petite taille font plus de prévention que les ménages de moyenne et grande taille. Ces résultats posent un problème de prise en charge au niveau des familles. Plus l'effectif augmente, plus le revenu par personne diminue et plus la prise en charge est difficile.



IV.3. PREVENTION DU PALUDISME ET CARACTERISTIQUES DE LA MERE

Certaines caractéristiques propres à la mère ont une influence sur les méthodes à mettre en œuvre pour protéger les enfants contre le paludisme, en

d'autres termes sur le comportement de la mère vis-à-vis de la protection de l'enfant contre cette pathologie. Nous analysons le lien entre d'une part le niveau d'instruction, l'activité, l'état matrimonial et l'âge des mères et d'autre part, leur connaissance des moyens de protection contre le paludisme et leur pratique pour prémunir l'enfant du paludisme.

IV.3.1. Prévention du paludisme et instruction de la mère

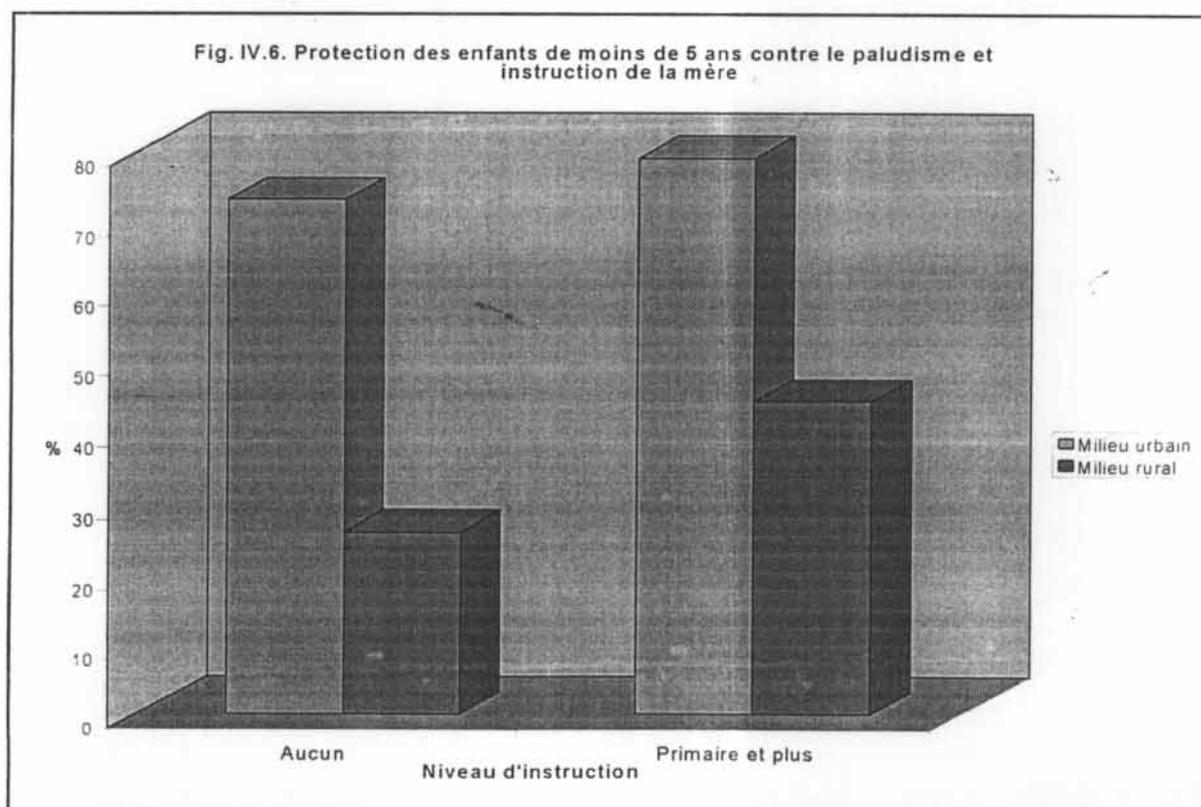
Les moyens de prévention du paludisme sont connus dans des proportions variables selon le niveau d'instruction de la mère. Ainsi, en milieu urbain, nous avons pu noter que la moustiquaire simple est connue par 30% des mères ayant le niveau secondaire contre 26,0% des mères de niveau primaire et 17,9% des mères n'ayant aucun niveau d'instruction. Pour les autres moyens tels que la moustiquaire imprégnée, les serpentins et les bombes aérosols d'insecticides, ce sont les mères ayant le niveau secondaire qui les indiquent plus, suivies de celles de niveau primaire. En milieu rural, la moustiquaire simple est indiquée comme un moyen de lutte contre le paludisme par 14,8% des mères ayant le niveau primaire contre 12,3% des mères n'ayant aucun niveau d'instruction. Par ailleurs, nous avons respectivement 40,2% et 16,4% des mères n'ayant aucun niveau d'instruction en milieu urbain et en milieu rural, qui affirment que la consommation d'aliments propres, l'évacuation des eaux sales, la protection contre l'humidité (froid) et le port de vêtements sont également des moyens qui permettent de se prémunir du paludisme.

Pour ce qui concerne la protection de leurs enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, c'est en milieu urbain que les mères ayant le niveau primaire protègent plus leurs enfants contre le paludisme que les mères n'ayant aucun niveau d'instruction. En milieu rural, la protection est très forte chez les mères ayant le niveau primaire que chez les mères n'ayant aucun niveau d'instruction (fig. IV.6.).

Nous remarquons que la connaissance des moyens de prévention du paludisme et la protection proprement dite des enfants contre cette maladie sont variables selon le niveau d'instruction de la mère. Comme l'ont souligné Zandu et

col (1991), le niveau d'instruction joue un rôle important dans la protection contre le vecteur du paludisme. Ils notent par ailleurs que les ménages moins instruits ont tendance à utiliser des méthodes inefficaces comme la pulvérisation de pétrole ou de mazout, tandis que les plus instruits possèdent une ou plusieurs moustiquaires.

Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, les mères instruites protègent plus leurs enfants que celles non instruites. Ce qui confirme notre hypothèse 4. Cependant, la protection varie à l'intérieur de chaque niveau d'instruction en fonction du milieu de résidence de la mère. Ainsi, Mulumba et col (1990) révèlent que le niveau socio-économique de la famille de l'enfant est également important pour la protection vis-à-vis du paludisme. C'est le niveau d'instruction des parents, et surtout de la mère qui a le plus d'influence. Cette influence du niveau d'instruction a été également mise en exergue par Guiguemdé (1994) qui conclut qu' « il est plus facile de faire passer les messages d'éducation sanitaire aux communautés alphabétisées, de leur faire comprendre comment elles contractent les maladies transmissibles et par conséquent, comment elles peuvent appliquer les mesures pour les prévenir ou des mesures pour les traiter P.38 ».



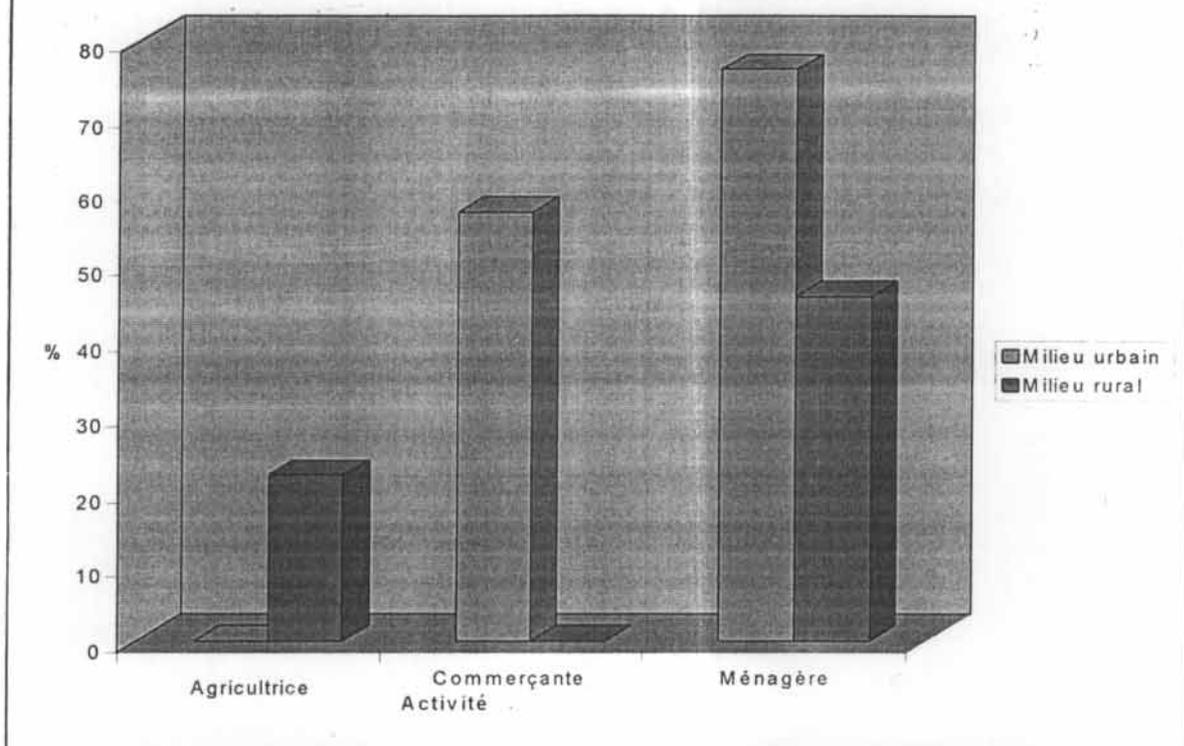
IV.3.2. Prévention du paludisme et activité de la mère

En milieu urbain, la moustiquaire simple est considérée comme un moyen de protection contre le paludisme par 28,5% des mères commerçantes contre 20,4% des mères ménagères ; la moustiquaire imprégnée par 71,4% des mères commerçantes contre 15,0% des mères ménagères. Pour ce qui est des serpentins et des bombes aérosols d'insecticides les proportions diffèrent également. En milieu rural, nous avons noté que la moustiquaire simple est connue comme un moyen de prévention du paludisme par 18,9% des ménagères contre 9,5% des mères agricultrices.

Quant à la protection des enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, nous avons pu observer en milieu urbain que les ménagères protègent plus leurs enfants que les commerçantes (fig. IV.7.) . Ce qui représente respectivement en pourcentage 76,3% et 57,1%. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les commerçantes consacrent beaucoup plus leur temps à s'occuper de leur commerce que de prendre soin de leurs enfants tandis que les ménagères sont plus regardantes sur les soins à apporter à leurs enfants. En milieu rural, nous notons également que les mères ménagères (45,9%) protègent beaucoup plus leurs enfants que les mères agricultrices (22,2%) (fig. IV.7.) . Ce qui peut être expliqué par le fait que les activités agricoles pendant la saison des pluies de cette catégorie de femmes leur laisserait très peu de temps pour s'occuper beaucoup plus de la santé de leurs enfants. Une telle situation prédispose les enfants à des risques de contracter le paludisme , surtout quand on sait que la saison des pluies est indiquée comme le moment privilégié pour la manifestation du paludisme.

Au total nos résultats indiquent que la connaissance des moyens de prévention du paludisme de même que la protection des enfants âgés de moins de cinq ans contre cette pathologie varient selon l'activité de la mère.

Fig. IV.7. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et activité de la mère



IV.3.3. Prévention du paludisme et état matrimonial de la mère

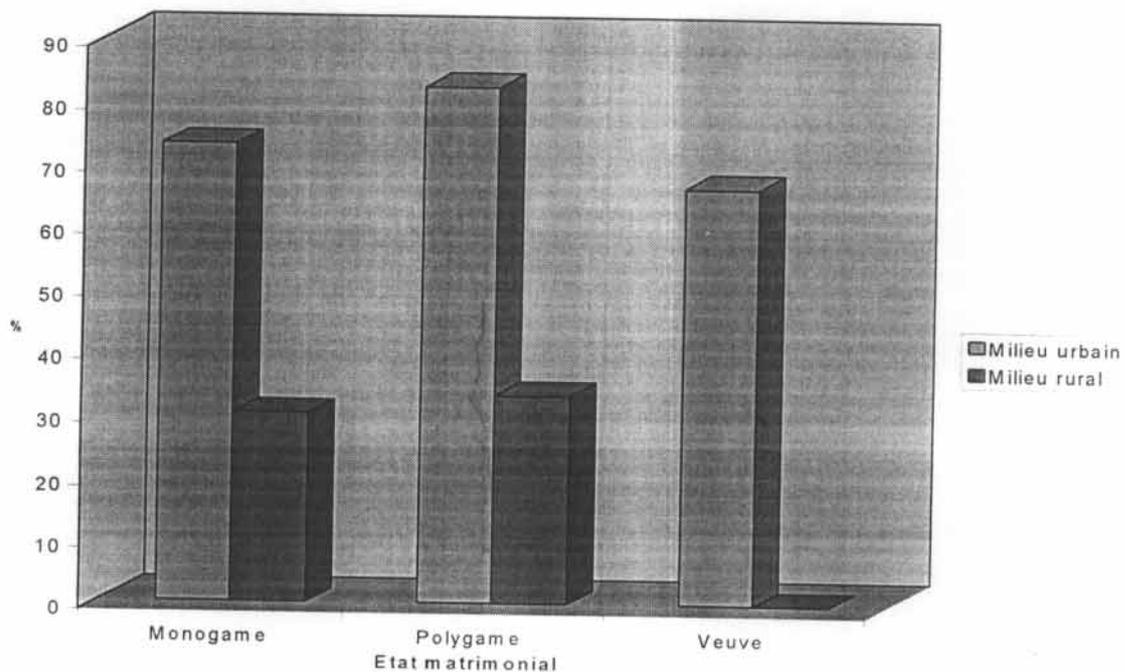
La proportion des mères en union monogame qui connaissent les moyens de prévention du paludisme est plus forte que celle des mères en union polygame. Nous avons pu également noter une très forte variabilité des moyens de lutte contre le paludisme.

Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, la moustiquaire simple est plus indiquée par les monogames que les polygames. Par ailleurs, en milieu rural, 20,8% des polygames affirment que la consommation d'aliments propres, l'évacuation des eaux sales, la protection contre l'humidité (froid) et le port de vêtements sont autant de moyens qui permettent d'éviter de contracter le paludisme.

S'agissant de la protection des enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, nous avons remarqué que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, les mères polygames protègent plus leurs enfants que les mères monogames (fig.IV.8.).

En effet, en milieu urbain, cette protection est assurée par 82,6% des polygames contre 73,2% des monogames et 66,6% des veuves. En milieu rural, par contre ce sont 33,3% des polygames qui protègent leurs enfants contre 30,2% des monogames. Ce résultat bat en brèche l'idée selon laquelle, la polygamie souvent synonyme d'un nombre élevé d'enfants dans les familles, contribue à réduire la disponibilité des moyens mis à la disposition de chaque enfant et les soins qui lui sont assurés. On s'attendait à ce que la protection soit faible quand on sait qu'elle nécessite une disponibilité financière plus élevée au regard de la taille du ménage (achat d'insecticides, de moustiquaires, de bombes aérosols, de serpentins, de chloroquine). On pourrait également expliquer cette situation par le fait que chaque femme est beaucoup plus proche de son enfant en cas de polygamie alors qu'en cas de monogamie la mère pourrait être tentée de compter aussi sur son mari.

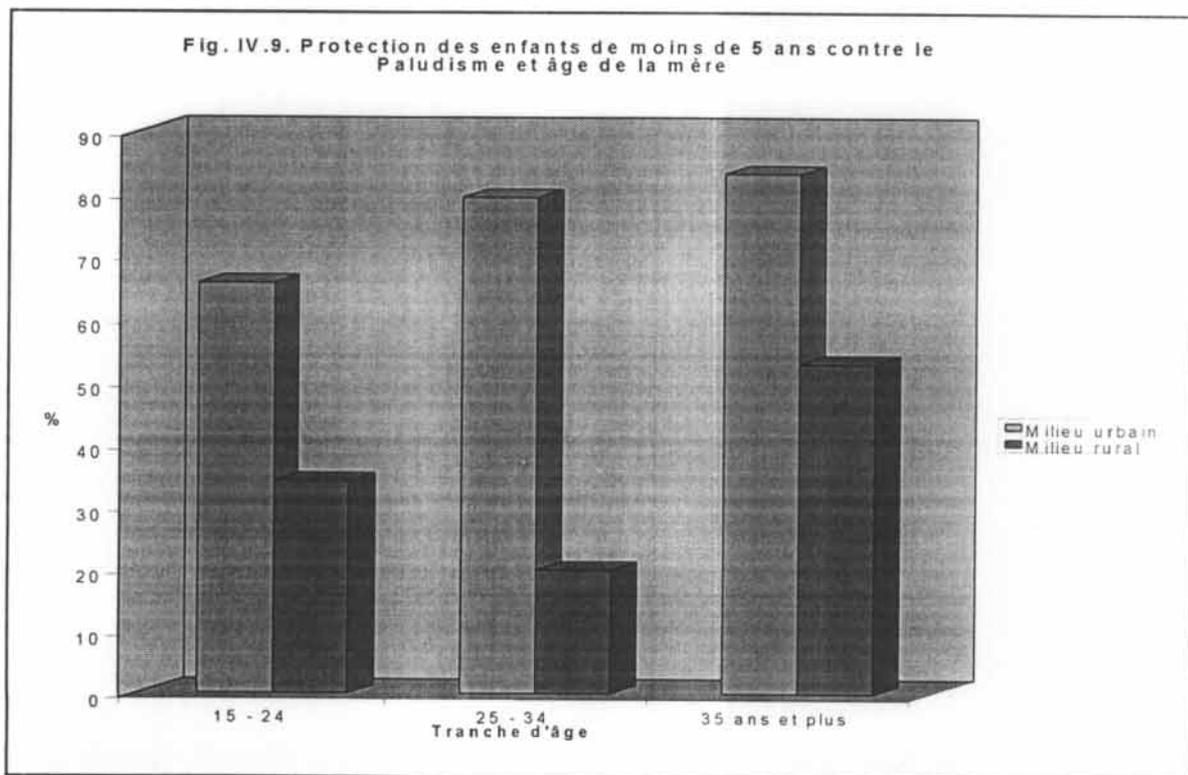
Fig. IV.8. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le Paludisme et état matrimonial de la mère



IV.3.4. Prévention du paludisme et âge de la mère

La connaissance des moyens de prévention du paludisme en relation avec l'âge, nous a permis de conclure que cette connaissance varie avec l'âge. Ainsi, en milieu urbain, la moustiquaire simple est plus citée par les mères âgées de 35 ans et plus (23,7%) que les mères de 15-24 ans (21,0%). Il en est de même avec les bombes aérosols d'insecticides et les serpentins. En milieu rural, nous observons la situation inverse, où ce sont les mères jeunes, c'est-à-dire âgées de moins de 30 ans, qui indiquent plus la moustiquaire simple.

La protection des enfants de moins de cinq ans est également fonction de l'âge. Ainsi, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, les mères âgées de 35 ans et plus protègent plus leurs enfants que les mères jeunes (fig. IV.9.). Ce qui peut se justifier par le manque d'expérience de la part des mères jeunes (15-24 ans), notamment en matière de santé. Ces résultats confirment notre hypothèse 5 à savoir que les mères âgées prennent effectivement plus soin de leurs enfants que les mères jeunes.



Conclusion

La prévention du paludisme varie en fonction du milieu de résidence des mères interrogées. En milieu urbain, ce sont 87% des mères qui reconnaissent qu'on peut éviter de contracter le paludisme contre 46% des mères en milieu rural.

La connaissance des moyens entrant dans la lutte contre cette maladie de même que la protection des enfants de moins de cinq ans sont influencées par le milieu de résidence de la mère et des caractéristiques propres à celle-ci et au ménage. En milieu urbain, la proportion des mères qui protègent leurs enfants de moins de cinq ans contre cette maladie est de 75% contre 31% en milieu rural. Comme les travaux de Zandu et col (1991), Mulumba et col (1990) et Dao (1992), quel que soit le milieu de résidence, les ménages de petits effectifs, les ménages dirigés par les hommes, les mères instruites, etc., font plus de prévention que les ménages de moyens et de grands effectifs, les ménages dirigés par les femmes, les mères non instruites.

CHAPITRE V PRINCIPAUX ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

Introduction

Cette rubrique traite des recours thérapeutiques en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans.

Le paludisme est reconnu comme une affection pouvant provoquer un décès par 96% des mères de notre échantillon en milieu urbain contre 94% des mères en milieu rural. Par ailleurs, toutes les mères de notre étude reconnaissent que l'on peut traiter le paludisme.

Pour le traitement des cas de paludisme chez l'enfant, les mères ont le plus souvent recours à plusieurs itinéraires thérapeutiques en fonction de l'évolution de la maladie. En effet, il ressort de notre étude que le premier recours thérapeutique en cas de paludisme demeure l'automédication pour la grande majorité des mères, vient ensuite la consultation médicale au cas où la première source de traitement s'avérait inefficace et enfin très rarement la consultation d'un guérisseur. Cette tentative de traitement est surtout l'œuvre de 5% des mères en milieu rural. Par ailleurs, 3% des mères dans ce milieu affirment s'en remettre à Dieu après avoir exploré les deux principales sources (automédication, consultation médicale) contre 6% des mères en milieu urbain.

V.1. AUTOMEDICATION

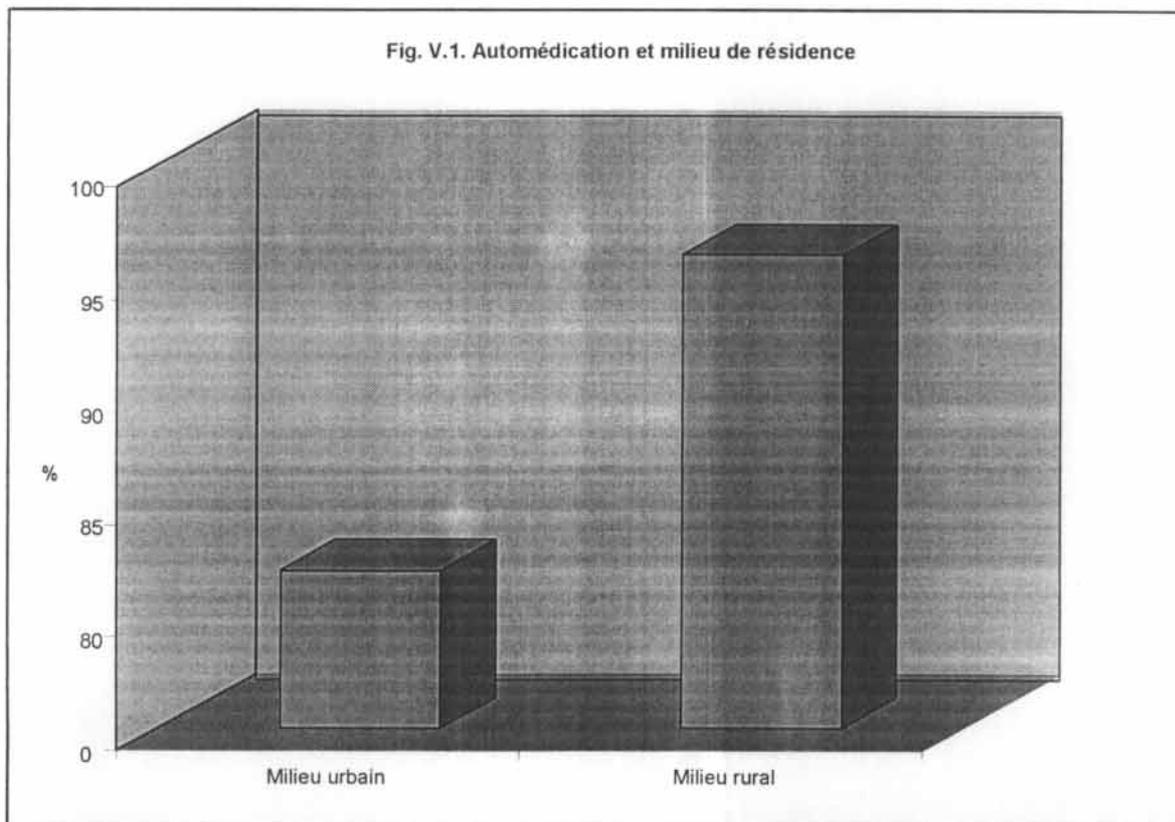
V.1.1. Automédication et milieu de résidence

82% des mères en milieu urbain ont recours en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans à l'automédication par la prise de chloroquine (nivaquine) et de paracétamol (aspirine) contre 18% qui consultent. Notons que l'usage de la paracétamol a pour but de baisser la fièvre. En milieu rural, ce sont

96% des mères qui ont recours à cette pratique en cas de paludisme. L'automédication consiste à un mélange de médicaments moderne et traditionnel; notamment les décoctés en bain et en boisson avec des feuilles d'acacia, d'eucalyptus, de papayer, de nim, de kosafana, etc., et la prise de chloroquine (nivaquine) et de paracétamol. Dans ce milieu, seulement 4% vont en consultation dans une formation sanitaire (fig. V.1.).

Les mères qui pratiquent l'automédication comme premier recours en cas de paludisme affirment avoir des difficultés pour fréquenter les formations sanitaires. Les raisons avancées sont économiques (manque d'argent : frais de consultation élevés, difficultés à honorer les ordonnances) et de distance (éloignement des centres de santé, notamment en milieu rural).

Notre hypothèse 3 n'est pas vérifiée parce que, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, l'automédication constitue pour la grande majorité des mères le premier recours thérapeutique en cas de paludisme constaté chez l'enfant. La consultation médicale n'intervenant qu'après échec de cette tentative.

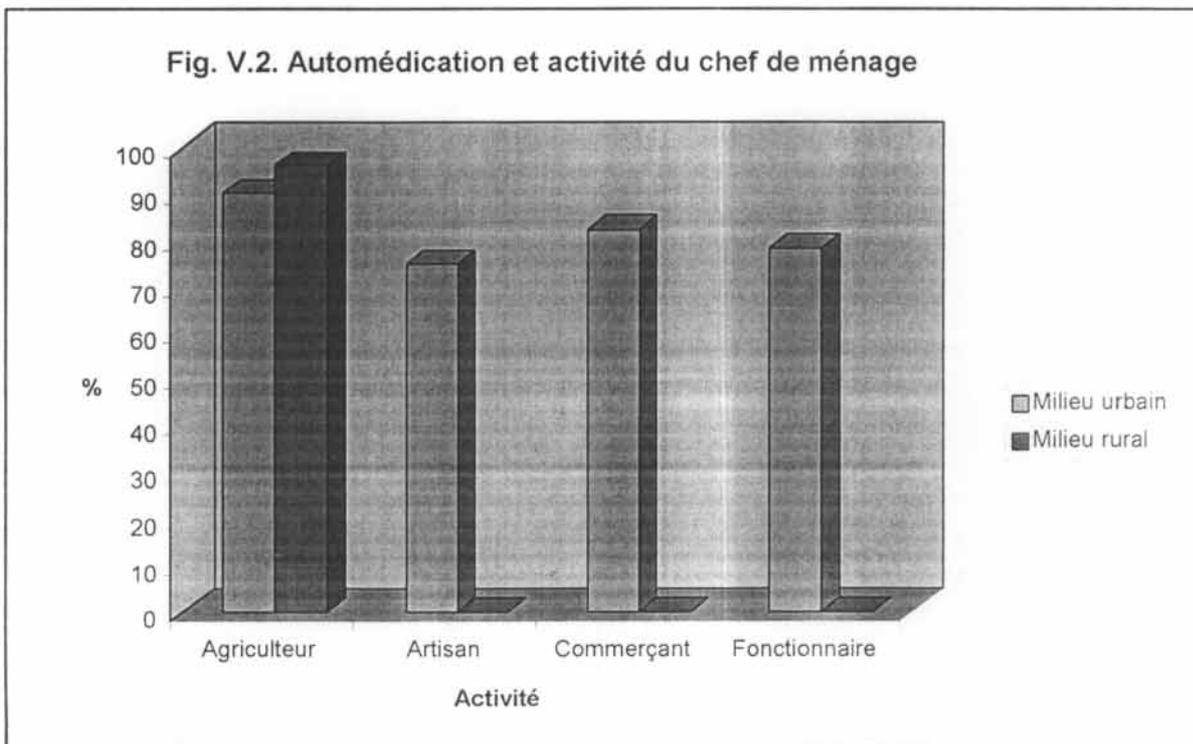


V.1.2. Automédication et caractéristiques collectives du ménage

* Automédication et activité du chef de ménage

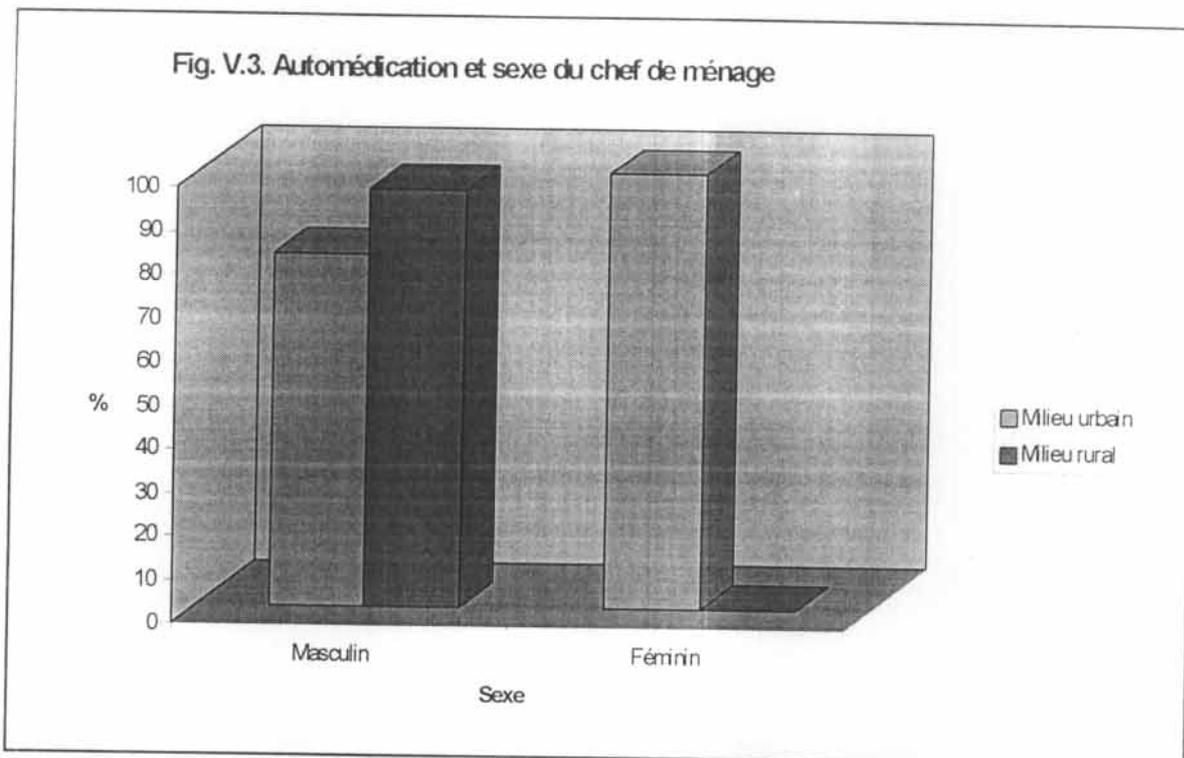
L'automédication est une pratique courante aux premiers moments d'un accès palustre constaté chez l'enfant de moins de cinq ans. En fonction de l'activité du chef de ménage, elle est pratiquée par 90% des mères de ménages dirigés par des agriculteurs, contre 82,2% des commerçants, 78,2% des fonctionnaires et 75% des artisans en milieu urbain. En milieu rural, 96% des ménages (tous agriculteurs) ont recours à cette pratique lors des manifestations palustres chez leurs enfants de moins de cinq ans (fig. V.2.).

L'automédication semble être le recours le plus en vue dans le traitement des accès palustres. Cette façon de procéder serait liée à la situation économique dans laquelle évoluent les parents des enfants. Le recours à une formation sanitaire occasionne des dépenses parfois exorbitantes que la trésorerie familiale le plus souvent ne peut supporter.



* Automédication et sexe du chef de ménage

C'est en milieu urbain, où nous avons des mères appartenant à des ménages dirigés par des hommes et des femmes qu'une comparaison peut être faite. En effet, dans ce milieu, 100% des chefs de ménage femmes ont recours à l'automédication pour traiter les accès palustres constatés chez leurs enfants de moins de cinq ans contre 80,8% des mères issues de ménages dirigés par des hommes. Une telle attitude des chefs de ménage femmes s'expliquerait par la précarité de leur situation financière (fig. V.3.).

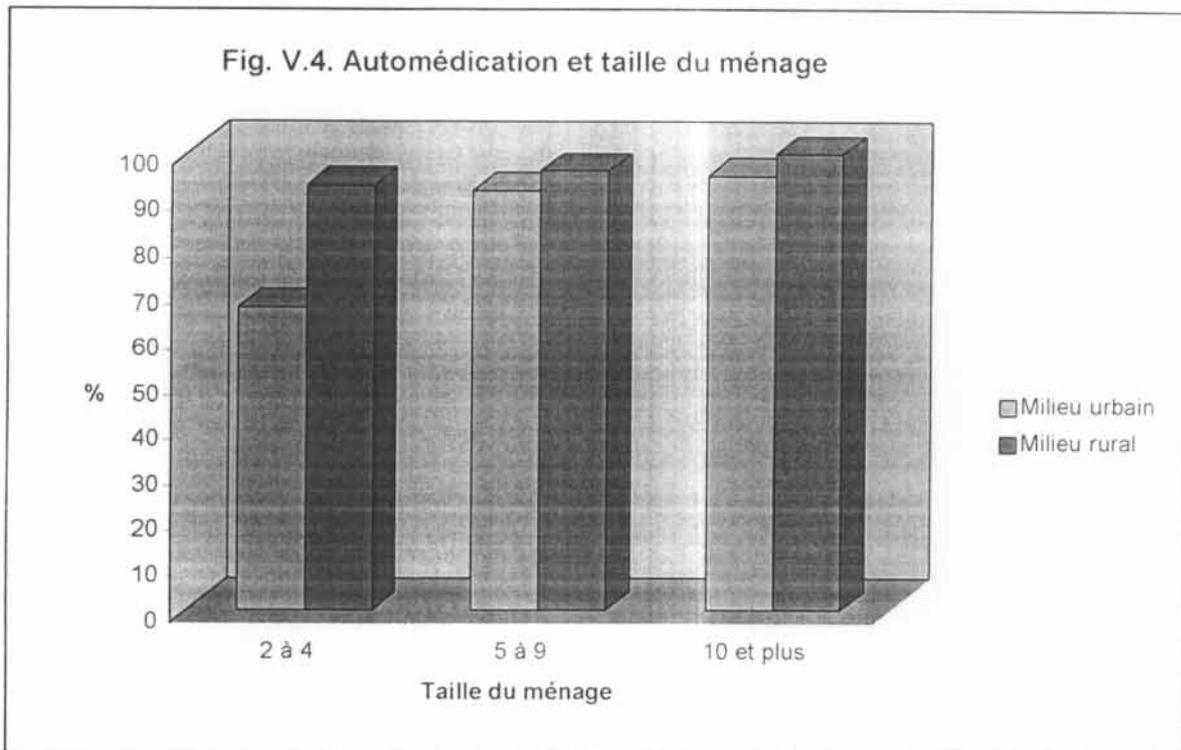


* Automédication et taille du ménage

Les ménages de grands et moyens effectifs ont plus recours à l'automédication pour traiter leurs enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme. En effet, en milieu urbain, elle est pratiquée par 95,2% des ménages de grands effectifs contre 91,8% des ménages de moyens effectifs et 66,6% des ménages de petits effectifs. En milieu rural, ce sont 100% des ménages de grands

effectifs qui s'adonnent à l'automédication pour traiter les accès palustres de leurs enfants de moins de cinq ans contre 96,2% des ménages de moyens effectifs et 93,1% des ménages de petits effectifs (fig. V.4.).

Ainsi, plus le ménage est grand, plus il recourt à l'automédication. Cette situation est tributaire des coûts exorbitants que le recours à une formation sanitaire impose au regard de la diminution des moyens mis à la disposition de chaque membre.



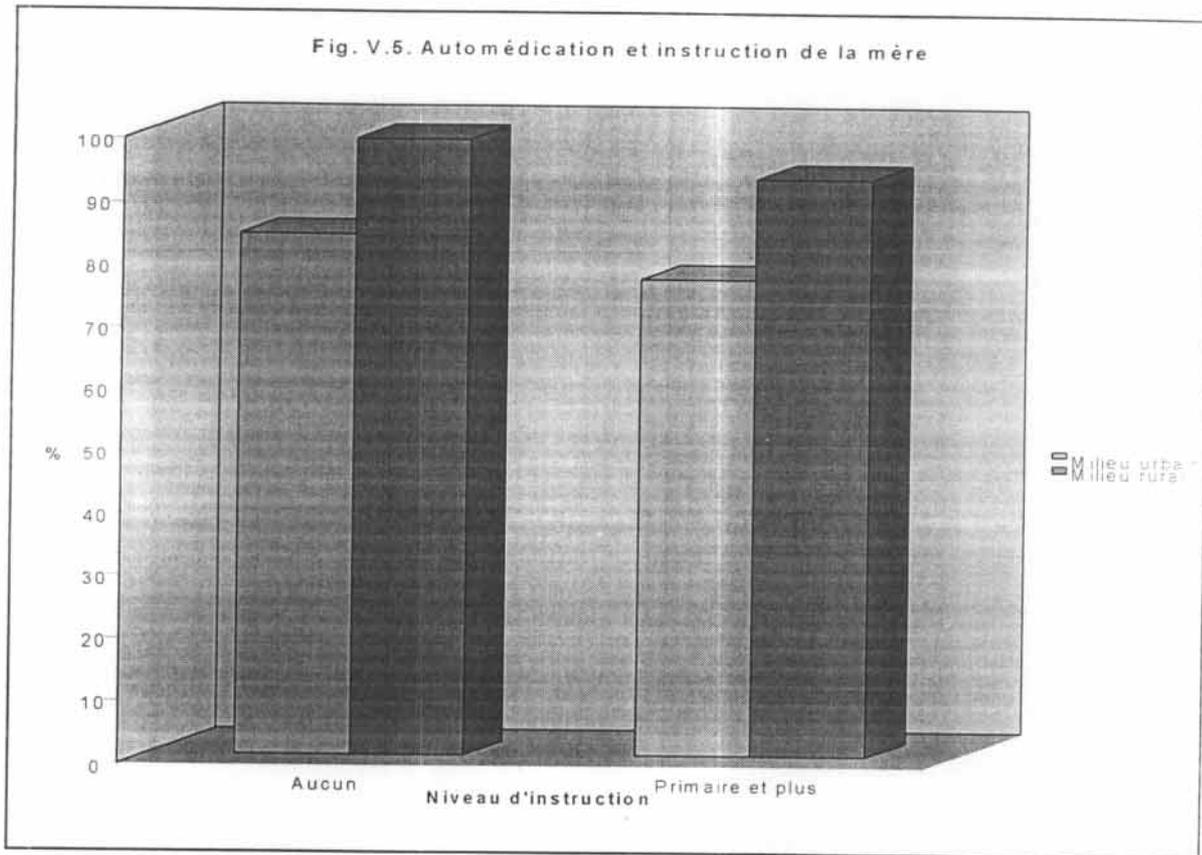
V.1.3. Automédication et caractéristiques de la mère

* Automédication et instruction de la mère

La pratique de l'automédication est plus courante chez les mères n'ayant aucun niveau d'instruction que chez les mères de niveau primaire et plus aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural (fig. V.5.).

Il apparaît que ce sont les mères qui n'ont aucune instruction qui s'adonnent

le plus à cette pratique dont les risques pourraient être énormes en ce sens qu'elle s'appuie sur des considérations subjectives découlant de la représentation de la maladie.

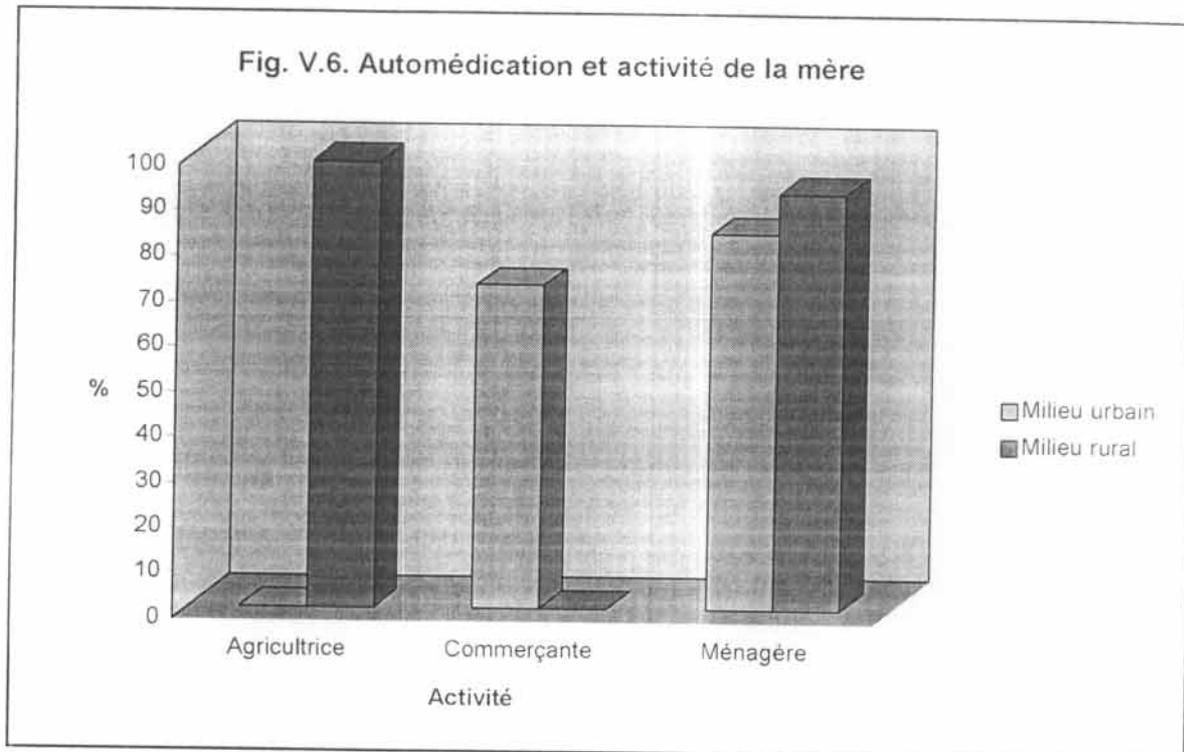


*** Automédication et activité de la mère**

En milieu urbain, ce sont les mères ménagères qui pratiquent plus l'automédication que les mères commerçantes. En milieu rural par contre, ce sont les agricultrices qui ont plus recours à l'automédication que les mères ménagères (Fig. V.6.).

La pratique de l'automédication varie en fonction de l'activité. Le pouvoir économique, notamment le revenu financier de certaines mères (manque d'argent pour honorer les frais de consultation et les ordonnances) les prédisposerait à une telle pratique avec tous les risques que cela peut comporter. Ce qui peut expliquer

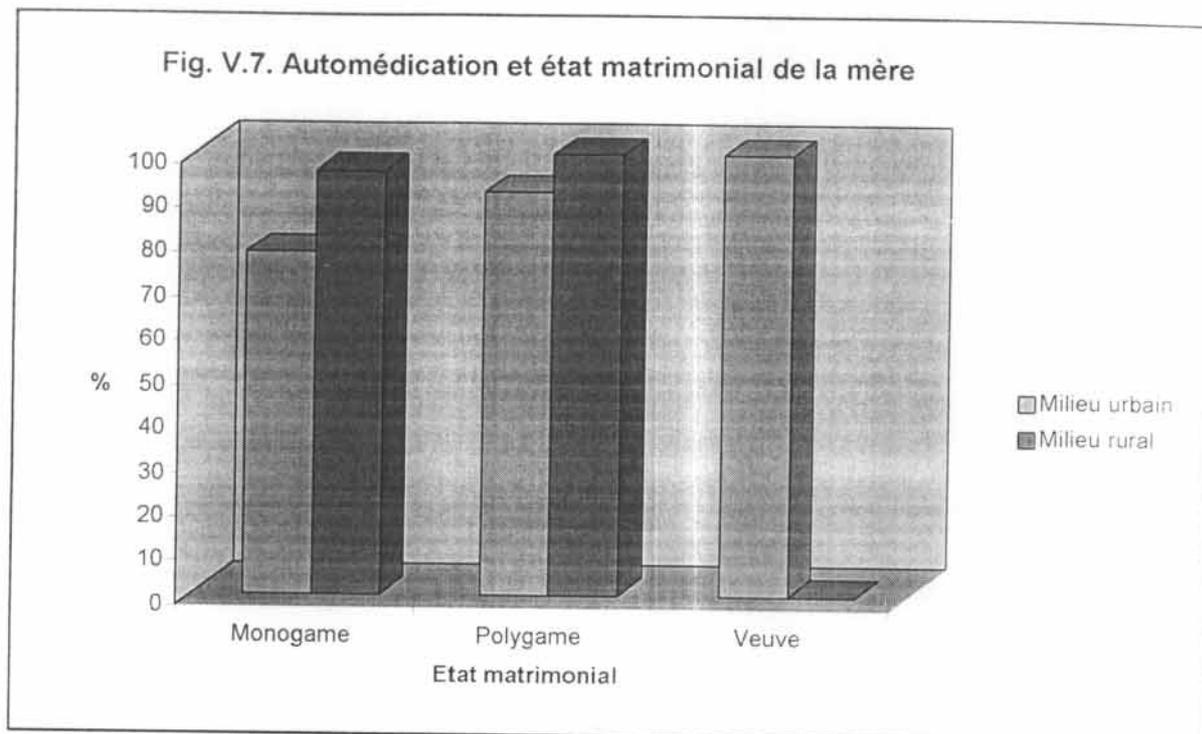
en partie l'attitude des mères ménagères en milieu urbain à s'orienter plus vers une telle source de traitement des cas de paludisme observés chez l'enfant.



*** Automédication et état matrimonial de la mère**

L'automédication est pratiquée par 100% des mères veuves contre 91,3% des mères polygames et 77,4% des mères monogames en milieu urbain. En milieu rural, elle est pratiquée par 100% des mères polygames contre 94,73% des mères monogames (fig. V.7.).

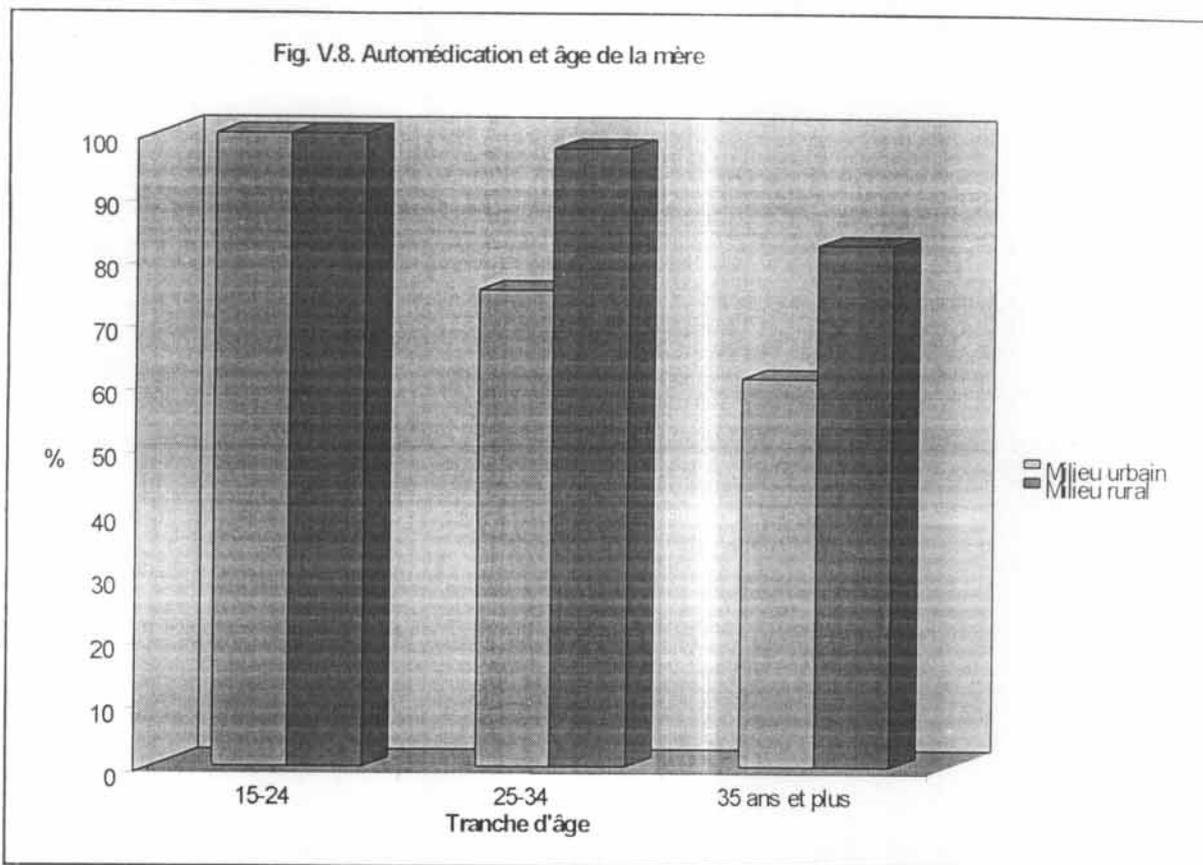
Dans les deux milieux de notre étude, les mères polygames pratiquent plus l'automédication. La polygamie pourrait contribuer à réduire la disponibilité des moyens mis à la disposition de chaque enfant et les soins qui lui sont accordés. Plus le chef de ménage a beaucoup d'épouses, plus la résolution des problèmes de santé, notamment le recours à une formation sanitaire devient plus difficile ; d'où la tendance à la pratique de l'automédication en cas d'accès palustres chez les enfants.



*** Automédication et âge de la mère**

Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural l'automédication est beaucoup plus pratiquée par les mères jeunes, c'est-à-dire les mères de 15-24 ans et 25-34 ans (fig. V.8.). Cette attitude des mères jeunes qui consiste en la pratique plus poussée de l'automédication laisse entrevoir leur méconnaissance des risques que celle-là peut engendrer.

Fig. V.8. Automédication et âge de la mère



V.2. CONSULTATION MEDICALE

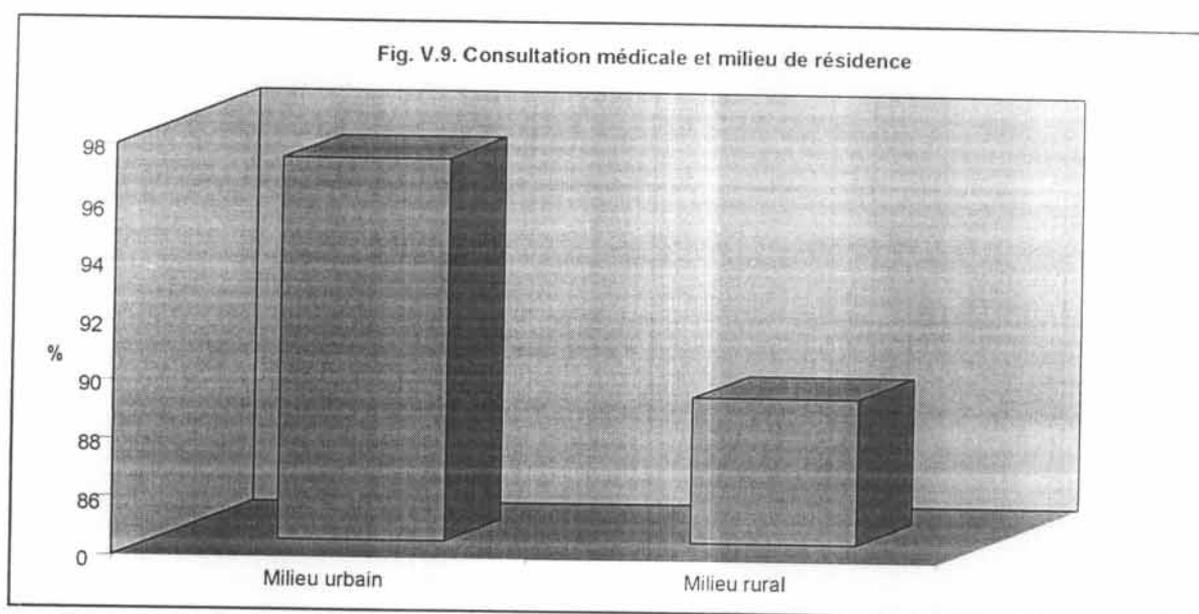
V.2.1. consultation médicale et milieu de résidence

L'existence des infrastructures sanitaires en nombre suffisant est reconnue comme un facteur pouvant contribuer à l'amélioration de la santé des populations à condition qu'elles les fréquentent en cas de maladie. Cependant, la fréquentation des formations sanitaires, si elles existent, est souvent, sinon dans la plupart des cas conditionnée par la possession d'un revenu économique substantiel, notamment financier.

Le deuxième recours thérapeutique qui est la consultation médicale fait suite à un échec constaté dans l'automédication. Ainsi, 97% des mères consultent en milieu urbain en cas de paludisme contre 3% qui ne consultent pas.

En milieu rural, ce sont 89% des mères qui consultent en cas de non amélioration de l'état de santé de l'enfant contre 11% qui ne consultent pas en dépit de la persistance de la maladie (fig. V.9.). Les raisons avancées sont le manque d'argent et l'éloignement des centres de santé.

Outre les soins fournis, la présence des formations sanitaires est capitale dans la recherche de la santé des populations, surtout qu'elles participent à leur formation par la diffusion de l'information sanitaire. Mais encore faut-il, que ces populations aient les moyens (financiers) pour les fréquenter.



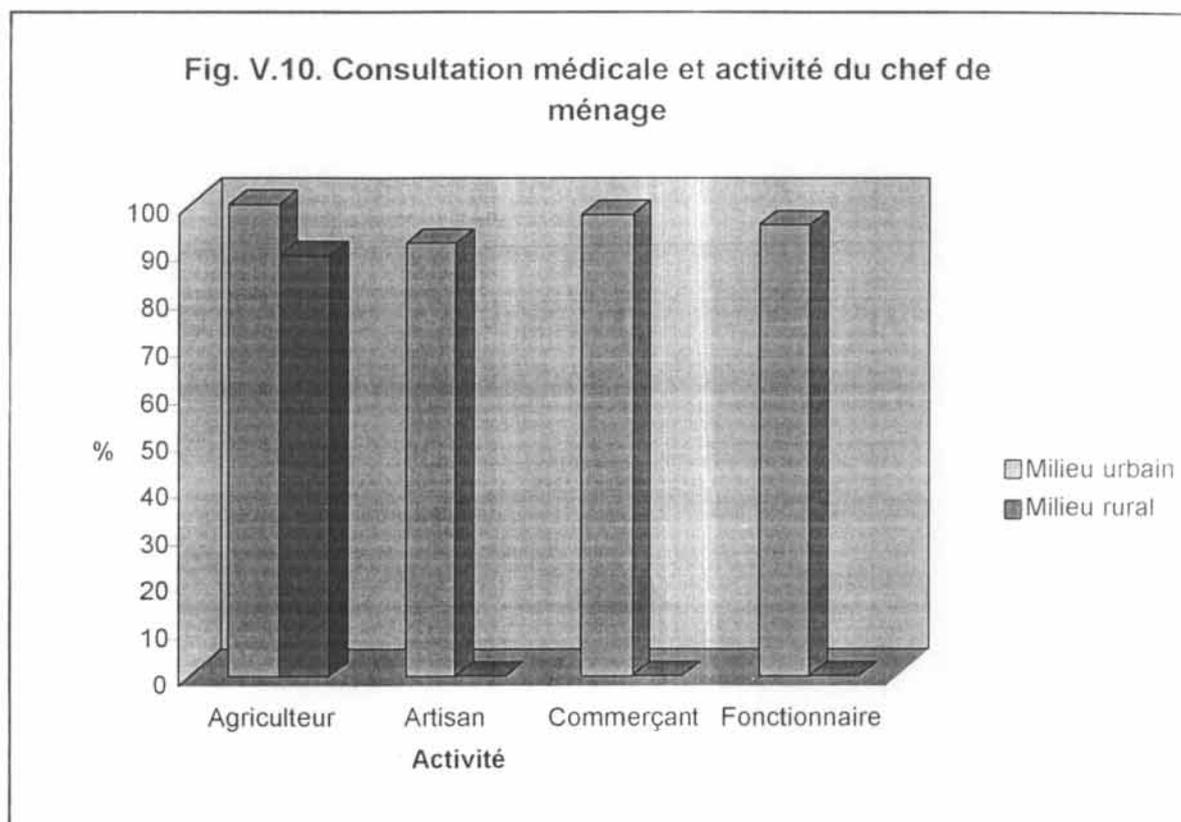
V.2.2. Consultation médicale et caractéristiques collectives du ménage

* Consultation médicale et activité du chef de ménage

En milieu urbain, le recours à une formation sanitaire est l'œuvre de 100% des agriculteurs contre 97,7% des commerçants, 95,5% des fonctionnaires et 91,6% des artisans tandis qu'en milieu rural, ce sont 89% des chefs de ménage agriculteurs qui consultent après l'échec de l'automédication (fig. V.10.).

En milieu urbain, le fait que ce soient les agriculteurs qui semblent consulter

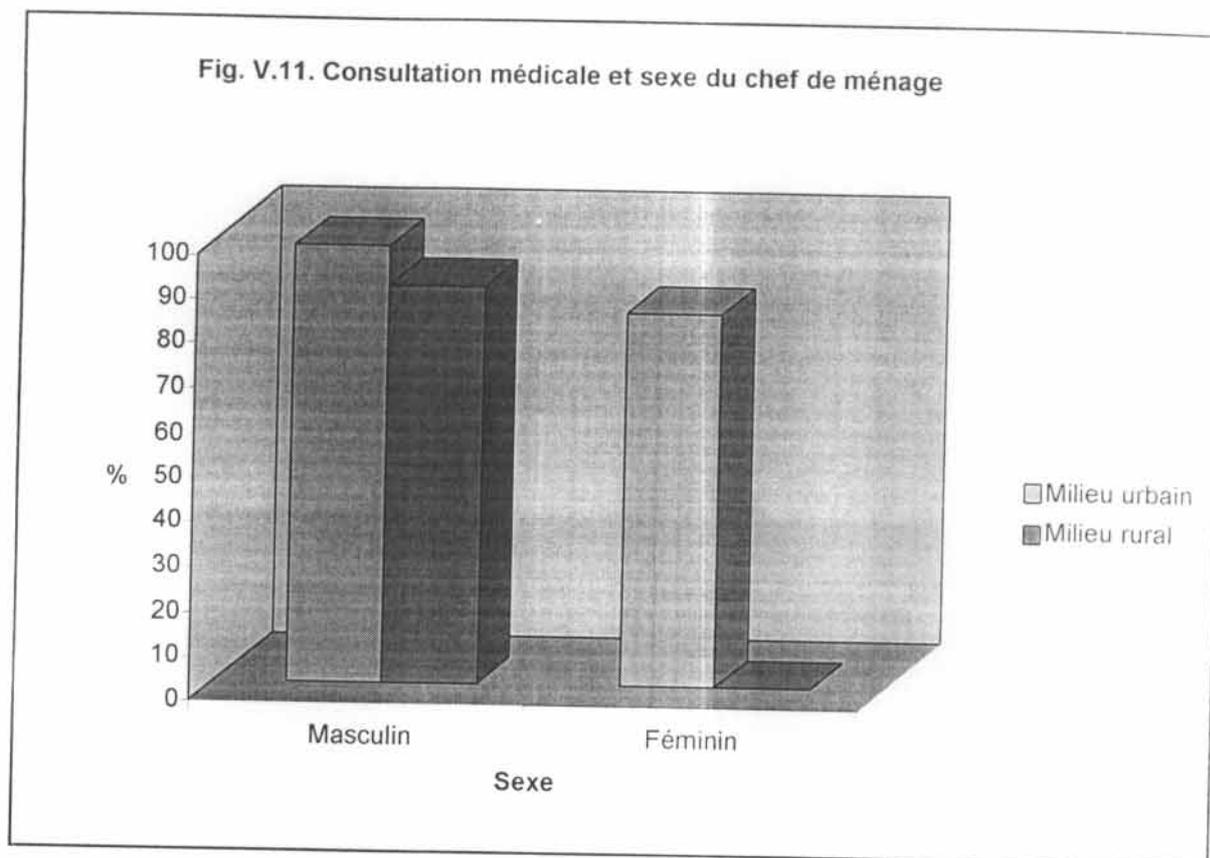
le plus après avoir exploré l'automédication sans obtenir gain de cause, témoigne d'une prise de conscience des conséquences néfastes que la persistance d'une automédication peut engendrer.



*** Consultation médicale et sexe du chef de ménage**

Ce sont les femmes issues des ménages dirigés par des hommes (97,8%) qui consultent plus que les chefs de ménage femmes (83,3%) après l'échec de l'automédication en milieu urbain. Ce qui peut être expliqué par le fait que les chefs de ménage femmes sont le plus souvent dépourvus de ressources financières consistantes pour pouvoir faire face aux éventuels frais médicaux qui vont découler de la consultation et des ordonnances. En milieu rural, ce sont 89% des chefs de ménage qui consultent après avoir pratiqué une automédication sans succès (fig. V.11.).

Fig. V.11. Consultation médicale et sexe du chef de ménage

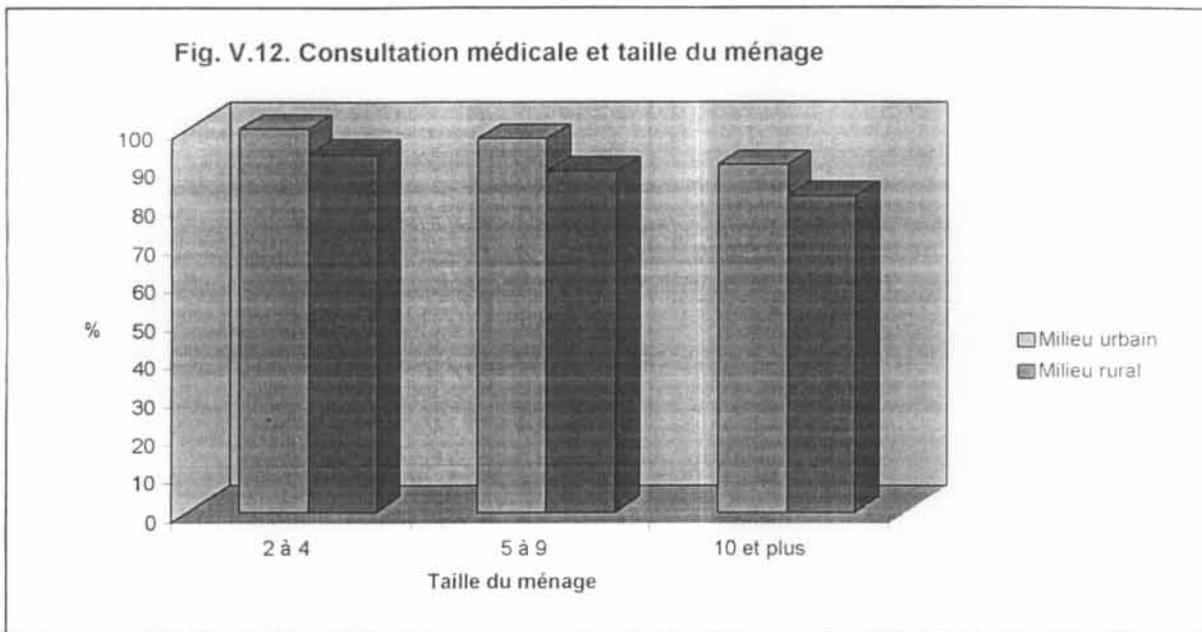


*** Consultation médicale et taille du ménage**

Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, après un échec constaté dans l'automédication les ménages de petits effectifs consultent plus que les ménages de moyens et grands effectifs (fig. V.12.).

Plus le ménage est grand, plus il semble éprouver des difficultés à recourir à des soins modernes. La santé des membres d'un ménage a un coût que la taille du ménage peut ne pas permettre de supporter, d'où certains ménages se confinent à des pratiques telles que l'automédication dont le coût est plus supportable.

Fig. V.12. Consultation médicale et taille du ménage

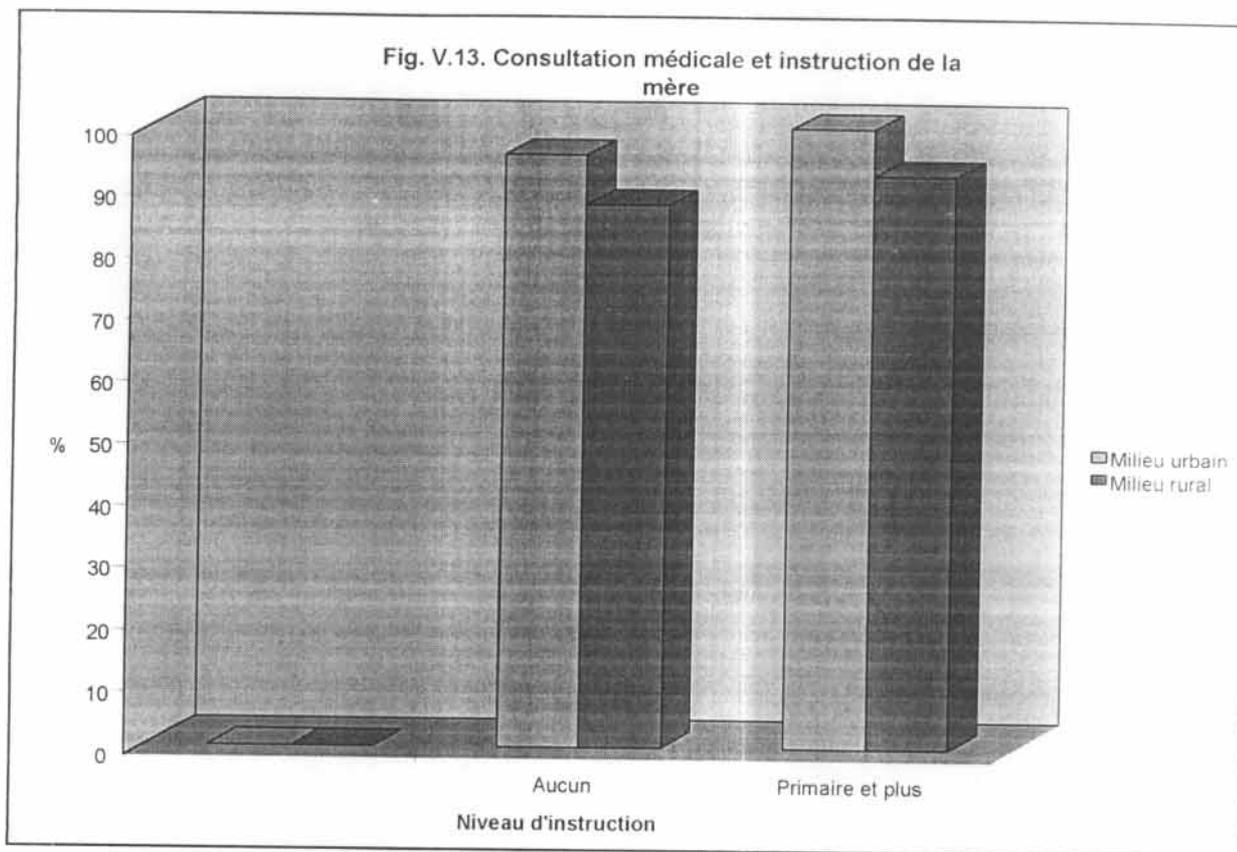


V.2.3. Consultation médicale et caractéristiques de la mère

* Consultation médicale et instruction de la mère

Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, les mères instruites ont le plus recours à une formation sanitaire que les mères non instruites après une automédication sans succès (fig. V.13.).

Ainsi, le niveau d'instruction est un facteur qui influe sur l'attitude des mères à consulter après l'échec de l'automédication. Cette situation traduit non seulement l'impact de l'école sur les comportements et attitudes de la mère mais aussi l'effet que celle-ci entraîne sur le niveau de vie du ménage.

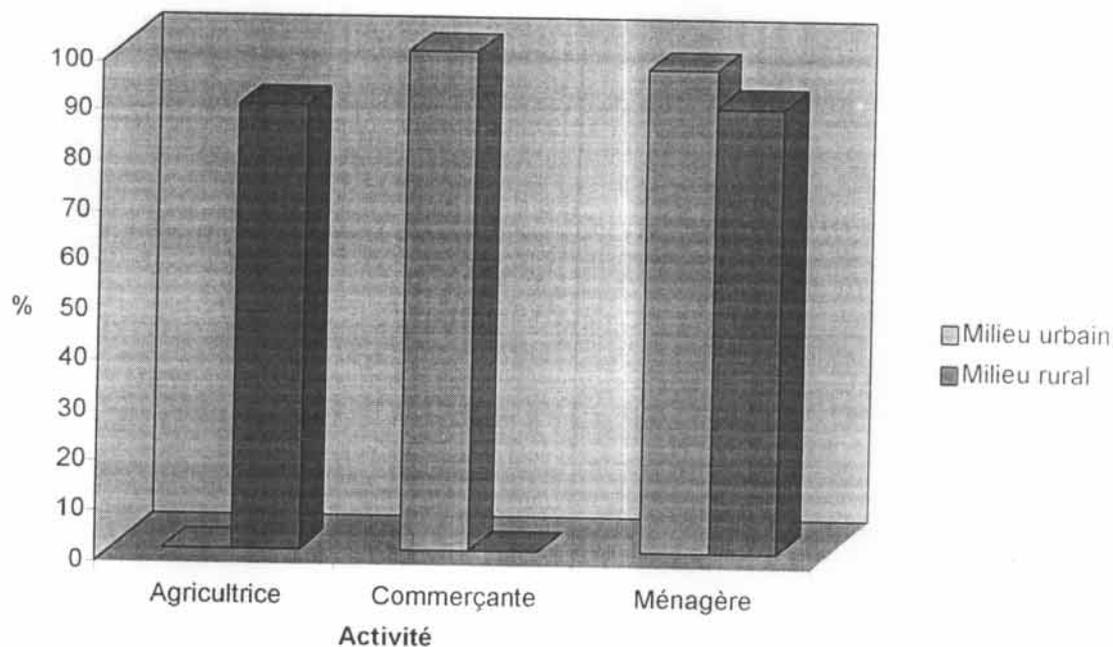


*** Consultation médicale et activité de la mère**

Toutes les mères commerçantes (100%) ont recours à une formation sanitaire en cas de non amélioration de l'état de santé de leurs enfants contre 96,7% des mères ménagères en milieu urbain. En milieu rural, ce sont 90,47% des mères agricultrices qui ont recours à cette deuxième source de traitement contre 86,4% des mères ménagères (fig. V.14.)

Le fait que les mères commerçantes consultent plus après l'échec de l'automédication pourrait être lié à leur pouvoir financier découlant de leurs activités commerciales ; ce qui peut leur permettre de supporter les frais médicaux.

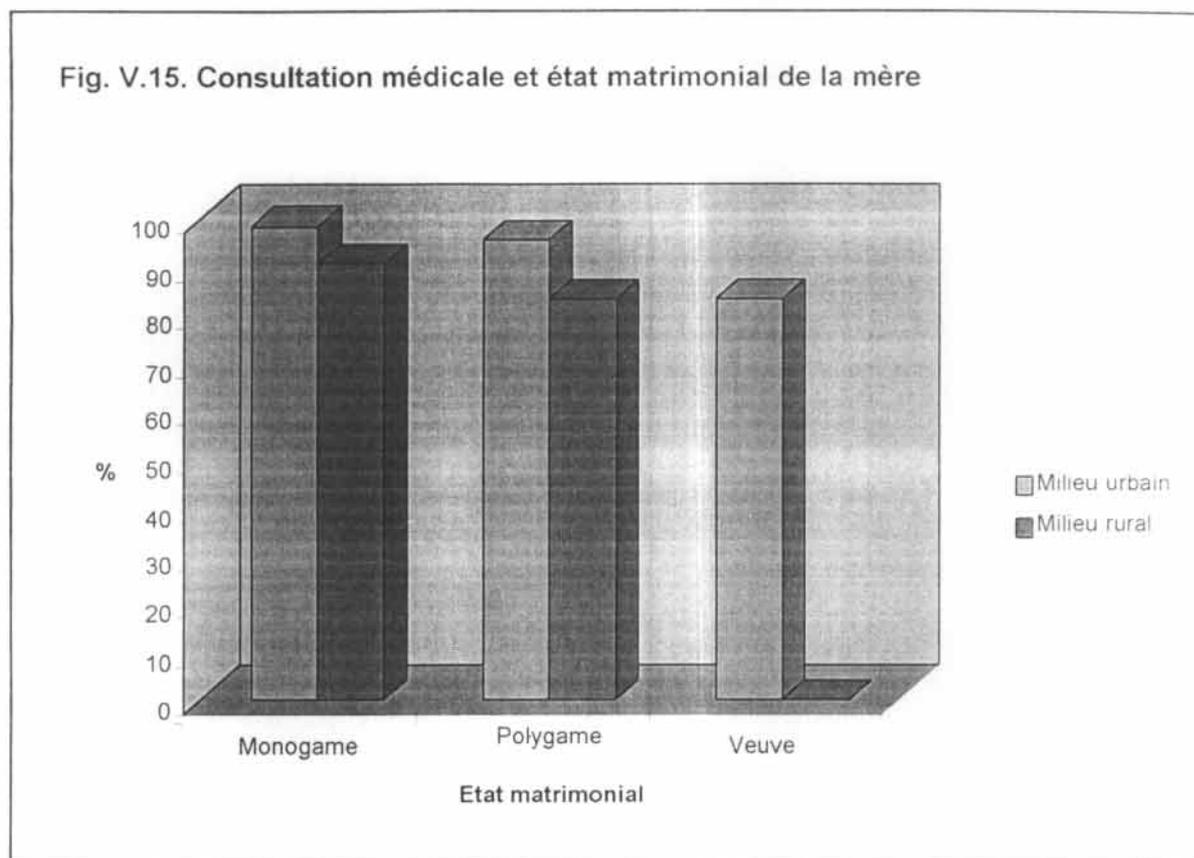
Fig. V.14. Consultation médicale et activité de la mère



*** Consultation médicale et état matrimonial de la mère**

Après un échec de l'automédication les mères monogames ont plus recours à une formation sanitaire que les mères polygames (fig. V.15.). Ce qui nous fait dire que les ménages où il y a plusieurs femmes éprouvent des difficultés à fréquenter les services de santé parce que nécessitant la possession d'un revenu substantiel. La grande taille du ménage contribue à réduire les moyens mis à la disposition de chaque membre.

Fig. V.15. Consultation médicale et état matrimonial de la mère

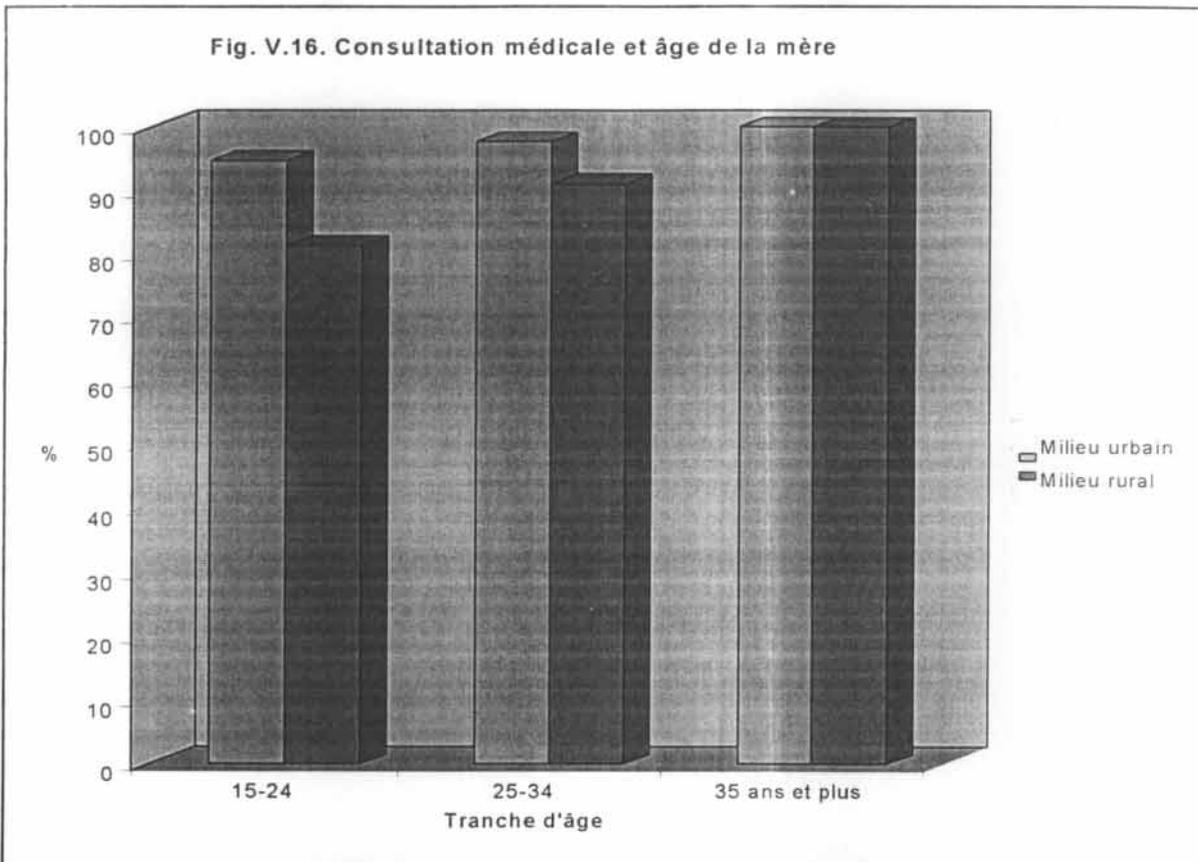


*** Consultation médicale et âge de la mère**

Devant la dégradation de l'état de santé de leurs enfants les mères âgées consultent plus que les mères jeunes. En effet, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, ce sont les mères de la tranche d'âge de 35 ans et plus qui consultent le plus par rapport à celles des tranches d'âge de 15-24 ans et 25-34 ans (fig. V.16.).

Ainsi, le fait que les mères âgées consultent plus que les mères jeunes après avoir tenté une automédication sans succès, pourrait s'expliquer par l'importance que représente cette source de traitement dans la recherche de la santé de l'enfant. Par ailleurs, elles (mères âgées) sont plus susceptibles de connaître les risques que représente la non prise en charge adéquate de l'enfant souffrant de paludisme.

Fig. V.16. Consultation médicale et âge de la mère



V.3. ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT

Nous avons voulu dans cette rubrique examiner les liens éventuels entre les recours thérapeutiques et les caractéristiques de l'enfant, notamment son âge et son sexe. Mais, il ressort de l'analyse de nos données que le recours à une source de traitement des cas de paludisme chez l'enfant ne dépend pas des caractéristiques de celui-ci ; le traitement ne présente pas un caractère sélectif. Devant tout accès palustre, la première préoccupation de la mère est le soin approprié à apporter. Ce qui nous fait dire que tous les enfants bénéficient du même traitement en cas de paludisme.

Il est possible que dans le processus de traitement des maladies de l'enfant, certaines mères aient des préférences selon que l'enfant est une fille ou un garçon. Mais pour ce qui est de notre étude, aucune distinction particulière n'est ressortie

lorsqu'il s'agit de traiter les accès palustres des enfants de moins de cinq ans.

S'agissant des décisions de traitement (recours à l'automédication, à la formation sanitaire, à un guérisseur) des accès palustres constatés chez l'enfant de moins de cinq ans, elles sont prises par la mère dans 65% des cas, le père dans 16% des cas et les deux dans 19% des cas en milieu urbain. En milieu rural, 74% des décisions de traitement sont prises par la mère, 8% par le père et 18% par les deux. Cela sans distinction de sexe ou d'âge. Ce qui nous fait dire encore une fois que la mère constitue une personne clé dans la recherche de la santé de l'enfant.

Conclusion

Le paludisme est reconnu comme une maladie pouvant provoquer un décès mais qui peut également être traité. Pour le traitement des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, les mères font recours à l'automédication, à la consultation médicale et très rarement à la consultation d'un guérisseur. En milieu rural, l'automédication est une pratique courante aux premiers moments du paludisme chez 96% des mères contre 82% en milieu urbain. La consultation médicale qui fait suite à l'échec de l'automédication est plus développée en milieu urbain (97%) qu'en milieu rural (89%).

Les caractéristiques propres à la mère et aux ménages influent également sur ces recours thérapeutiques.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude avait pour objectifs l'analyse des stratégies de lutte en fonction de la perception du paludisme par les populations et des itinéraires thérapeutiques en cas de paludisme chez l'enfant de moins de cinq (5) ans ainsi que les différences éventuelles de comportements des populations. Elle a porté sur deux milieux distincts de la province du Houet (milieu urbain et milieu rural).

L'origine du paludisme est différemment appréhendée selon le milieu de résidence de la mère et selon certaines caractéristiques propres à celle-ci. Ainsi, le paludisme apparaît comme une maladie exogène dont les causes sont naturelles et variables d'une mère à une autre.

La connaissance des piqûres de moustiques comme cause probable du paludisme a été beaucoup plus révélée en milieu urbain (52%) qu'en milieu rural où les mères mettent beaucoup en cause l'humidité (29%). C'est surtout les mères instruites (niveau primaire et plus) qui relèvent plus les piqûres de moustiques. Ainsi, la connaissance des causes du paludisme est fonction du niveau d'instruction de la mère. Plus la mère est instruite, plus elle appréhende mieux les mécanismes de la maladie (causes, mode de transmission, symptômes). Cependant, d'autres causes évoquées par les mères (alimentation inappropriée, mangues, pluie, humidité, eaux sales...) n'ont aucun rapport avec le déclenchement du paludisme. Elles peuvent peut-être aggraver l'état de santé de l'enfant une fois la maladie installée mais sans en être à l'origine. Ce qui nous fait dire qu'une telle représentation de la pathologie présente des risques énormes dans l'établissement d'un bon diagnostic et également sur les soins appropriés à apporter à l'enfant malade.

Les symptômes associés à la manifestation palustre varient également d'un milieu à un autre. Si en milieu urbain, la fièvre, les vomissements et les céphalées sont plus considérés, en milieu rural par contre, en plus de la fièvre et des vomissements, les mères lient le paludisme à la couleur des yeux et des urines (yeux jaunes, urines jaunes). Une telle attitude, qui consiste à lier la manifestation du paludisme à la couleur des yeux et des urines pourrait occasionner un recours

tardif dans le traitement de l'enfant malade ; ce qui contribuerait à augmenter les risques d'une manifestation d'un paludisme grave.

S'agissant de la manifestation de la maladie, le milieu rural a enregistré au cours des douze derniers mois relativement plus de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans qu'en milieu urbain. Une telle situation est sous-tendue par une méconnaissance totale ou partielle surtout en milieu rural de la cause et des symptômes du paludisme. Ce qui a sans doute une répercussion sur les moyens à mettre en œuvre pour assurer une bonne protection de l'enfant contre cette maladie ; sans laquelle l'enfant est plus exposé aux risques de contraction du paludisme.

Les moyens de prévention contre cette pathologie sont également variables d'un milieu à un autre. Si en milieu urbain, la moustiquaire simple, la moustiquaire imprégnée, les bombes aérosols d'insecticides et la prise de chloroquine sont plus connues par les mères, en milieu rural par contre, c'est surtout la moustiquaire simple et la prise de médicaments traditionnels qui sont plus considérées comme étant des moyens qui permettent de se protéger contre le paludisme.

En ce qui concerne la protection des enfants contre le paludisme, c'est en milieu urbain qu'elle est très forte. Dans ce milieu, elle est surtout basée sur la prise de chloroquine tandis qu'en milieu rural les mères ont recours aux décoctés en bain et en boisson à base de feuilles (acacia, eucalyptus, papayer, citronnier...) dans la protection de leurs enfants. Notons que la prise de chloroquine peut être une pratique à risques, surtout quand elle n'est pas régulière (bien suivie) et que la posologie n'est pas bien maîtrisée. Au niveau national, une telle pratique n'est pas préconisée chez les enfants de moins de cinq ans ; quand on sait que la grande majorité des mères n'ont pas l'information sanitaire adéquate pour pouvoir mener une chimioprophylaxie efficace. Elle est surtout préconisée chez les femmes en grossesse. Cela permet d'éviter des situations malheureuses car le paludisme chez la femme en grossesse peut avoir pour conséquences un avortement en début de grossesse ou un accouchement prématuré en fin de grossesse, avec risque de paludisme congénital.

L'usage des décoctés à base de feuilles par les mères en milieu rural, même

s'il ne joue aucun rôle dans la protection des enfants contre le paludisme participe à un processus global de développement de l'organisme de l'enfant devant lui permettre de faire face à certaines maladies autres que le paludisme.

L'hypothèse selon laquelle les mères instruites et /ou âgées prennent soin de leurs enfants par rapport à celles non instruites et /ou jeunes se vérifie. Cela s'explique d'abord par le fait que les mères âgées ont acquis une certaine expérience qui leur permet d'accorder une place importante à la recherche de la santé de leurs enfants. Par contre l'inexpérience dont font preuve les mères jeunes dans l'entretien de leurs enfants fait qu'elles ne sont pas aussi regardantes sur les soins à apporter à ceux-ci. D'autre part, l'instruction est un canal par lequel les informations d'ordre éducationnel, sanitaire, etc., peuvent être véhiculées, prédisposant les mères qui l'ont reçue à être plus regardantes sur la santé de leurs enfants que celles qui ne l'ont pas reçue.

Contrairement à l'hypothèse selon laquelle que les mères en milieu rural ont recours à l'automédication à base de plantes pour soigner leurs enfants tandis qu'en milieu urbain la formation sanitaire constitue le premier recours, nous avons observé que dans les deux milieux de notre étude, l'automédication est une pratique courante au premier stade du paludisme chez la grande majorité des mères interrogées. En milieu rural, elle consiste en une prise de chloroquine (nivaquine), de paracétamol et de décoctés en bain et en boisson à base de feuilles d'acacia, de papayer, d'eucalyptus, etc., tandis qu'en milieu urbain, elle est faite à base de chloroquine et de paracétamol. Le recours à la formation sanitaire intervient une fois que l'automédication se révèle inefficace.

La pratique de l'automédication en milieu rural, semble être sous-tendue par le manque d'argent du fait de la précarité et de la non rentabilité des activités économiques des ménages pour pouvoir bénéficier des soins modernes et l'éloignement des centres de santé. En milieu urbain par contre, le problème ne se pose plus en terme d'éloignement mais financier pour les ménages ayant des ressources financières limitées. Ainsi, la mise en place des Agents de Santé

Communautaires (ASC) dans les différentes zones d'intervention du projet Recherche-Action sur le paludisme dans la province du Houet permettra de réduire la distance du lieu d'habitation à la formation sanitaire, en assurant un service de proximité et de qualité et également de baisser les coûts des médicaments, notamment les antipaludéens tels que la chloroquine (nivaquine) afin qu'ils soient accessibles aux populations.

Au vu de ces observations et dans le but d'améliorer la situation sanitaire des enfants, nous pensons que des réflexions doivent être poursuivies allant dans le sens :

- d'une sensibilisation des mères sur le mode de transmission et les symptômes du paludisme, et également sur les moyens de lutte contre cette maladie et leur vulgarisation, en faisant de sorte que le coût soit accessible à tous. Ainsi, nous pensons que la réduction du contact homme –vecteur apparaît être à nos yeux une voie indiquée pour faire reculer la progression sans cesse grandissante de la maladie ;

- d'un renforcement de l'action sensibilisatrice du personnel de soins modernes. Il doit se réaliser non seulement par l'accroissement du taux de couverture des infrastructures sanitaires mais aussi et surtout par l'élimination des barrières compliquant leur accès par les populations. Parmi ces barrières nous pouvons citer le coût actuel de la santé. Dans un pays où plus de 40% de la population vit en deçà du seuil de pauvreté , le rôle de l'Etat n'est plus à démontrer dans la prise en charge des malades ; car comme l'a souligné Guiguemdé (1994) : « la vraie raison de la persistance de l'endémie (palustre) n'est pas une inefficacité des moyens de lutte actuellement disponibles. En Afrique l'écueil fondamental réside d'une part dans le manque de ressources pour élever le niveau de développement social des populations afin de les amener à comprendre et à adhérer aux mesures de prévention et de traitement proposées par les services de santé, et d'autre part, dans le manque de ressources pour acquérir les moyens de prévention et de traitement P. 38 » ;

- d'une lutte tous azimuts contre la pauvreté qui va sans doute réduire les autres fléaux que connaît notre société, parmi lesquels les problèmes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **AFOLABI, B.M.**, 1996, Knowledge, attitudes and practice of malaria in an isolated community on the atlantic coast of Lagos, Nigeria, in Paludisme et Maladies Infectieuses en Afrique, N°4, pp. 6-13.
2. **AKWA AGYEPONG, I.**,1992, Malaria: Ethnomedical, perceptions and practice in an Adangbe farming community and applications for control, in Soc. Sci. Med.; 35(2): 131-137.
3. **ANONYME** , 1990, Situation du paludisme en 1988, rapports trimestriels de statistiques sanitaires mondiales, in Bulletin OMS, 43, pp. 68-79.
4. **ANONYME**, 1993, Itinéraires thérapeutiques, Bobo-Dioulasso, 7 pages.
5. **BARBIERI, M.**, 1991, Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde, Dossiers du CEPED N°18, 40 pages.
6. **BAUDON, D.; GALAUP, P.B.; OUEDRAOGO, L.; GAZIN, P.**, 1988, Une étude de la morbidité palustre en milieu hospitalier au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest, Hôpital de Bobo-Dioulasso, Service de Pédiatrie), in Médecine Tropicale, vol. 48, N°1, pp. 9-13.
7. **BAUDON, D.; GAZIN, P.; SANOU, J.M.; OUEDRAOGO, L.; OUEDRAOGO, I.; GUIQUEMDE, T.R.; CARNEVALE, P.**, 1986, Morbidité palustre en milieu rural au Burkina Faso: Etude de 526 accès fébriles, in Médecine d'Afrique Noire, Tome XXXIII, N°11, PP.195-197.
8. **BENASSENI, R.**,1986, La part du paludisme dans la pathologie fébrile. Evaluation d'un nouveau paramètre de surveillance épidémiologique pour la surveillance de l'endémie palustre, Thèse de Médecine, Paris, Université Paris

Nord, Faculté de Médecine Bobigny, 97 pages.

9. **BONNET, D.**, 1986, Représentations culturelles du paludisme chez les moossé du Burkina Faso, ORSTOM, Ouagadougou, 64 pages.

10. **BONNET, D.**, 1988, Corps biologique, corps social: procréation et maladies de l'enfant en pays mossi (Burkina Faso), Bondy (France), ORSTOM, 138 pages.

11. **CNLP**, 1995, Où traites-tu ton palu ? Combien dépenses-tu ? Année 2, N°4, pp . 1-4.

12. **COULIBALY, A.; GBARY, R.; LE BRAS, J., et REY, J. L.**, 1989, Utilisation des systèmes de santé moderne et traditionnel en zone rurale ivoirienne, in Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale, 69, pp. 331-336.

13. **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, Burkina Faso, Thèse Doctorat, N°07, 141 pages, Résumé, Bibliog., Annexes.

14. **DACHER, M.**, 1990, Les représentations de la maladie chez les Goin du Burkina Faso, ORSTOM, Ouagadougou, 98 pages.

15. **DACHER, M.**, 1992, Prix des épouses, valeur des soeurs; suivi dans les représentations de la maladie: deux études sur la société Goin (Burkina Faso), Paris, Harmattan, 203 pages.

16. **DADJOARI, M.**, 1992, Contribution à l'évaluation de l'impact économique du paludisme chez les travailleurs d'entreprises (étude menée à l'Office de Santé des Travailleurs de Bobo-Dioulasso), Thèse Doctorat d'Etat en Médecine, N° 23, 112 pages.

17. **DAO, F.**, 1992, Evaluation du coût de la lutte antipaludique à l'échelon familial dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine (diplôme d'Etat), N°6, Université de Ouagadougou, F.S.S., 92 pages, Résumé, Bibliog., Annexes.
18. **DISTRICT SANITAIRE DE DANDE**, 1999, Plan d'action annuel 1999, Direction Régionale de la Santé de Bobo-Dioulasso, 49 pages.
19. **DISTRICT SANITAIRE DU SECTEUR 15 BOBO**, 1999, Plan d'action annuel 1999, Direction Régionale de la Santé de Bobo-Dioulasso, 74 pages.
20. **DISTRICT SANITAIRE DU SECTEUR 22**, 1999, Plan d'action annuel 1999, Direction Régionale de la Santé de Bobo-Dioulasso, 78 pages.
21. **DUBOZ, P.**, 1989, Mortalité dans l'enfance dans la région de Niangoloko, ORSTOM, Ouagadougou, 22 pages.
22. **GAZIN, P.**, 1991, Le paludisme au sud du Sahara: comparaison entre les milieux urbains et ruraux, in Cahiers Santé, 1, pp 33-38.
23. **GBARY, A.R.**, 1995, Les déterminants de l'utilisation de la chimioprophylaxie du paludisme chez la femme enceinte au Burkina Faso, Thèse Doctorat (PH. D), Université de Montréal, Faculté des Etudes Supérieures,
24. **GBARY, A.R.**, 1997, Les contraintes et les difficultés actuelles de la lutte contre le paludisme en Afrique Sub-Saharienne, in Bulletin de Liaison Document de l'OCEAC, 30, pp. 3-14.
25. **GBARY, A.R., OUEDRAOGO, J.B., GUIGUEMDE, T.R.**, 1988, Etudes

multicentriques des connaissances et des habitudes thérapeutiques dans le paludisme au niveau de trois pays ouest- africains, in Document Technique, n°9 334/88, pp. 1-7.

26. **GUIGUEMDE, T.R.**, 1995, Discours prononcé le 17 Février 1995 à la Sorbonne à l'occasion de la cérémonie officielle de remise du prix Mohamed El Fasi de Médecine Tropicale 1994, in Paludisme et Maladies infectieuses en Afrique, n° 3, pp. 36-39.

27. **INSD**, 1998, Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Burkina Faso (du 10 au 20 Décembre 1996) : Résultats définitifs, Vol. 02, Direction de la Démographie.

28. **KABORE, J.**, 1997, Caractéristiques socio-économiques des ménages et différenciation spatiale de la prévalence diarrhéique des enfants de moins de 5 ans: étude comparative entre la ville de Ouagadougou et le milieu rural du centre du Burkina Faso, Mémoire de Maîtrise Géographie, Université de Ouagadougou, F.L.A.S.H.S., 92 pages, Annexes.

29. **KINDA, B.**, 1991, Paludisme au Burkina Faso: Aspects épidémiologiques, morbidité, mortalité, Université Bordeaux II, 115 pages.

30. **KWADWO ASENSO-OKYERE, W.**, 1994, Les gens et leur santé: L'importance des facteurs socio-économiques dans la lutte antipaludique, in Forum Mondial de la Santé, 15, N°3, pp. 281-284.

31. **LARIVIERE, M.**, 1989, Le paludisme, in L'enfant en Milieu Tropical, 178, pp. 5-9.

32. **Paul Robert**, 1986, Dictionnaire le petit Robert 1, 2171 pages.

33. **LASKER, J.N.**, 1981, Choosing among therapies: Illness behavior in the Ivory-Coast, in Soc. Sci. Med., 15 A:157-168.

34. **MEDA, G.R.**, 1990, Etude de l'utilisation des antipaludiques dans la ville de Ouagadougou, Thèse Doctorat en Médecine, N°21 Université de Ouagadougou, ESSSA.
35. **MINISTERE DE LA SANTE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE**, 1993b, Programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso, Ouagadougou.
36. **MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION**, 1996, Statistiques sanitaires, Ouagadougou , Burkina Faso, 113 pages.
37. **MULUMBA, M.P., WERY, M.; NGIMBI, N.N.; PALUKU, K.; VAN DER STUYFT, P.; DE MUYNCK, A.**, 1990, Le paludisme de l'enfant à Kinshasa (Zaïre): Influence des saisons, de l'âge, de l'environnement et du standing familial, in Médecine Tropicale, vol. 50, N°1, pp. 53-64.
38. **ONGORE, D.; KAMUNVI, F.; KNIGHT, R. and MINAWA, A.**, 1989, A study of knowledge, attitudes and practices.
39. **OUEDRAOGO, B.**, 1997, Etude du milieu: Données préliminaires existantes, O.C.C.G.E., Centre Muraz, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), 159 pages.
40. **OUEDRAOGO, H.**,1998, Etude de la chimio-sensibilité in vivo/ in vitro de plasmodium falciparum à la chloroquine et à la sulfadoxine- pyriméthamine en milieu urbain de Bobo-Dioulasso en 1997, Thèse Doctorat d'Etat en Medecine, n° 29, F.S.S., U.O., BF, 126 pages.
41. **RAYMOND, QUIVY; CAMPENHOUDT, L. V.**, 1988, Manuel de Recherche en Sciences Sociales, Bordas, Paris, 272 pages.

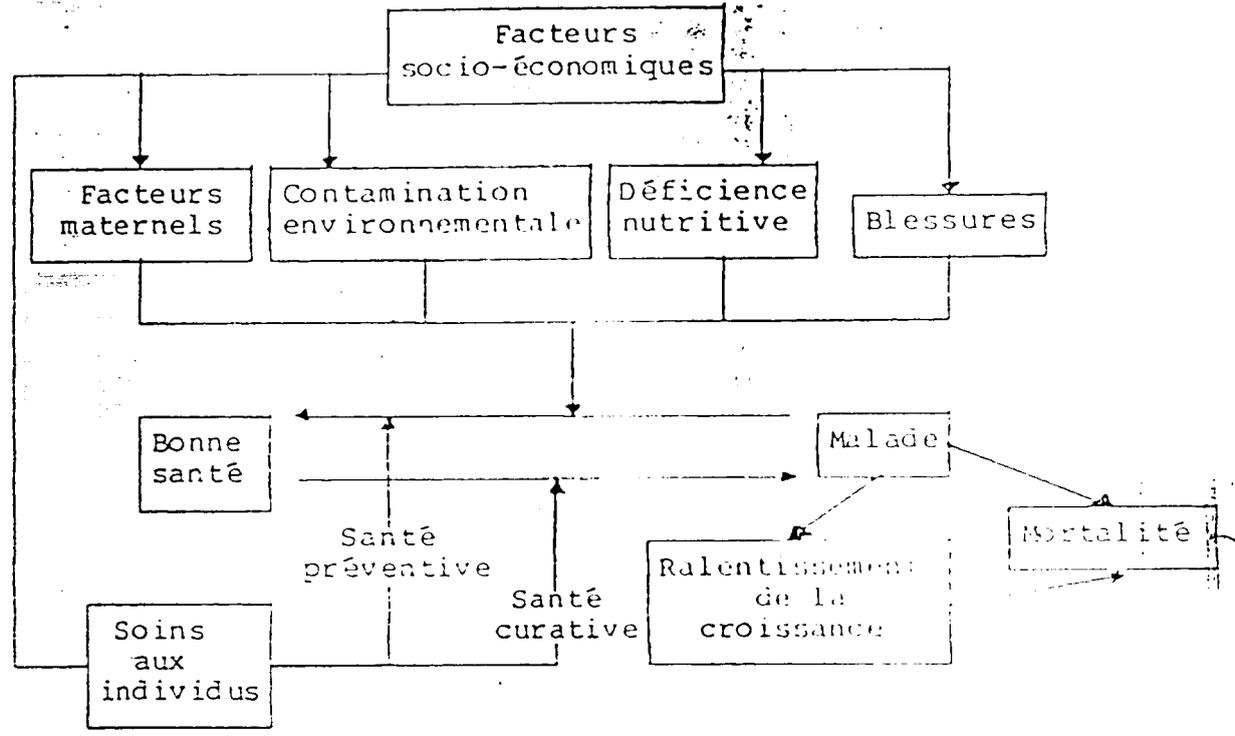
42. **ROGER, M.**, 1992, Sumaya dans la région de Sikasso: Une entité en évolution, in Se Soigner au Mali, Karthala, ORSTOM, Paris, pp. 83-125.
43. **SERI, L.**, 1996, Analyse du comportement des mères face à l'enfant malade du paludisme (cas du département de Gassan, province du Sourou), Mémoire de Maîtrise Sociologie, Université de Ouagadougou, F.L.A.S.H.S., 94 pages.
44. **SOMBIE, I.**;1994, Etudes des connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière de paludisme dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), Thèse Doctorat en Médecine (Diplôme d'Etat), N°3, Université de Ouagadougou, F.S.S., 82 pages, Annexes, Serment d'Hippocrate, Résumé.
45. **TRAORE, B.**, 1993, Le mal et son mode de transmission selon les tradipraticiens de Bobo-Dioulasso, Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université de Ouagadougou, F.L.A.S.H.S., 86 pages.
46. **YENENEH, H.; GYORKOS, T.W.; JOSEPH, L.; PICKERING, J. and TEDLA, S.**, 1993, Antimalarial drug utilisation by women in Ethiopia : A knowledge, attitudes-practice study, Bull. WHO, 71(6): 712-763.
47. **ZANDU, A., MALENGREAU, M., WERY, M.**, 1991, Pratiques et dépenses pour la protection contre les moustiques dans les ménages à Kinshasa, Zaïre, in Annales de la Société Belge Médecine Tropicale, 71, pp. 259-266.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CADRES CONCEPTUELS DE REFERENCE

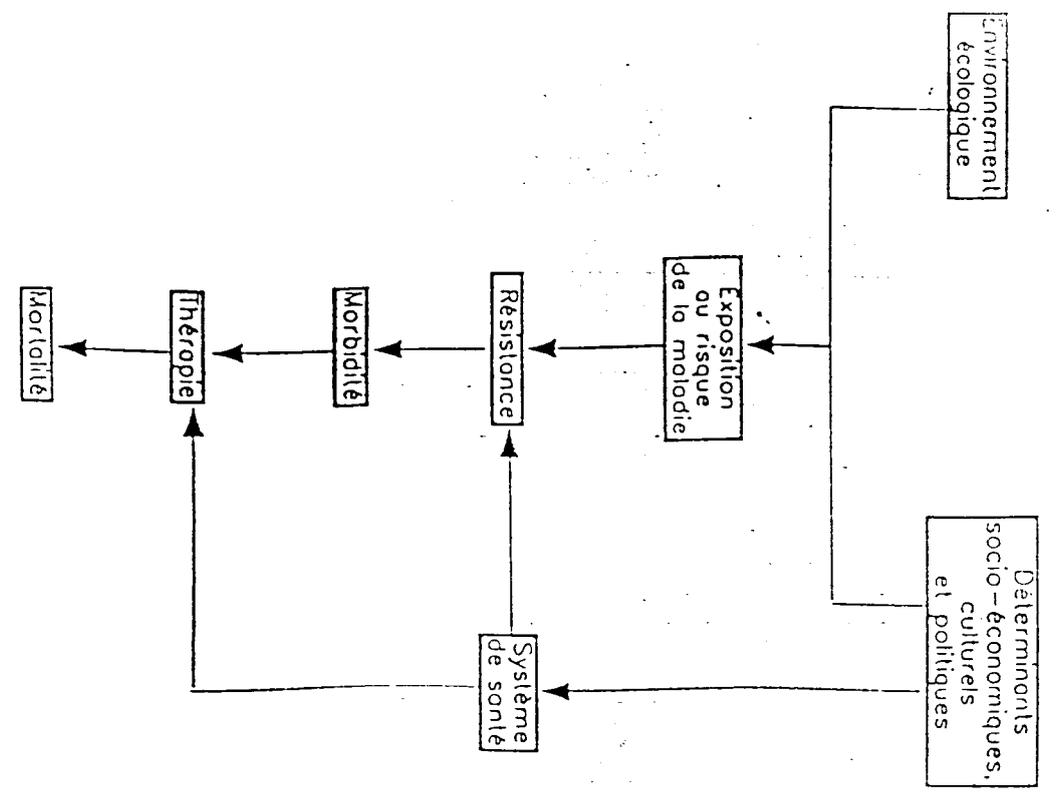
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Figure 1 :
 Fonctionnement des cinq groupes des facteurs intermédiaires
 ("proximate determinants") sur la dynamique de santé d'une population
 (Modèle Mosley-Chen)



Source : Mosley et Chen 1984 : 29

Figure 2. Le modèle de Mosley et Chen modifié



FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE MENAGE

IDENTIFICATION

Fiche n°: / _ / _ / _ /

Date de l'interview: / _ / _ / _ / _ / _ /

Nom de l'enquêteur..... Province.....

Département..... Village ou secteur.....

Zone..... F.S. de référence.....

Nom et prénom(s) de la personne interrogée.....

Nom et prénom(s) du chef de ménage.....

Sexe: masculin.....1 féminin.....2

Age en années complètes: / _ / _ / . Activité principale.....

N° Concession: / _ / _ / _ / N° ménage: / _ / _ / _ /

Nombre de résidents dans le ménage:

Hommes	Femmes	Total

Langue de l'interview.....

I-CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DE LA PERSONNE INTERROGEE (MERE)

101- Quel est votre âge? / _ / _ / .

102- Quel est votre sexe? Masculin.....1 féminin.....2

103- Quel est votre niveau d'instruction?	
-aucun niveau.....	1
-primaire.....	2
-secondaire:	
-1er cycle.....	3
-2nd cycle.....	4
-supérieur.....	5
-école coranique.....	6
-école médersa.....	7
-alphabétisation en langues nationales (préciser).....	8
-C.F.J.A.....	9
-autre(s) (préciser).....	10

104- Quelle est votre religion?	
-Animiste.....	1
-Catholique.....	2
-Protestant(e).....	3
-Musulman(e).....	4
-Autre(s) (préciser).....	5

105- Quelle est votre nationalité?.....

106- Si Burkinabè,quelle est votre ethnie?	
- Bobo.....	1
-Bwa.....	2
-Dafing.....	3
-Dioula.....	4
-Gouin.....	5
-Gourmantché.....	6
-Lobi-Dagara.....	7
-Mossi.....	8
-Samo.....	9
-Sénoufo.....	10
-autre(s) (préciser).....	11

107- Quel est votre statut matrimonial?	
-Marié monogame.....	1
-Marié polygame.....	2; 3; 4
-Veuf (ve).....	5
-Divorcé ou séparé.....	6
Célibataire.....	7

108- Quelle est votre activité principale?	
-Aucune.....	1
-Agriculture.....	2
-Elevage.....	3
-Artisanat.....	4
-Commerce.....	5
-Pêche.....	6
-Fonctionnaire.....	7

-Autre(s) (préciser).....8

109- Fréquentez-vous régulièrement votre formation sanitaire?
 -oui.....1
 -non.....0

110- Si non, pourquoi?
 (Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-trop éloignée.....	0	1
-mauvais accueil.....	0	1
-temps d'attente long.....	0	1
-Absence problèmes santé.....	0	1
-coût services élevé.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1

II- CONNAISSANCE DU PALUDISME

201- Connaissez- vous une maladie appelée paludisme?
 -oui.....1
 -non.....0
 -ne sait pas.....9

202- Quel est son nom local?
 -nom local
 -ne sait pas.....9

203- Le paludisme porte t-il le même nom chez les enfants et chez les adultes?
 -oui.....1
 -non.....2
 -ne sait pas.....9

204- Si non, préciser:
 -nom chez les enfants:.....
 -nom chez les adultes:.....

205- Le paludisme porte t-il le même nom en saison sèche qu'en saison pluvieuse?
 -oui.....1
 -non.....2
 -ne sait pas.....9

206- Si non, préciser:
 -nom en saison sèche:.....
 -nom en saison pluvieuse.....
 -ne sait pas.....9

207- Selon vous en quelle saison le paludisme est fréquent?
 -en saison sèche.....1

-en saison des pluies.....	2
-en toute saison.....	3
-ne sait pas.....	9

208- D'après vous qu'est-ce qui donne le paludisme?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-alimentation inappropriée (préciser).....	0	1
-les coups de soleil.....	0	1
-les moustiques.....	0	1
-Dieu.....	0	1
-les saletés autour de la maison.....	0	1
-les sorciers.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1

209- A quels signes reconnaissez-vous le paludisme?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-fièvre.....	0	1
-frissons.....	0	1
-céphalées.....	0	1
-vomissements.....	0	1
-courbatures.....	0	1
-convulsions.....	0	1
-jaunisse.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1

210- Pensez- vous que le paludisme est une maladie grave?

-oui.....	1
-non.....	0
-ne sait pas.....	9

211- Chez quelles personnes le paludisme est le plus grave?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-femmes enceintes.....	0	1
-enfants.....	0	1
-autres adultes.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1
-ne sait pas.....	0	1

III- MESURES DE PREVENTION DU PALUDISME

301- Peut-on éviter d'attraper le paludisme?

-oui.....	1
-non.....	0
-ne sait pas.....	9

302- Si non ,pourquoi?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-pas de moyens de protection.....	1	
-maladie donnée par Dieu.....	2	
-maladie donnée par les sorciers.....	3	
-autre(s) (préciser).....	4	

303- Si oui, comment peut-on éviter le paludisme?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-moustiquaire simple.....	0	1
-moustiquaire imprégnée.....	0	1
-moustiquo.....	0	1
-bombes aérosol d'insecticides.....	0	1
-crème anti-moustiques.....	0	1
-régime alimentaire.....	0	1
-prise de médicaments (préciser).....	0	1
-autre(s) comportement(s) (préciser).....	0	1

304- Donnez-vous des médicaments à vos enfants de moins de 5 ans pour les protéger contre le paludisme?

-oui.....	1	
-non.....	0	

305- Si médicament(s) quel(s) type(s)?

-moderne.....	1	
-traditionnel.....	2	

306- Si type moderne, quel(s) médicament(s) moderne(s) donnez-vous à vos enfants de moins de cinq ans pour éviter qu'ils attrapent le paludisme?

-chloroquine(nivaquine).....	0	1
-flavoquine.....	0	1
-quinine.....	0	1
-fansidar.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1

307- Quel(s) médicament(s) utilisez-vous également pour éviter que vos enfants de moins de cinq ans n'attrapent le paludisme?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-feuilles.....	0	1
-racines.....	0	1
-écorces.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1
*nom de la plante utilisée.....		

308- Quelles sont les méthodes d'utilisation de ces médicaments traditionnels?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-décoction à boire (boissons).....	0	1
-décoction pour se laver (bains).....	0	1
-application sur la peau.....	0	1
-fumigation.....	0	1

autre(s) (préciser).....	0	1
309- En plus des médicaments que faites-vous pour protéger vos enfants de moins de cinq ans contre le paludisme?		
-citer:.....		
.....		
310- Qui prend la décision de protéger vos enfants de moins de cinq ans contre le paludisme?		
-Mari.....	1	
-Epoque.....	2	
-Les deux.....	3	
-Autre(s) (préciser).....	4	
311- Avez-vous reçu des informations au sujet de la prévention du paludisme?		
-oui.....	1	
-non.....	0	
-ne sait pas.....	9	
312- Si oui, sources?		
(Encercler les codes de tout ce qui est cité)		
-radio/ télé.....	0	1
-presse écrite.....	0	1
-personnel de santé.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1

IV- TRAITEMENT DU PALUDISME (ITINERAIRES THERAPEUTIQUES)

401- D'après vous le paludisme peut-il provoquer un décès?		
-oui.....	1	
-non.....	0	
-ne sait pas.....	9	
402- Diriez-vous que l'on peut guérir le paludisme?		
-oui.....	1	
-non.....	0	
-ne sait pas.....	9	
403- Si oui, par quels moyens peut-on guérir le paludisme?		
(Encercler les codes de tout ce qui est cité)		
-médicaments modernes (préciser).....	1	
-médicaments traditionnels (préciser).....	2	
-autre(s) moyen(s) (préciser).....	3	
4. Que faites-vous si vous pensez que vos enfants de moins de cinq ans ont le paludisme?		

*Traitement à la maison:

-oui (préciser médicament(s))..... 1
-non..... 0

*Consultation médicale (agent de santé, dispensaire, hôpital...):
-oui..... 1
-non..... 0

*Consultation chez un guérisseur:
-oui..... 1
-non..... 0

*Autre(s) (préciser).....

405- Qui prend la décision du traitement de vos enfants de moins de cinq ans en cas de paludisme?
-Mari..... 1
-Epouse..... 2
-Les deux..... 3
Autre(s) (préciser)..... 4

406- Combien d'enfants de moins de cinq (5) ans se trouvent actuellement dans le ménage?
Nombre: / _ / _ /

407- Combien de vos enfants de moins de cinq (5) ans ont-ils souffert de paludisme au cours des 12 derniers mois?
Nombre: / _ / _ /

Enfants	Sexe	Age	Nombre d'accès palustres
1er enfant			
2è enfant			
3è enfant			

408- Si au moins 1 enfant a souffert du paludisme, l'avez-vous amené dans une formation sanitaire?
-oui..... 1
-non..... 0

409- Si non, quel traitement leur avez-vous administré à la maison?

*Médicaments modernes (préciser):
-chloroquine (nivaquine)..... 1
-flavoquine..... 2
-quinine..... 3
-fansidar..... 4

*Médicaments traditionnels (préciser):

-décoction pour se laver..... 1

-type de recette:

-feuilles.....	1
-écorces.....	2
-racines.....	3
-autre(s) (préciser).....	4

nom de la plante utilisée:.....

-décoction à boire..... 2

-type de recette:

-feuilles.....	1
-écorces.....	2
-racines.....	3
-autre(s) (préciser).....	4

-nom de la plante utilisée.....

*Autre(s) (préciser).....

410- Pourquoi vous ne l'avez pas amené dans une formation sanitaire?

(Encercler les codes de tout ce qui est cité)

-trop éloignée.....	0	1
-mauvais accueil.....	0	1
-temps d'attente long.....	0	1
-coût services élevé.....	0	1
-autre(s) (préciser).....	0	1

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE COLLABORATION.

ANNEXE 3 : TABLEAUX

Tableau : I.1. Précipitations et températures moyennes de la province du

Houet en 1996

Mois	Précipitations (mm)	Températures (°c)
Janvier	0	27,77
Février	3,2	29,55
Mars	21,5	30,90
Avril	78,2	30,28
Mai	118,1	28,80
Juin	126,6	26,79
Juillet	131,8	25,84
Août	230,1	25,10
Septembre	154,0	25,45
Octobre	35,9	27,41
Novembre	0	27,05
Décembre	0	26,69
Total	899,4	Moyenne : 27,63

Source : Direction de la météorologie Bobo-Dioulasso

Tableau : III.1. Nom local du paludisme en milieux urbain et rural

Nom local	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Sabga	14	2
Soumaya	60	80
Weogo	16	10
Zaô	10	8
Total (effectifs)	100	100

Tableau : III.2. Répartition des causes du paludisme selon le milieu de résidence

Causes	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Alimentation inappropriée	14	4
Coups de soleil	8	2
Moustiques	52	14
Saletés autour de la maison	6	1
Eaux sales (stagnantes)	10	7
Humidité (froid)	4	29
Mangues	15	11
Pluie	15	19
Autres	11	7
Total (effectifs)	100	100

Tableau : III.3. Fréquence du paludisme selon les saisons

Saisons	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Saison sèche	21	13
Saison des pluies	77	85
Toute saison	2	2
Total (effectifs)	100	100

Tableau : III.4. Répartition des symptômes du paludisme selon le milieu de résidence

Symptômes	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Fièvre	74	58
Frissons	7	5
Céphalées	23	9
Vomissements	57	28
Courbatures	11	6
Manque d'appétit	13	4
Urines jaunes	12	9
Yeux jaunes	18	40
Autres	26	10
Total (effectifs)	100	100

Tableau : III.5. Répartition des symptômes du paludisme et instruction de la mère

Symptômes	Aucun		Primaire et plus	
	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Fièvre	67,1	50,6	91,3	77,7
Frissons	7,4	5,4	8,6	3,7
Céphalées	17,9	9,5	35,2	7,4
Vomissements	53,7	23,2	58,7	40,7
Courbatures	5,9	9,5	23,6	3,7
Manque d'appétit	14,9	5,4	13,0	0
Urines jaunes	14,9	8,2	8,6	11,1
Yeux jaunes	17,9	34,2	26,0	55,5
Autres	29,8	15,0	26,0	7,4
Total (effectifs)	67	73	33	27

Tableau : III.6. Répartition des symptômes du paludisme et activité de la mère

Symptômes	Agricultrice		Commerçante		Ménagère	
	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Fièvre	0	58,7	100	0	72,0	56,7
Frissons	0	4,7	0	0	7,5	5,4
Céphalées	0	11,1	14,2	0	23,6	5,4
Vomissements	0	19,0	71,4	0	55,9	43,2
Courbatures	0	7,9	14,2	0	10,7	2,7
Manque d'appétit	0	0	57,1	0	9,6	10,8
Urines jaunes	0	7,9	57,1	0	8,6	10,8
Yeux jaunes	0	39,6	57,1	0	17,2	40,5
Autres	0	7,9	0	0	27,9	13,5
Total (effectifs)	0	63	7	0	93	37

Tableau : III.7. Répartition des symptômes du paludisme et âge de la mère

Symptômes	15-24		25-34		35 ans et plus	
	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Fièvre	71,0	50	81,8	60	61,1	70,5
Frissons	13,1	10,5	4,5	2,2	0	0
Céphalées	21,0	10,5	25	8,8	22,2	5,8
Vomissements	47,3	26,3	61,3	31,1	66,6	23,5
Courbatures	7,8	7,8	11,3	2,2	16,6	11,7
Manque d'appétit	26,3	5,2	6,8	4,4	0	0
Urines jaunes	10,5	5,2	18,1	15,5	0	0
Yeux jaunes	15,7	26,3	27,2	55,5	0	29,4
Autres symptômes	44,7	15,7	20,4	8,8	0	0
Total (effectifs)	38	38	44	45	18	17

Tableau : III.8. Répartition des causes du paludisme et instruction de la mère

Causes	Aucun		Primaire et plus	
	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Alimentation inappropriée	17,9	5,4	8,6	0
Coups de soleil	10,4	2,7	4,3	0
Moustiques	32,8	15,0	93,4	11,1
Saletés autour concession	8,9	1,3	0	0
Eaux sales (stagnantes)	14,9	9,5	0	0
Humidité (froid)	5,9	26,0	0	37,0
Mangues	19,4	12,3	8,6	7,4
Pluie	22,3	20,5	0	14,8
Autres	14,9	9,5	0	0
Total (effectifs)	67	73	33	27

Tableau : III.9. Répartition des causes du paludisme et activité de la mère

Causes	Agricultrice		Commerçante		Ménagère	
	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Alimentation inappropriée	0	0	0	0	15,0	10,8
Coups de soleil	0	0	0	0	8,6	5,4
Moustiques	0	9,5	100	0	48,3	21,6
Saletés autour concession	0	.	0	0	6,4	2,7
Eaux sales (stagnantes)	0	11,1	0	0	10,7	0
Humidité (froid)	0	31,7	0	0	4,3	24,3
Mangues	0	17,4	0	0	16,1	0
Pluie	0	23,8	0	0	16,1	0
Autres	0	6,3	0	0	11,8	8,1
Total (effectifs)	0	63	7	0	93	37

Tableau :III.10. Répartition des causes du paludisme et âge de la mère

Causes	15-24		25-34		35 ans et plus	
	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Alimentation inappropriée	15,7	10,5	11,3	0	16,6	0
Coups de soleil	7,8	2,6	6,8	0	0	0
Moustiques	52,6	13,1	54,5	15,5	44,4	11,7
Saletés autour concession	0	0	9,0	2,2	11,1	0
Eaux sales (stagnantes)	10,5	5,2	4,5	8,8	22,2	5,8
Humidité (froid)	10,5	26,3	0	26,6	0	41,1
Mangues	15,7	10,5	20,4	15,5	0	0
Pluie	23,6	28,9	13,6	17,7	0	0
Autres	0	13,7	0	0	0	0
Total (effectifs)	38	38	44	45	18	17

Tableau : III.11. Enfants de moins de cinq ans souffert du paludisme au cours des douze (12) derniers mois selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Enfants de moins de cinq ans	Enfants de moins de cinq ans souffert du paludisme	Taux de prévalence (%)
Milieu urbain	140	96	68,5
Milieu rural	165	136	82,4
Total	305	232	75,4

Tableau : III.12. Manifestation du paludisme selon l'âge et le milieu de résidence de l'enfant

Age	Milieu urbain		Milieu rural	
	effectifs	%	effectifs	%
0-4 mois	1	1,0	0	0
5-9 mois	6	6,2	9	6,6
10-1 an	29	30,2	38	28
2-4 ans	60	62,5	89	65,4
Total	96		136	

Tableau : III.13. Manifestation du paludisme selon le sexe et le milieu de résidence de l'enfant

Sexe	Milieu urbain		Milieu rural	
	effectifs	%	Effectifs	%
Masculin	48	50	61	44,8
Féminin	48	50	75	55,1
Total	96		136	

Tableau : IV.1. Répartition des moyens de prévention du paludisme en milieux urbain et rural

Moyens de prévention	Milieu urbain (%)	Milieu rural (%)
Moustiquaire simple	21	13
Moustiquaire imprégnée	19	0
Serpentins (moustiquo)	17	7
Bombes aérosols d'insecticides	27	0
Prise de médicaments	46	27
Autres comportements	28	13
Effectifs	100	100

Tableau : IV.2. Protection des enfants de moins de cinq ans contre le paludisme en milieux urbain et rural

Milieux	Effectifs	%
Milieu urbain	100	75
Milieu rural	100	31
Total	200	

Tableau : IV.3. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et activité du chef de ménage

Activité	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Agriculteur	20	75	100	31
Artisan	12	66,6	0	0
Commerçant	45	73,3	0	0
Fonctionnaire	23	82,6	0	0
Total	100		100	

Tableau : IV.4. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et sexe du chef de ménage

Sexe	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Masculin	94	75,5	100	31
Féminin	06	66,6	0	0
Total	100		100	

Tableau : IV.5. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et taille du ménage

Taille du ménage	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
2-4	42	83,3	29	34,4
5-9	37	75,6	54	29,6
10 et plus	21	61,9	17	29,4
Total	100		100	

Tableau : IV.6. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et instruction de la mère

Niveau d'instruction	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucun	67	73,1	73	26,0
Primaire et plus	33	79,1	27	44,4
Total	100		100	

Tableau : IV.7. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et activité de la mère

Activité	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Agricultrice	0	0	63	22,2
Commerçante	7	57,1	0	0
Ménagère	93	76,3	37	45,9
Total	100		100	

Tableau : IV.9. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et état matrimonial

Etat matrimonial	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Monogame	71	73,2	76	30,2
Polygame	23	82,6	24	33,3
Veuve	6	66,6	0	0
Total	100		100	

Tableau : IV.9. Protection des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme et âge de la mère

Tranche d'âge	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
15-24	38	65,7	38	34,2
25-34	44	79,5	45	20
35 ans et plus	18	83,3	17	52,9
Total	100		100	

Tableau : V.1. Automédication et milieu de résidence

Milieux	Effectifs	%
Milieu urbain	100	82
Milieu rural	100	96
Total	200	

Tableau : V.2. Automédication et activité du chef de ménage

Activité	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Agriculteur	20	90	100	96
Artisan	12	75	0	0
Commerçant	45	82,2	0	0
Fonctionnaire	23	78,2	0	0
Total	100		100	

Tableau : V.3. Automédication et sexe du chef de ménage

Sexe	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Masculin	94	80,8	100	96
Féminin	06	100	0	0
Total	100		100	

Tableau : V.4. Automédication et taille du ménage

Taille du ménage	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
2-4	42	66,6	29	93,1
5-9	37	91,8	54	96,2
10 et plus	21	95,2	17	100
Total	100		100	

Tableau : V.5. Automédication et instruction de la mère

Niveau d'instruction	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucun	67	83,5	73	98,6
Primaire et plus	33	76,3	27	92,5
Total	100		100	

Tableau : V.6. Automédication activité de la mère

Activité	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Agricultrice	0	0	63	98,4
Commerçante	7	71,4	0	0
Ménagère	93	82,7	37	91,8
Total	100		100	

Tableau : V.7. Automédication et état matrimonial de la mère

Etat matrimonial	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Monogame	71	77,4	76	94,7
Polygame	23	91,3	24	100
Veuve	6	100	0	0
Total	100		100	

Tableau : V.8. Automédication et âge de la mère

Tranche d'âge	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
15-24	38	100	38	100
25-34	44	75	45	97,7
35 ans et plus	18	61,1	17	82,3
Total	100		100	

Tableau : V.9. Consultation médicale et milieu de résidence

Milieux	Effectifs	%
Milieu urbain (%)	100	97
Milieu rural (%)	100	89
Total	200	

Tableau : V.10. Consultation médicale et activité du chef de ménage

Activité	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Agriculteur	20	100	100	89
Artisan	12	91,6	0	0
Commerçant	45	97,7	0	0
Fonctionnaire	23	95,6	0	0
Total	100		100	

Tableau : V.11. Consultation médicale et sexe du chef de ménage

Sexe	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Masculin	94	97,8	100	89
Féminin	06	83,3	0	0
Total	100		100	

Tableau : V.I.12. Consultation médicale et taille du ménage

Taille du ménage	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
2-4	42	100	29	93,1
5-9	37	97,2	54	88,8
10 et plus	21	90,4	17	82,3
Total	100		100	

Tableau : V.13. Consultation médicale et instruction de la mère

Niveau d'instruction	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucun	67	95,5	73	87,6
Primaire et plus	33	100	27	92,5
Total	100		100	

Tableau : V.14. Consultation médicale et activité de la mère

activité	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Agricultrice	0	0	63	90,4
Commerçante	7	100	0	0
Ménagère	93	96,7	37	86,4
Total	100		100	

Tableau : V.15. Consultation médicale et état matrimonial de la mère

Etat matrimonial	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Monogame	71	98,5	76	90,7
Polygame	23	95,6	24	83,3
Veuve	6	83,3	0	0
Total	100		100	

Tableau : V.16. Consultation médicale et âge de la mère

Tranche d'âge	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectifs	%	Effectifs	%
15-24	38	94,7	38	81,5
25-34	44	97,7	45	91,1
35 ans et plus	18	100	17	100
Total	100		100	