

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE  
(UFR/SDS)

Burkina Faso

Unité - Progrès - Justice

ANNEE UNIVERSITAIRE 2000-2001

THESE n°03

**ANALYSE DES PROBLEMES DE SANTE  
ET DES ITINERAIRES DE SOINS DES POPULATIONS  
DU DISTRICT SANITAIRE DE GAOUA (Burkina Faso)**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 07 Avril 2001 pour l'obtention du

**GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

par

**BELEM Windlassida Nadine**

Née le 02 Juin 1973 à Bobo Dioulasso

**DIRECTEUR DE THESE :**

Pr. Ag. Blaise SONDO

**JURY :**

**Président :** Pr Bibiane KONE

**Membres :** Pr I. Pierre. GUISSOU

Pr. Ag. Joseph Y. DRABO

Dr. I. Boniface. OUEDRAOGO

# UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

## Unité de formation et de Recherche des Sciences de la Santé ( UFR/SDS )

### LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur de la Section Pharmacie	Pr. I. Pierre GUISSOU
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Conservateur de la Bibliothèque	M. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Directeur	Mme Habi KEITA
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta
Audiovisuel	M. Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	M. Abdoulaye BAGUYAN
Service Courrier	M. Ousmane SAWADOGO

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS AU TITRE DE L'ANNEE**

**ACADEMIQUE 2000-2001**

**ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**Professeurs titulaires**

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

**Professeurs associés**

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

**Maîtres de Conférences**

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie

Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire

**Maîtres-Assistants**

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie

Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie

**Assistants Chefs de cliniques**

T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

**Assistants associés**

Valérie MURAILLE	Galénique et Chimie-Analytique
------------------	--------------------------------

**Assistants**

Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique

Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Bernabé ZANGO	Chirurgie
L. Valerie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
P. Antoine NIAMPA	Dermatologie

Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxilo-faciale
<b>Assistants Biologistes des Hôpitaux</b>	
Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie
Issa SOME	Chimie Analytique
<b><u>ENSEIGNANTS NON PERMANENTS</u></b>	
<b><u>Faculté des Sciences et Techniques (FAST)</u></b>	
<b><u>Professeurs Titulaires</u></b>	
Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM ( in memorian )	Chimie
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie
<b><u>Maîtres de Conférences</u></b>	
Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phytopharmacie
Gustave KABRE	Biologie Générale

**Maîtres-Assistants**

W. GUENDA	Zoologie
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Raymond BELEMTOUNGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

**Assistants**

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Végétale

**Institut du Développement Rural (IDR)****Maîtres de Conférences**

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

**Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)****Maître-Assistant**

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

**Assistants**

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

**Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)****Assistants**

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

**ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mme Henriette BARY	Psychologie
Aimé OUEDRAOGO	Ophtalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie

M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU ( in mémoriam)	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie

### ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

#### A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr M. BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr B. FAYE	Pharmacologie (Dakar)

#### O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

**Mission Française de Coopération**

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique ( Grenoble / France )
Pr. M. BOIRON	Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles  
(ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr. Viviane MOES	Galénique

# DEDICACE

***A mon père et à ma mère*** : Merci pour l'éducation, pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour nous . J'espère que vous serez fiers de moi à travers ce travail.

Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

***A mon grand père***

***A mes frères et sœurs : Aline, Evariste, Gisèle, Stéphanie, Frédéric et Laetitia*** : Restons unis et déterminés à réussir.

***A Patrick Ghilat*** : ce travail est aussi le tien. Qu'il soit la récompense des nombreuses années de sacrifices et de patience. Profonde affection !

***A mon neveu Papy*** : J'espère que tu seras aussi brillant que ton homonyme. Tu ne l'as pas connu **hélas !** mais je peux t'assurer que tu dois être fier de porter son nom, tant il représentait pour nous ses étudiants et pour son entourage l'image de la compétence et de l'efficacité dans la discrétion. Pr Hilaire TIENDREBEOGO, Repose en paix.

***A la famille Tiendrebéogo*** : Les récents événements nous ont davantage rapprochés. Puissiez vous trouver en nous un réconfort. Que Dieu vous protège !

***A la famille Nanéma*** : je me suis sentie en famille auprès de vous. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amitié.

***A mes oncles et tantes***

***A mes cousins et cousines***

***A la famille Ghilat*** : Merci pour vos encouragements. Que Dieu nous garde longtemps unis.

***A mes enseignants*** de l' Ecole Nouvelle de Bobo, du Groupe scolaire du plateau, du Collège de Jeunes Filles de Loumbila, du Collège De La Salle, de la Faculté des Sciences de la Santé : pour la formation et l'éducation reçues.

***A mes amis*** :Lydie et Ousmane Ouédraogo ; Alimata et Elie Kabré, Mamata Tiendrebéogo, Josiane Sanou.

***A mes camarades de la FSS***: Mireille, Adama, Flavien, Mathurin, Philippe, Hyacinthe, Seydou, Emmanuel O.,

Emmanuel S, Eustache, Philibert et à tous mes promotionnaires:  
Bon courage pour la suite et gardons le contact.

***A mes aînés de la FSS :*** Charlemagne Ouédraogo, Adama  
Zigani, Ali Sié, Yobi Sawadogo, Francine Ouédraogo, Hervé Tiéno,  
Fla Koéta, Djénéba Ouédraogo, Gilbert Bonkougou.

***Aux populations de la province du Poni :*** Ce travail est pour  
vous. J'espère vivement qu'il contribuera à améliorer vos  
conditions de vie.

# REMERCIEMENTS

**A PLAN International** pour avoir bien voulu mettre à notre disposition les moyens financiers et logistiques pour la réalisation de ce travail.

**A Dr Franck TANKOANO** Coordonnateur du Programme Santé de PLAN International Burkina Faso . Ce fut un honneur et un plaisir de travailler avec vous. **Merci** pour tout.

**A Dr Bernabé YAMEOGO** et **M Sibiri MILLOGO** du bureau de Plan International GAOUA qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de la collecte de données. Je vous suis infiniment reconnaissante.

**A Dr DA Sté Alain**, Médecin Chef du District Sanitaire de Gaoua pour son aide précieuse.

**A M Yacouba YARO** pour ses conseils et ses encouragements.

**A L'équipe des enquêteurs** pour le dynamisme et le dévouement lors de la collecte des données.

A **Dr F. KINTIN** du Projet SIDA 2 et à **M LINGANI** pour l'aide précieuse lors du traitement des données.

A toute l'équipe de **M Yimian A. KABORE** pour l'analyse des données.

A **Mmes Evelyne YETTA** et **Clémence NION** pour le travail de secrétariat.

A **Dr Mounio OUEDRAOGO** pour sa contribution.

A **Dr Laurent SOME** pour ses conseils

**Au personnel du CHNYO** en particulier de la Maternité, de la Médecine B, des Urgences Médicales et de la Cardiologie qui ont tant contribué à notre formation.

A **tous les Médecins** qui nous ont encadrée sur nos différents terrains de stage.

**A NOS MAITRES ET JUGES**

**A notre Maître et Présidente de Jury, Le Professeur Bibiane KONE**

Professeur Titulaire de Chaire de Gynécologie Obstétrique

Chef du département de Gynécologie Obstétrique de l'UFR / SDS

Chef du Service de Gynécologie Obstétrique du CHNYO

Présidente de la CRESAR

Chère Maître, Merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre Thèse. Votre force de caractère et votre rigueur dans le travail ont toujours suscité en nous respect et admiration. Pour tout ce que vous avez fait pour nous, soyez remerciée. Que Dieu vous bénisse, vous et vos enfants.

**A notre Maître et Directeur de thèse, Le Professeur Blaise SONDO**

Maître de Conférences Agrégé de Santé publique

Chef du département de Santé publique de l'UFR / SDS

Directeur de l'Institut de Recherches en Sciences de la Santé

Nous vous sommes reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. C'est avec appréhension que nous vous avons approché mais nous avons été agréablement surprise par vos qualités humaines. Nous avons apprécié votre rigueur au travail et votre modestie. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre Maître , Le Professeur Youssoufou Joseph DRABO**

Maître de Conférences Agrégé de Médecine Interne/ Endocrinologie

Directeur Adjoint de l'UFR / SDS

Responsable des stages de la section Médecine

Chef du Service de Médecine Interne du CHNYO

Nous vous disons Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre grande disponibilité, votre simplicité et votre grande culture médicale font de vous un Maître admiré de ses étudiants.

Sincères remerciements

**A notre Maître , Le Docteur Issa Boniface OUEDRAOGO**

Médecin spécialiste en Santé Publique

Directeur des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé.

Malgré votre calendrier chargé, vous avez accepté de siéger dans ce jury. Nous vous en sommes reconnaissante. Nous avons eu l'occasion de vous connaître au cours des Travaux Pratiques d'Anatomie et nous avons gardé de vous un bon souvenir.

Nous espérons que ce travail vous sera utile.

Par délibération, la faculté des sciences de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

# SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>Introduction-énoncé du problème</b> .....	1
<b>Revue de la littérature</b> .....	3
<b>Objectifs de l'étude</b> .....	7
<b>Méthodologie</b> .....	8
I. Cadre de l'étude.....	8
1.1. Données géographiques.....	8
1.2. Données administratives et démographiques.....	8
1.3. Données socio-économiques.....	9
1.4. Données sanitaires.....	9
1.4.1. Couverture en infrastructures sanitaires.....	9
1.4.2. Ressources humaines.....	10
1.4.3. Approvisionnement en MEG.....	10
1.4.4. Partenaires intervenant dans le district.....	10
II. Type d'étude.....	11
III. Méthode d'échantillonnage.....	11
3.1. Unité statistique.....	11
3.2. Echantillonnage.....	11
IV. Collecte des données.....	12
4.1. Lieu de l'enquête.....	12
4.2. Instrument de collecte des données.....	12
4.3. Déroulement de l'enquête.....	13
V. Limites et biais de l'étude.....	13
VI. Traitement et exploitation des données.....	14
VII. Personnes impliquées.....	15
<b>Résultats</b> .....	16
I. Profil socio-économique de l'échantillon.....	16
1.1. Caractéristiques des membres des ménages.....	16
1.2. Taille des ménages.....	19
1.3. Groupe ethnique.....	19
1.4. Age des enquêtés.....	20
1.5. Statut matrimonial des enquêtés.....	20
1.6. Profession des enquêtés.....	21
1.7. Niveau d'instruction des enquêtés.....	21
1.8. Niveau socio économique des ménages.....	21
II. Nature des problèmes de santé des populations.....	23
2.1. Morbidité et besoins de santé.....	23
2.1.1. Morbidité des 15 jours précédant l'enquête.....	23
2.1.2. Age et sexe des malades.....	24
2.1.3. Maladies graves dans les ménages.....	24
2.1.4. Problèmes à combattre dans le village.....	25
2.1.5. Besoins de santé exprimés par les villageois.....	26
2.2. Mortalité.....	26
2.2.1. Répartition des personnes décédées selon l'âge et le sexe.....	26
2.2.2. Répartition des personnes décédées selon la cause probable de décès... ..	27
2.2.3. Répartition des personnes décédées selon l'âge et la cause probable de décès.....	28

2.2.4. Mortalité infanto-juvénile des 12 mois précédant l'enquête.....	28
2.2.5. Répartition des enfants décédés au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et la cause probable de décès.....	28
2.3. Santé de la reproduction.....	29
2.3.1. Maternité.....	29
2.3.2. Espacement des naissances.....	32
III. Impact du développement sur la santé.....	35
3.1. Opinions sur la santé des enfants.....	35
3.2. Opinions sur la santé des femmes.....	36
3.3. Opinions sur les services de santé.....	37
IV. Déterminants des problèmes de santé des populations.....	38
4.1. Assainissement de base.....	38
4.1.1. Lieu d'aisance.....	38
4.1.2. Promiscuité.....	38
4.2. Approvisionnement en eau potable.....	39
4.3. Niveau socio économique des ménages.....	39
4.3.1. Morbidité et niveau socio économique.....	39
4.3.2. Mortalité et niveau socio économique.....	40
V. Itinéraires thérapeutiques.....	40
5.1. Lieu de soins.....	40
5.1.1. Lieu de soins des malades.....	40
5.1.2. Lieu de soins en fonction du sexe.....	41
5.1.3. Lieu de soins selon la maladie.....	41
5.1.4. Lieu de soins selon la taille du ménage.....	41
5.1.5. Lieu de soins selon le niveau socio-économique.....	42
5.1.6. Lieu de soins des personnes décédées au cours des 12 mois précédents en fonction de l'âge.....	43
5.1.7. Lieu de soins des personnes décédées au cours des 12 mois précédents en fonction de la nature de la maladie.....	43
5.1.8. Lieu de soins des enfants décédés avant l'âge de 5 ans selon le sexe... ..	44
5.1.9. Lieu de soins des enfants décédés avant l'âge de 5 ans selon la nature de la maladie.....	44
5.2. Distance parcourue par les malades pour les soins.....	44
5.3. Moyen de transport utilisé par les malades.....	45
5.4. Personne soignante.....	45
5.4.1. Personne soignante des malades.....	45
5.4.2. Personne soignante des personnes décédées au cours des 12 mois précédents.....	45
5.4.3. Personne soignante des enfants décédés avant l'âge de 5 ans.....	45
5.5. Evolution de la maladie en fonction de la personne soignante.....	46
5.6. Satisfaction par rapport aux soignants.....	46
5.6.1. Personne à consulter en cas de nouvel épisode de maladie.....	46
5.6.2. Personne chez laquelle les malades ne retourneront pas .....	46
5.7. Utilisation du CSPS.....	46
5.8. Coût du traitement.....	48
5.8.1. Coût de la consultation.....	48
5.8.2. Coût des médicaments.....	48
5.9. Perception des populations sur les PSP.....	50
5.9.1. Connaissance de l'existence d'un PSP dans le village.....	50
5.9.2. Fréquentation du PSP.....	50

5.9.3. Acceptabilité des PSP.....	50
5.9.4. Caractéristiques de l'Agent de Santé Villageois.....	51
5.9.5. Mode de sélection de l'Agent de Santé Villageois.....	51
5.9.6. Rémunération de l'Agent de Santé Villageois.....	51
<b>Commentaires .....</b>	<b>52</b>
I. Profil socio-économique de l'échantillon.....	52
1.1. Taille des ménages .....	52
1.2. Age des enquêtés.....	52
1.3. Statut matrimonial des enquêtés.....	53
1.4. Profession des enquêtés.....	53
1.5. Niveau d'instruction des enquêtés.....	53
II. Nature des problèmes de santé des populations.....	53
2.1. Morbidité .....	53
2.1.1. Répartition des épisodes de maladies.....	54
2.1.2. Répartition des malades selon l'âge et le sexe.....	55
2.1.3. Maladies perçues comme graves dans les ménages.....	55
2.1.4. Problèmes à combattre dans le village.....	55
2.1.5. Besoins de santé dans le village.....	56
2.2. Mortalité.....	57
2.2.1. Nombre de décès des 12 mois précédents.....	57
2.2.2. Répartition des personnes décédées selon l'âge et le sexe.....	57
2.2.3. Causes présumées de décès des 12 mois précédents.....	57
2.2.4. Mortalité infanto juvénile des 12 mois précédents.....	58
2.2.5. Répartition des enfants décédés au cours des 12 mois précédents selon l'âge et le sexe.....	58
2.3. Santé de la reproduction.....	59
2.3.1. Maternité.....	59
2.3.2. Espacement des naissances .....	61
III. Impact du développement sur la santé.....	63
3.1. Opinions sur la santé des enfants.....	63
3.2. Opinions sur la santé des femmes.....	63
3.3. Opinions sur les services de santé .....	64
IV. Déterminants des problèmes de santé des populations.....	65
4.1. Assainissement de base.....	65
4.2. Approvisionnement en eau potable.....	65
4.3. Niveau socio économique.....	66
V. Itinéraires thérapeutiques .....	67
5.1. Lieu de soins.....	67
5.1.1. Lieu de soins des malades.....	67
5.1.2. Lieu de soins en fonction du sexe.....	67
5.1.3. Lieu de soins selon la nature de la maladie.....	68
5.1.4. Lieu de soins des personnes décédées au cours des 12 mois précédents.....	68
5.1.5. Lieu de soins des enfants décédés avant l'âge de 5 ans.....	69
5.2. Evolution de la maladie selon le soignant.....	69
5.3. Satisfaction par rapport au soignant.....	69
5.4. Utilisation du CSPS.....	70
5.5. Coût du traitement.....	71
5.6. Comportement par rapport au PSP.....	72

5.6.1. Fréquentation des PSP.....	72
5.6.2. Acceptabilité des PSP.....	72
<b>Conclusion.....</b>	<b>73</b>
<b>Suggestions.....</b>	<b>75</b>

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>ASV :</b>	Agent de Santé Villageois
<b>BASP :</b>	Bureau d'Appui à la Santé Publique
<b>CHR :</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CM :</b>	Centre Médical
<b>CMA :</b>	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
<b>CSPS :</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>ECD :</b>	Equipe Cadre de District
<b>GTZ :</b>	Service de cooperation technique allemande
<b>IEC :</b>	Information Education Communication
<b>INSD :</b>	Institut National de la Statistique et de le Démographie
<b>IRA :</b>	Infection Respiratoire Aiguë
<b>MEG :</b>	Médicament Essentiel Générique
<b>PNUD :</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PDSN :</b>	Projet Développement, Santé et Nutrition
<b>PEV :</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PSP :</b>	Poste de Santé Primaire
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>VIH :</b>	Virus de l'Immuno déficience Humaine

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Répartition de la population d'enquête selon le groupe ethnique	19
<b>Figure 2</b> : Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe	20
<b>Figure 3</b> : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial	20
<b>Figure 4</b> : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction	21
<b>Figure 5</b> : Répartition des enquêtés selon le niveau socio économique	22
<b>Figure 6</b> : Répartition des malades des 15 jours précédents selon l'âge et le sexe	24
<b>Figure 7</b> : Répartition des personnes décédées au cours des 12 mois précédents selon l'âge et le sexe	27
<b>Figure 8</b> : Répartition des femmes interrogées selon la parité	29
<b>Figure 9</b> : Répartition des enfants décédés de moins de 5 ans selon l'âge et le sexe	31
<b>Figure 10</b> : Répartition des enfants de 0 à 5 ans selon les causes présumées de décès	32
<b>Figure 11</b> : Nombre d'enfants supplémentaires désiré en fonction de l'âge (hommes)	32
<b>Figure 12</b> : Nombre d'enfants supplémentaires désiré en fonction de l'âge (femmes)	33
<b>Figure 13</b> : Raisons de non amélioration de la santé des enfants	35
<b>Figure 14</b> : Raisons de non amélioration de la santé des femmes	36
<b>Figure 15</b> : Répartition des malades des 15 jours précédents selon le lieu de soins	40
<b>Figure 16</b> : Répartition des malades des 15 jours précédents selon la distance Parcourue pour les soins	44
<b>Figure 17</b> : Fréquentation des centres de santé en fonction de la distance village – formation sanitaire	47
<b>Figure 18</b> : Répartition des malades des 15 jours précédents selon le coût de la consultation	48
<b>Figure 19</b> : Dépenses en médicaments des malades des 15 jours précédents	49
<b>Figure 20</b> : Coût du traitement des malades des 15 jours précédents, selon le soignant	50

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Villages tirés au sort pour l'enquête	16
<b>Tableau II</b> : Répartition des membres des ménages selon l'âge et le sexe	17
<b>Tableau III</b> : Répartition des membres des ménages selon l'activité économique	18
<b>Tableau IV</b> : Répartition selon le nombre de personnes par pièce à coucher	18
<b>Tableau V</b> : Répartition selon le nombre de personnes par ménage	19
<b>Tableau VI</b> : Répartition des symptômes des 15 jours précédents	23
<b>Tableau VII</b> : Maladies perçues comme graves	25
<b>Tableau VIII</b> : Problèmes à combattre dans le village	25
<b>Tableau IX</b> : Besoins de santé des populations	26
<b>Tableau X</b> : Causes probables de décès des 12 mois précédents	27
<b>Tableau XI</b> : Connaissances, attitudes et pratiques contraceptives	34
<b>Tableau XII</b> : Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives	34
<b>Tableau XIII</b> : Lieu de soins selon la taille du ménage	42
<b>Tableau XIV</b> : Lieu de soins selon le niveau socio économique	43

# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION - ENONCE DU PROBLEME**

Le Burkina Faso, pays en développement a souscrit depuis 1979 à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaires dans le but de résoudre ses nombreux problèmes de santé. Le pays a en outre participé à la mise en place de l'Initiative de Bamako, stratégie de renforcement des soins de santé primaires, dont la mise en œuvre a effectivement commencé en 1993, et dont l'objectif principal est de rendre les soins accessibles à tous et à moindre coût.

Mais, force est de constater que depuis 1986, on assiste à une baisse de la fréquentation des services de santé, baisse constatée dans toutes les régions sanitaires et principalement dans les zones rurales et pauvres.[42]

Pourquoi cette situation malgré les investissements opérés dans le domaine de la santé ?. C'est pour répondre à cette question que nous avons mené une étude dans le district sanitaire de Gaoua , classé parmi les districts à faible taux de fréquentation : 10 % environ par rapport à un taux national de 40,8 % [17].

Cette situation est d'autant plus paradoxale que ce district bénéficie de l'appui de plusieurs Organisations Non Gouvernementales dont PLAN International qui intervient dans différents domaines tels que la construction et l'équipement de dispensaires, de maternités, de CSPS, de dépôts de MEG, et la formation des leaders d'opinions, de volontaires communautaires, d'agents de santé villageois (ASV) dans différents domaines tels que l'excision, la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles ( MST )et le SIDA...

Quels sont alors les facteurs qui déterminent cette situation de faible fréquentation ?

Quelle est la nature des problèmes de santé des populations ?

Quel est l'itinéraire de résolution de ces problèmes ?

Telles sont les questions auxquelles nous voulons répondre à travers cette étude que nous avons menée.

**REVUE DE LA LITTÉRATURE**

La politique sanitaire du Burkina Faso est basée sur le développement des soins de santé primaires et a pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé des communautés. Mais la situation sanitaire demeure préoccupante à en juger par les principaux indicateurs de base en matière de santé [1,4].

Un problème de santé se définit comme étant un écart entre ce qui devrait être et ce qui est en matière de santé, que ce soit au niveau de l'individu qu'au niveau de la communauté. Dans la recherche de solutions à ces problèmes de santé qui sont dans la plupart des cas des maladies ou des situations susceptibles de conduire à la maladie, il faut distinguer plusieurs étapes que nous regroupons sous le nom d'itinéraire thérapeutique. Il se décompose en quatre étapes qui sont :

- l'émergence d'un besoin de santé,
- l'émergence d'un besoin de service,
- l'évaluation des alternatives de services et
- l'utilisation proprement dite [54].

L'itinéraire thérapeutique est fonction de la motivation de l'individu (volonté de l'individu qui souffre de se faire soigner ou de prévenir). Il tient compte de la confiance de la population face au système de santé d'une part et d'autre part de l'accessibilité géographique, culturelle et financière [55]. Il est soumis à la loi de l'offre et de la demande qui fait intervenir :

- d'une part la demande de santé, comportement par lequel un individu ou une communauté cherche un soulagement à sa souffrance ;
- d'autre part l'offre de santé, ensemble des possibilités de satisfaction des besoins de santé de la population.

Pour explorer l'interaction entre les services de santé et les populations bénéficiaires, deux techniques ont été décrites par Benyoussef [5] :

- La première est basée sur l'investigation dans les services de santé mais les registres sont souvent incomplets et cette méthode ne permet d'étudier qu'une partie de la population, celle qui utilise les services de santé.
- La deuxième méthode possible consiste à s'adresser à l'utilisateur ou au consommateur potentiel à travers l'enquête ménage. Cette méthode a l'avantage de toucher aussi bien les utilisateurs effectifs que les non utilisateurs des services de santé.

C'est donc dans le souci de recueillir à la fois l'avis des utilisateurs et des non utilisateurs des services de santé que nous avons utilisé l'enquête par sondage en population.

Les études déjà menées ont permis de relever les problèmes de santé prioritaires:[27]. On y décrit :

- Une persistance des endémo épidémies locales.
- Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques
- Une mortalité infantile élevée (93,7 pour 1000), due aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du PEV, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës...

- Une mortalité maternelle élevée (930 décès maternels pour 100.000 Naissances Vivantes [35] ), due essentiellement au faible statut nutritionnel des mères, aux grossesses nombreuses et rapprochées et à leurs complications, à la faible couverture prénatale, au faible accès aux services de santé.
- Un développement des MST et du SIDA au sein de la population surtout jeune.
- Une inaccessibilité aux soins de santé, à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement ...

Les voies de communication secondaires ne sont pas praticables en toute saison, limitant l'accès aux services de santé.

Les recours thérapeutiques varient en fonction de plusieurs facteurs :

- La proximité d'un centre de santé : en effet, les traitements modernes sont plus fréquents quand les centres de santé sont plus proches [13,54]. Les populations ayant un accès mal aisé au système de soins se soignent plus souvent à domicile.
- Le type de pathologie : les traitements traditionnels sont perçus comme étant plus efficaces pour un certain nombre de maladies. Dans la plupart des cas , ils apparaissent plus complémentaires que concurrents [54].
- La gravité de la maladie : les maladies considérées comme peu graves ne sont pas prises en charge par les services de santé. Elles bénéficient le plus souvent d'un traitement traditionnel ou d'une automédication [4,13].

- Le sexe du malade : une étude réalisée en Inde en 1991 sur l'utilisation des soins de santé chez les moins de 5 ans a montré qu'une préférence pour les garçons se manifestait quand il s'agissait d'aller dans un centre de santé plus éloigné ou chez un praticien privé, ou d'adresser l'enfant à un centre spécialisé [15].
- La volonté des populations de payer pour leur santé : beaucoup de pays africains ont pendant longtemps pratiqué la gratuité des soins. Mais cette approche n'a pu continuer en raison d'une part de la démographie galopante et d'autre part des effets de la crise économique. Chaque malade doit désormais contribuer au coût des soins qu'il reçoit et ce n'est pas sûr que les populations rurales se soient encore adaptées à cette nouvelle vision des choses [14].
- La capacité des populations à payer pour leur santé : un fléchissement de la tendance à la consommation des soins a été constaté en 1994, année de la dévaluation du Franc CFA. D'autre part, une étude menée au Togo a mis en exergue une baisse de la fréquentation des services où existe l'autofinancement communautaire par rapport à d'autres centres qui ne l'appliquaient pas. [14]

Quand on sait que la plupart des pays africains vivent dans une situation de pauvreté à l'image du Burkina Faso (44,5 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté), [38] on est en droit de se douter de la capacité réelle des populations à payer pour leur santé, à moins que ça ne soit un problème de priorisation dans les dépenses des ménages.[13, 23]

# **OBJECTIFS**

# **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

## **Objectif général**

Analyser les problèmes de santé et les itinéraires de soins des populations du district sanitaire de Gaoua.

## **Objectifs spécifiques**

1. Décrire le profil socio-démographique et économique des populations du district sanitaire de Gaoua.
2. Identifier les problèmes de santé des populations du district sanitaire de Gaoua.
3. Décrire l'itinéraire des populations pour la résolution de leurs problèmes de santé et les facteurs qui lui sont associés.
4. Examiner les déterminants de l'état de santé des populations.

# **METHODOLOGIE**

# **METHODOLOGIE**

## **I. CADRE DE L'ETUDE**

### **1.1. Données géographiques**

L'étude a été menée dans le district sanitaire de Gaoua. C'est un district qui se superpose à l'entité politico-administrative de la province du Poni située au Sud-Ouest du Burkina Faso, avec une superficie de 6945 km<sup>2</sup>. Il est limité :

Au Nord par la province de la Bougouriba,  
A l'Est par la République du Ghana,  
Au Sud par la province du Nounbièl,  
A l'Ouest par la province de la Comoé et la République de Côte d'Ivoire.

Le relief est constitué en grande partie de plateaux d'altitude moyenne de 450m.

Le climat est de type soudano-guinéen avec 2 saisons bien marquées :

- Une saison sèche allant de mi - Novembre à mi - Mai,
- Une saison humide de mi - Mai à mi - Novembre.

La pluviométrie très importante dure 6 à 7 mois.

Le réseau hydrographique comporte plusieurs cours d'eau dont le plus important est le Mouhoun. Les autres cours d'eau importants sont la Bougouriba , le Poni , le Decko et la Kamba.

### **2. Données administratives et démographiques [53]**

La province du Poni compte 10 départements, 4 communes et 601 villages.

La taille moyenne de la population de ces villages est de 150 habitants. Nombre des villages ont une taille si réduite qu'ils se confondraient à une famille. La population est estimée à 208.937 habitants avec une densité moyenne de 30,08 habitants /km<sup>2</sup>.

Le taux de scolarisation est de 20,70%.

La population est constituée de 51,75% de femmes et de 48,25% d'hommes.

La province est habitée par les Lobi, les Birifor, les Dagara, les Gans, les Dogocès, les Dioula, les Peulhs principalement.

### **3. Données socio-économiques**

L'économie repose sur l'agriculture. Les cultures de rente sont quasi inexistantes. L'élevage constitue la deuxième activité et est surtout orienté vers la satisfaction de rites coutumiers (dot, funérailles...)

### **4. Données sanitaires**

Dans l'aire sanitaire du district on note un certain nombre de maladies épidémiques ou endémiques qui sont la rougeole, la méningite, le paludisme, les maladies diarrhéiques, l'onchocercose, la dracunculose, les filarioses lymphatiques, le goitre, la lèpre, la tuberculose, les IRA, le VIH/SIDA/MST.

#### **• Couverture en infrastructures sanitaires**

Le district sanitaire de Gaoua compte 6 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), 14 dispensaires et 2 Centres Médicaux (CM).

Le ratio CSPS /Habitants est de un CSPS pour 12.000 habitants environ. Il est à noter que 5 villages ont reçu du Ministère de la Santé, l'autorisation de construire un CSPS.

- **Ressources humaines**

Le personnel du district est jeune et en nombre insuffisant, ce qui nécessite un encadrement régulier de la part de l'Equipe Cadre du District (ECD) actuellement incomplète du fait de départs.

- **Approvisionnement en MEG**

Toutes les formations sanitaires disposent de MEG, bien que 5 d'entre elles n'aient pas de dépôt. Une dotation en MEG serait la bienvenue pour les formations sanitaires dont pratiquement 18 ont fonctionné sur crédit jusqu'en Septembre 1998.

- **Partenaires intervenant dans le district**

Les partenaires du district sont :

- **PLAN International Burkina (PIB)** qui intervient surtout dans la vaccination par la fourniture de gaz. En 1999, son action a été basée sur le PEV, la formation de 35 membres de comités de gestion, la construction de 2 dépôts MEG et du CSPA du village de Holly, la formation de leaders d'opinion, de volontaires communautaires sur l'EC les MST/SIDA et la Planification Familiale, la formation des accoucheuses traditionnelles sur le suivi de la grossesse et les accouchements, la dotation en MEG de 2 formations sanitaires etc...C'est le partenaire le plus important du district ;
- La **GTZ/SMR** intervient pour le fonctionnement de l'ECD (supervision, fournitures...) dans l'appui technique surtout ;
- La **GTZ/PF** intervient pour appuyer les activités de PF ;
- Le **PDSN**, projet du Ministère de la Santé, a fait ouvrir des comptes pour les districts, les a dotés de Toyota 4 x 4 pick up

pour les supervisions et a construit certains logements et dépôts MEG. Cette année, il a axé son action sur les formations et les activités de sensibilisation ;

- Le **Ministère de la Santé** par le biais du budget national accorde des crédits.

## **II. TYPE D'ETUDE**

Nous avons mené une étude descriptive par enquête transversale à passage unique en population en vue de recenser les problèmes de santé, leurs causes, et de définir leur itinéraire de résolution.

## **III. Méthode d'échantillonnage**

### **1. Unité statistique**

L'unité statistique était représentée par le **ménage** que nous avons défini comme « une unité socio-économique de base au sein de laquelle les différents membres, apparentés ou non, vivent dans la même maison ou concession, mettent en commun leurs ressources et satisfont en commun à l'essentiel de leurs besoins sous l'autorité d'une seule et même personne appelée chef de ménage »[18].

### **2. Echantillonnage**

Partant de l'hypothèse selon laquelle le comportement sanitaire est influencé par la présence d'un service de santé, nous avons adopté ce critère comme base de stratification. C'est ainsi que nous avons classé les villages selon la distance à la formation sanitaire la plus proche

A partir de la liste des formations sanitaires du district (CSPS, dispensaires, maternités) qui constitue la base de sondage, nous avons procédé à 2 échantillonnages aléatoires simples : nous avons tiré au sort **4 CSPS** et dans l'aire de chaque CSPS, nous avons réparti les villages par aires autour de celui-ci et tiré au hasard :

1 village situé à moins d'1 km du CSPS

1 village situé entre 1 et 4 km du CSPS

1 village situé entre 5 et 9 km du CSPS

1 village situé à plus de 10 km du CSPS

soit au total **16 villages**. Nous avons réalisé un sondage par grappes. Dans chaque village, 30 ménages ont été concernés soit **480 ménages**. Nous avons choisi un point de départ dans chaque village (centre démographique du village), tiré au hasard la direction initiale et visité les ménages de proche en proche. Dans la pratique, nous avons pu interroger 461 ménages.

L'homme et la femme (ou une des femmes, en âge de procréer de préférence ) ont été interrogés autant que possible, soit **922 personnes** .

#### **IV. Collecte des données**

##### **1. Lieu de l'enquête**

L'enquête a eu lieu dans l'aire de santé des CSPS du district sanitaire de Gaoua qui ont été retenus par l'échantillonnage

##### **2. Instrument de collecte des données**

Une grille d'interview a été utilisée pour l'enquête. Elle comportait 71 questions fermées et à choix multiples pour la plupart, regroupées en cinq chapitres :

- Caractéristiques socio démographiques des membres du ménage
- Caractéristiques économiques du ménage
- Problèmes et besoins de santé dans le village
- Hygiène de l'environnement
- Perception des populations sur les PSP

### **3. Déroulement de l'enquête**

Les enquêteurs ont été recrutés sur place et formés pendant trois jours sur les aspects suivants:

- Objectifs et importance de l'étude
- Grandes lignes de la méthodologie
- Qualités de l'enquêteur (attitudes au cours de l'enquête)
- Contenu et remplissage de la grille d'interview
- Traduction dans les langues locales

Une pré enquête a été organisée pour contrôler la validité du questionnaire.

Les données ont été collectées sur le terrain du 7 au 22 Juin 1999. Les enquêteurs étaient au nombre de 10. En fin de journée, nous faisons le point sur les difficultés rencontrées sur le terrain. Avant de quitter le village, le superviseur corrigeait les questionnaires remplis et ceux qui étaient validés étaient rangés pour la saisie.

### **V. Limites et biais de l'étude**

Nous avons recruté des enquêteurs expérimentés ; parlant au moins 2 langues et ils ont bénéficié de trois jours de formation. Cela a contribué à minimiser les risques de biais liés à l'information recueillie.

La disponibilité de la population cible n'a pu être maximale compte tenu de la période de l'enquête. Nous avons obtenu un taux de participation de 85,42%.

## **VI. Traitement et exploitation des données**

Après avoir élaboré un manuel de codification détaillé, un masque de saisie a été conçu sur la base de la liste des variables. Les données ont ensuite été saisies à l'aide du logiciel EPI info version 6.0.

Puis l'analyse a été faite suivant le plan d'analyse pré établi. Elle a permis d'avoir les fréquences simples et de faire des croisements entre variables dépendantes et indépendantes. Nous avons utilisé le test statistique du Chi<sup>2</sup> avec un seuil de signification de 5%.

Les ménages ont auparavant été classés en trois niveaux socio-économiques selon les critères suivants :

- Profession du chef de ménage,
- Source d'eau de boisson du ménage,
- Lieu d'aisance des membres du ménage,
- Nature des murs et du toit des habitations,
- Nombre de personnes par pièce à coucher,
- Possession d'un appareil (poste, radio, télévision),
- Possession d'un moyen de déplacement,
- Possession d'instruments modernes d'agriculture (charrue, charrette, multicultureur,
- Possession de bétail.

Ces critères ont permis de classer les ménages selon un score de 1 à 21.

Nous avons obtenu les trois niveaux socio-économiques en considérant comme limites les 25<sup>ème</sup> et 75<sup>ème</sup> percentiles qui étaient respectivement 7 et 14. Ainsi, au niveau inférieur, le score allait de 1 à 7, au niveau moyen de 7 à 14 et au niveau supérieur de 14 à 21.

Nous avons alors obtenu les résultats que nous présentons ci après.

## **VII. Personnes impliquées**

Directeur de thèse .

Chargé de programme Santé de PLAN International Burkina.

Coordonnateur et Formateur santé de PLAN International, bureau de Gaoua.

L'étudiante responsable de l'enquête.

# **RESULTATS**

## I. PROFIL SOCIO ECONOMIQUE DE L'ECHANTILLON

L'enquête a été menée dans 16 villages du district sanitaire de Gaoua qui se répartissent comme le montre le tableau I :

**Tableau I : Villages tirés au sort pour l'enquête**

CSPS Distance Gaoua-CSPS	VILLAGES Distance CSPS-Village			
	Moins d'1 Km	1-4 Km	5-9 km	Plus de 10 Km
<b>PASSENA</b> 67 Km	<b>Guirina</b> 660 Hbts	<b>Passena</b> 3Km 343 Hbts	<b>Tinkoura</b> 6 Km 203Hbts	<b>Formana</b> 15 Km 188Hbts
<b>BOUSSERA</b> 25 Km	<b>Boussera</b> 1498Hbts	<b>Pouara</b> 2Km 324 Hbts	<b>Tripora</b> 7 Km 234Hbts	<b>Donko</b> 19 Km 1105 Hbts
<b>MALBA</b> 42 Km	<b>Malba</b> 412 Hbts	<b>Barandira</b> 4 Km 420 Hbts	<b>Dossa borondi</b> 9 Km 333 Hbts	<b>Kodjo Tioboulon</b> 11 Km 452 Hbts
<b>LOROPENI</b> 42 Km	<b>Loropeni</b> 4090 Hbts	<b>Beko kpantionao</b> 6 Km 258 Hbts	<b>Kassita</b> 8 Km 349 Hbts	<b>Baryera</b> 16 Km 229 Hbts

L'enquête a concerné 461 ménages au sein desquels nous avons interrogé au total 922 personnes.

### 1.1. Caractéristiques des membres des ménages

Ces ménages comptaient 3338 personnes dont 1651 (49,5%) étaient de sexe féminin.

On y comptait 1595 adultes (47,8 %), 1221 personnes (36,6 %) de 5 à 14 ans et 522 enfants (15,6 %) de moins de 5 ans.

La répartition des membres de ces ménages selon l'âge et le sexe est donnée au tableau II.

**Tableau II : Répartition des membres des ménages selon l'âge et le sexe**

Tranche d'âge	Femmes		Hommes		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
0 à 4 ans	240	14,5	282	16,7	522
05 à 14 ans	548	33,2	673	39,9	1221
15 à 24 ans	244	14,8	225	13,3	469
25 à 34 ans	260	15,7	150	8,9	410
35 à 44 ans	216	13,1	140	8,3	356
45 à 54 ans	81	4,9	123	7,3	204
55 à 64 ans	34	2,1	59	3,5	93
65 ans et plus	28	1,7	35	2,1	63
<b>Total</b>	<b>1651</b>	<b>49,5</b>	<b>1687</b>	<b>50,5</b>	<b>3338</b>

P < 0,000001

Notre échantillon comportait des divorcés (4 femmes soit 0,3 % et 2 hommes soit 0,2 %), des veufs (34 femmes soit 2,8 % et 8 hommes soit 0,7 %) et des personnes séparées (13 femmes soit 1,1 % et 11 hommes soit 0,9 %).

La proportion de femmes ayant une co-épouse était de 38,8% soit 179 femmes.

La répartition des hommes selon le nombre d'épouses a donné les résultats suivants : 292 (63,5%) hommes avaient une épouse, 117 (25,5 %) en avaient 2, 33 (8%) en avaient 3. Les ménages à 4 épouses et plus étaient rares (13 ménages soit 3%).

Seulement 416 personnes soit 13,4% des membres des ménages avaient reçu une éducation formelle. Une faible proportion d'entre eux avait reçu une éducation coranique (17 personnes soit 0,5%) ou l'alphabétisation (10 personnes soit 0,3%).

Les principales activités économiques des membres des ménages (en dehors des enfants non encore scolarisés) ont été représentées dans le tableau III.

**Tableau III : Répartition des membres des ménages selon l'activité économique**

<b>Activités économiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Agriculteur	714	23,9
Ménagère	755	25,3
Scolaire	197	6,6
Vendeur	119	4
Aucune activité	1026	34,3
Autres	178	5,9

**NB : Autres : éleveur, commerçant, artisan, marabout, fonctionnaire.**

La répartition des personnes par chambre est présentée au tableau IV. On y comptait en moyenne 2,7 personnes.

**Tableau IV : Répartition selon le nombre de personnes par chambre**

<b>Nombre de personnes par chambre</b>	<b>Nombre de ménages</b>	<b>Pourcentage de ménages</b>
1	57	12,3
2	193	41,8
3	127	27,5
4	39	8,4
5	16	3,5
6	16	3,5
7	9	1,9
8 et plus	4	0,8
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>100</b>

### 1.2. Taille des ménages

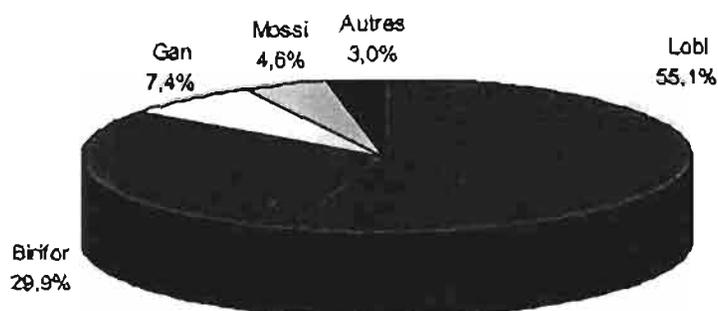
La taille moyenne des ménages était de 7,2 personnes avec des extrêmes allant de 2 à 23 personnes. Selon leur taille, les ménages se répartissaient comme illustré par le tableau V.

**Tableau V : Répartition selon le nombre de personnes par ménage**

Nombre de personnes par ménage	Nombre de ménages	Pourcentage de ménages
2 – 5	164	35,5
6 – 10	220	48
11 –15	62	13,4
16 – 20	13	2,7
Plus de 20	02	0,4
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>100</b>

### 1.3. Groupe ethnique

Comme le montre la figure 1, les enquêtés se répartissaient en quatre (4) groupes ethniques principaux : 253 Lobi (55,1%), 136 Birifor (29,9%), 34 Gan (7,4 %), 21 Mossi (4,6 %). Les 17 autres enquêtés (Dagara, Dioula, Peul, Sénoufo) représentaient 3 % de la population.



**Figure 1: Répartition de la population d'enquêtés selon le groupe ethnique.**

#### 1.4. Age des enquêtés

L'âge moyen des chefs de ménages était de 43,1 ans. Les extrêmes allaient de 20 à 83 ans. L'âge moyen des femmes enquêtées était de 33,7 ans avec des extrêmes allant de 13 à 68 ans. La répartition par tranches d'âges a donné la figure 2 :

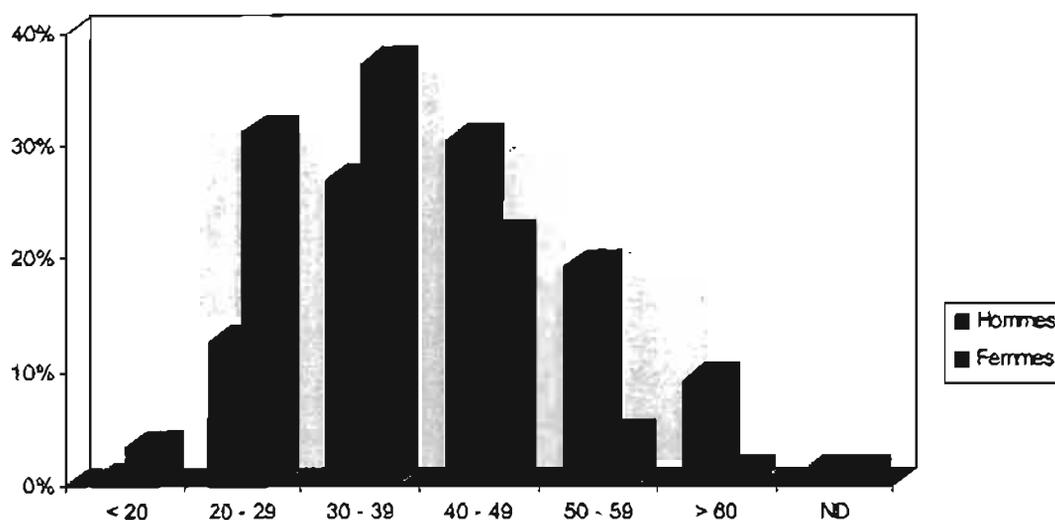


Figure 2: Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe.

#### 1.5. Statut matrimonial des enquêtés

Ainsi que représenté par la figure 3, nous avons retrouvé 282 (61 %) ménages de type monogamique et 167 (36,2 %) ménages de type polygamique. Le reste de l'échantillon comportait 7 veufs (1,3 %), 2 divorcés (0,2 %) et 3 célibataires (0,4 %).

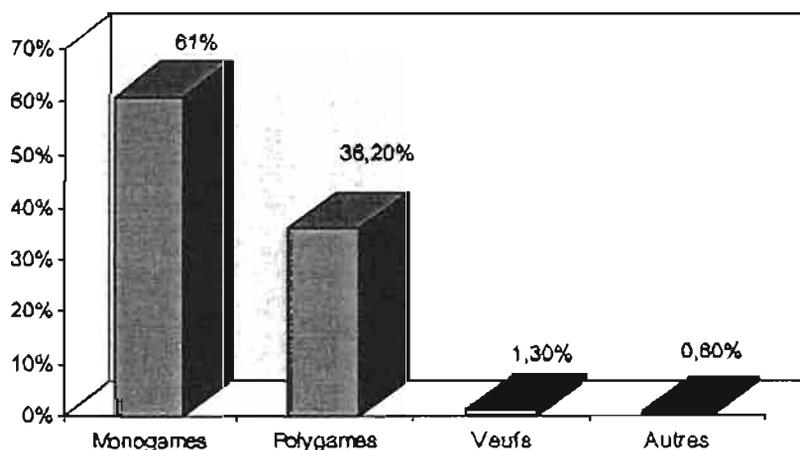


Figure 3: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial.

## 1.6. Profession des enquêtés

Les enquêtés se répartissaient essentiellement en 418 cultivateurs (soit 91,5 % des hommes) et 432 ménagères (93,7 % des femmes) dont 170 (37 %) exerçaient du petit commerce.

## 1.7. Niveau d'instruction des enquêtés

La majorité de l'échantillon était formée de personnes non scolarisées. On y comptait, comme le montre la figure 4, 401 (87,4 %) hommes et 439 (95,2 %) femmes alors que 35 (7,6 %) hommes et 16 (3,5 %) femmes avaient le niveau primaire.

Très peu d'hommes (9 soit 2 %) et de femmes (4 soit 0,9 %) avaient le niveau secondaire.

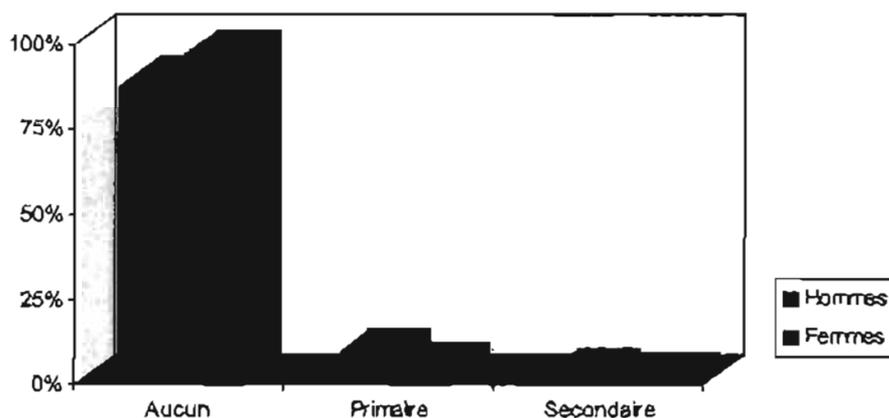
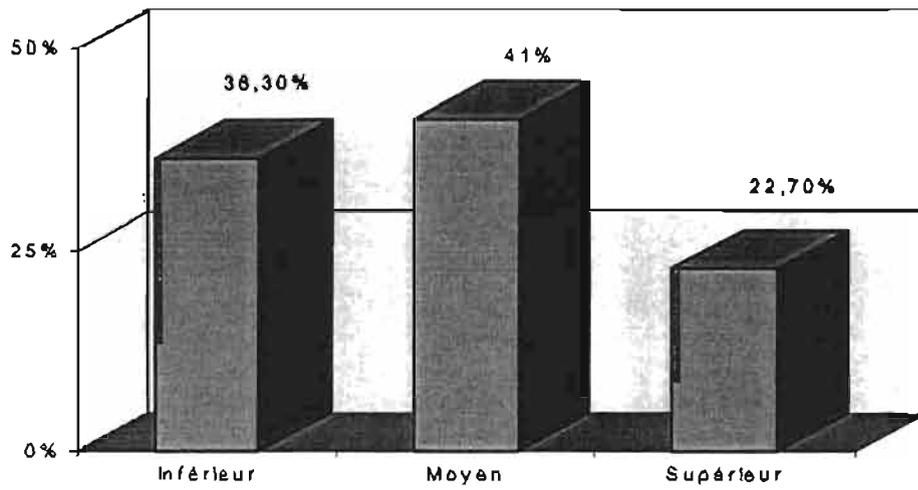


Figure 4: Répartition des enquêtés selon le niveau d'Instruction.

## 1.8. Niveau socio-économique des ménages

Notre population d'enquête ayant été répartie selon trois niveaux socio-économiques en fonction des critères déjà décrits dans la méthodologie, nous avons obtenu les résultats illustrés par la figure 5.

- Niveau inférieur (score de 1 à 7) : 168 (36,3 %) ménages
- Niveau moyen (score de 8 à 11) : 257 (41 %) ménages
- Niveau supérieur (score de 12 à 21) : 35 (22,7 %) ménages.



**Figure 5: Répartition des enquêtés selon le niveau socio économique.**

## II. NATURE DES PROBLEMES DE SANTE DES POPULATIONS

### 2.1. Morbidité et besoins de santé

#### 2.1.1. Morbidité des 15 jours précédant l'enquête

L'enquête a permis d'enregistrer 252 personnes souffrant ou ayant souffert de maladies ou de malaises au cours des 15 derniers jours, soit un taux de morbidité de 7,47 %. Les symptômes se répartissaient comme indiqué dans le tableau VI :

**Tableau VI : Répartition des maladies et symptômes des 15 derniers jours :**

Maladies et Symptômes	Effectifs	Pourcentage de malades
Fièvre	73	30,3
Diarrhée	28	11,6
Maux de ventre	22	8,7
Maux de tête	21	8,3
Vomissements	13	5,4
Convulsions	12	5
Affections respiratoires	11	4,6
Maux d'yeux	5	2
Maux d'oreilles	4	1,6
Rougeole	4	1,6
Maux de reins	4	1,6
Traumatismes	3	1,2
Charbon	2	0,8
Hernie	2	0,8
Jaunisse	1	0,4
Morsure de serpents	1	0,4
Méningite	1	0,4
Problèmes d'accouchement	1	0,4
Autres	44	17,4
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Les autres maladies et symptômes étaient les œdèmes des membres inférieurs, l'éléphantiasis, l'amaigrissement, le SIDA....

### 2.1.2. Age et sexe des malades

Les personnes de sexe féminin étaient significativement plus touchées (142 soit 56,3% des cas) que celles de sexe masculin (110 soit 43,7 % des cas), surtout dans la tranche d'âge de moins de cinq ans comme le montre la figure 6. Le sex ratio était de 128 femmes pour 100 hommes. ( $p = 0,007$ )

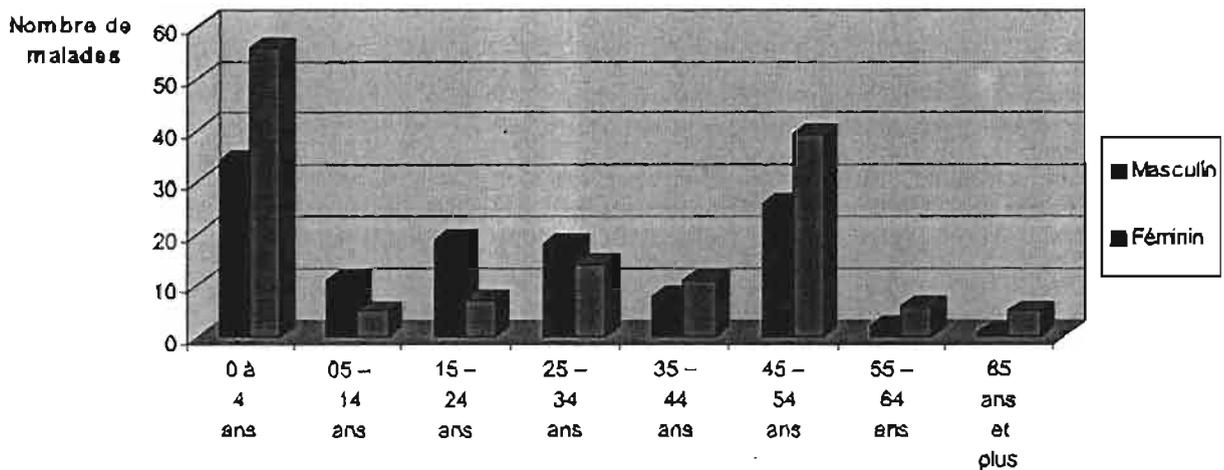


Figure 6: Répartition des malades des 15 jours précédant l'enquête par âge et par sexe.

### 2.1.3. Maladies graves dans les ménages selon les enquêtés :

Les maladies perçues comme étant les plus graves dans les ménages sont représentées au tableau VII par ordre de gravité décroissant :

**Tableau VII : Maladies perçues comme graves**

<b>Selon les hommes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Selon les femmes</b>	<b>Effectifs</b>
1. Les maux de ventre	67	1. les maux de ventre	74
2. Le paludisme	66	2. le paludisme	61
3. La diarrhée	54	3. la diarrhée	55
4. La rougeole	39	4. la toux	45
5. La toux	36	5. les maux de tête	36
6. Les maux de tête	33	6. la fièvre	28
7. La fièvre	20	7. la rougeole	20
8. Les maux de côtes	11	8. les maux de reins	14
9. Les maux d'yeux	09	9. les vomissements	13
10. les vomissements	08	10. les maux de côtes	08

#### **2.1.4 Problèmes à combattre dans le village selon les enquêtés**

Les principaux problèmes soulevés par la population sont cités au tableau VIII. Ils peuvent se résumer en manque d'eau potable, pauvreté et insécurité alimentaire.

**Tableau VIII : Problèmes à combattre dans le village**

<b>Selon les hommes</b>	<b>Selon les femmes</b>
1. manque d'eau potable (110)	1. manque d'eau potable (115)
2. pauvreté (76)	2. pauvreté (107)
3. famine (71)	3. famine (69)
4. problèmes agricoles (27)	4. manque de moulin à grains (69)
5. éloignement du CSPS (17)	5. éloignement du CSPS (28)
6. maladies (16)	6. Maux de ventre (13)
7. analphabétisme (16)	7. maladies (11)
8. manque de moulin à grains (15)	8. analphabétisme (9)
9. maux de ventre (15)	9. manque de médicaments (7)
10. manque de médicaments (6)	10. coût élevé des médicaments (7)

NB : les effectifs des personnes ayant cité les différents problèmes figurent entre parenthèses.

### 2.1.5. Besoins exprimés par les villageois pour être en bonne santé

Les personnes interrogées ont déclaré avoir besoin d'eau potable, d'infrastructures sanitaires, de médicaments à moindre coût pour mieux se porter. C'est ce que nous indique le tableau IX :

**Tableau IX : Besoins de santé des populations**

BESOINS	Selon les hommes		Selon les femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Eau potable	193	41,8	182	39,4
CSPS/Maternité/Soins	127	27,5	127	27
Diminution du prix des médicaments	53	11,5	46	10
Nourriture/Alimentation	22	4,7	21	4
Dépôt pharmaceutique	16	3,5	28	6
Autres	50	11	63	13,6

## 2.2. Mortalité

Au cours de l'enquête, 94 décès survenus pendant les 12 mois précédents ont été rapportés soit un taux de mortalité de 26,9 pour mille. Dans les ménages concernés, 69 ménages ont enregistré 1 décès, 6 en ont enregistré 2 et 4 en ont enregistré 3.

### 2.2.1. Répartition des personnes décédées selon l'âge et le sexe

Nous avons enregistré 47 décès aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La figure 7 nous montre que les moins de 5 ans et les plus de 45 ans ont été les plus touchés par les décès au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

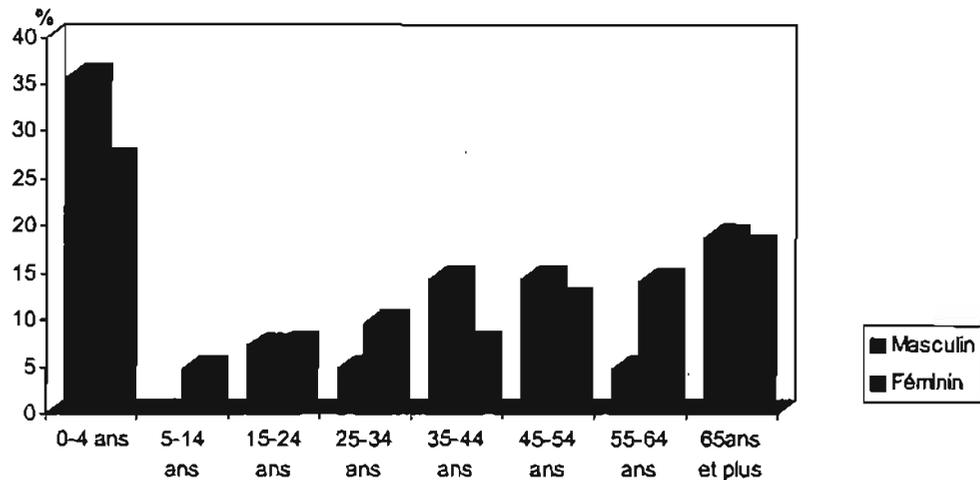


Figure 7: Répartition des personnes décédées au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon l'âge et le sexe.

### 2.2.2. Répartition des décès des douze mois précédant l'enquête selon la maladie ou le symptôme associé

La fièvre et les douleurs abdominales ont constitué les principales causes présumées de décès au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, comme l'indique le tableau X :

**Tableau X : Maladies et symptômes associés aux décès des 12 derniers mois**

Maladies et symptômes associés	Effectif	%
Fièvre	19	20,2
Douleurs abdominales	12	12,7
Diarrhée	9	9,5
Convulsions	7	7,5
Toux	6	6,8
Malnutrition	5	5,3
Autres	36	38
TOTAL	94	100

Les autres maladies et symptômes étaient divers (rougeole, maux de tête, morsures de serpents...) et souvent inconnus.

### **2.2.3. Maladies et symptômes associés aux décès des 12 derniers mois selon l'âge**

Les enfants de moins de 5 ans constituaient 1/3 des personnes décédées des suites de fièvre (6 sur 15 personnes), 83 % de celles qui sont décédées des suites de convulsions (5 sur 6 personnes), et 100 % des décès par suite de malnutrition (5 sur 5 personnes), au cours des douze derniers mois.

La rougeole a fait deux victimes de 3 et 8 ans.

Les adultes représentaient 62 % des personnes décédées des suites de diarrhée(5 sur 8 personnes). Les douleurs abdominales ont été surtout fatales chez les adultes (9 sur 11 personnes soit 82 % des cas).

### **2.2.4. Mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) des douze mois précédents**

Au cours des douze mois précédents, 26 enfants sont décédés soit 3,13 enfants pour mille décès. Ces enfants représentait 5,1 % de la population de moins de 5 ans soit un taux de mortalité de 51 pour 1000.

### **2.2.5. Répartition des enfants décédés des douze derniers mois selon le sexe et la maladie associée**

Nous avons constaté une prédominance non significative du sexe masculin (15 garçons soit 56,25 % des cas). Les symptômes présentés étaient dans l'ordre de fréquence décroissant, la fièvre, les convulsions et la diarrhée, qui n'ont touché que les enfants de moins de 5 ans, la malnutrition, les douleurs abdominales...

La maladie (ou symptôme) associée au décès n'était pas statistiquement liée au sexe.

(p = 0,419)

## 2.3. Santé de la reproduction

### 2.3.1. Maternité

#### 2.3.1.1. Age à la première grossesse

L'âge moyen des mères à la première grossesse était de 18,47 ans avec des extrêmes allant de 12 à 29 ans. Avant l'âge de 18 ans 125 (27,1 %) femmes interrogées avaient eu leur première grossesse. D'autre part, 178 femmes soit 38,6 % avaient eu leur première grossesse entre 17 et 20 ans.

#### 2.3.1.2. Nombre de grossesses

Le nombre moyen de grossesses chez les femmes interrogées était de six avec des extrêmes allant de 0 à 15.

#### 2.3.1.3. Nombre d'accouchements

Il variait de 0 à 15 avec une moyenne de 5 accouchements par femme. La figure 8 montre la répartition des femmes enquêtées suivant leur parité : 9 femmes étaient des nullipares, 165 femmes des paucipares (moins de 3 accouchements), 157 femmes des multipares (3 à 6 accouchements) et 130 femmes des grandes multipares (plus de 6 accouchements).

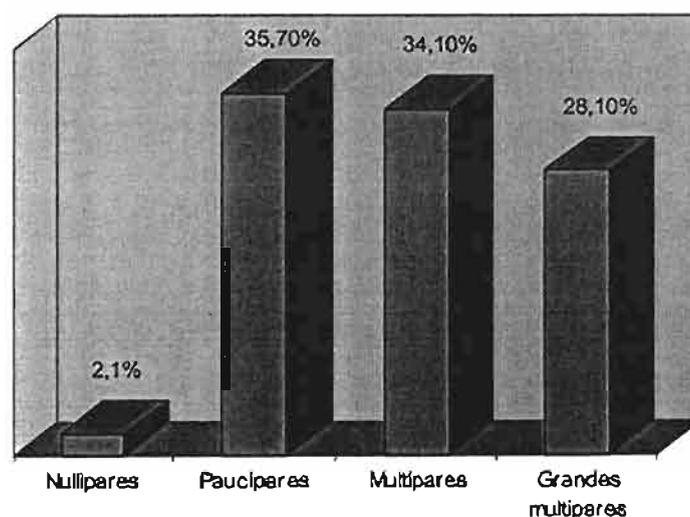


Figure 8: Répartition des femmes interrogées selon la parité.

#### **2.3.1.4. Nombre d'avortements**

L'avortement a été vécu par 153 (33,3 %) femmes au moins une fois dans leur vie. Le type d'avortement n'a pas été précisé (spontané ou provoqué).

#### **2.3.1.5. Nombre d'enfants vivants**

Chaque femme avait en moyenne quatre (4) enfants vivants. Les extrêmes allaient de 0 à 13 enfants. Les 63 femmes ayant plus de six enfants vivants constituaient 13,7 % des enquêtées. En tenant compte du nombre supplémentaire d'enfants désiré et du nombre d'enfants vivants, nous avons pu calculer le nombre idéal d'enfants souhaité par les femmes qui est de 6,5 enfants.

#### **2.3.1.6. Nombre d'enfants décédés avant l'âge de 5 ans**

Les femmes interrogées ont déclaré avoir perdu au cours de leur vie 459 enfants de moins de 5 ans.

Le nombre moyen d'enfants décédés par femme était de un. Une proportion non négligeable de femmes (214 soit 46,6 %) avait perdu au moins un enfant.

#### **2.3.1.7. Age et sexe des enfants décédés de 0 à 5 ans**

Les enfants décédés étaient en majorité de sexe féminin (138 soit 52,87% ). Le sex ratio était de 112 filles pour 100 garçons.

Plus de la moitié des enfants décédés (143 soit 55 %) n'avait pas un an. La prédominance masculine avant un an a été remplacée par la prédominance féminine dans la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année comme le montre la figure 9.

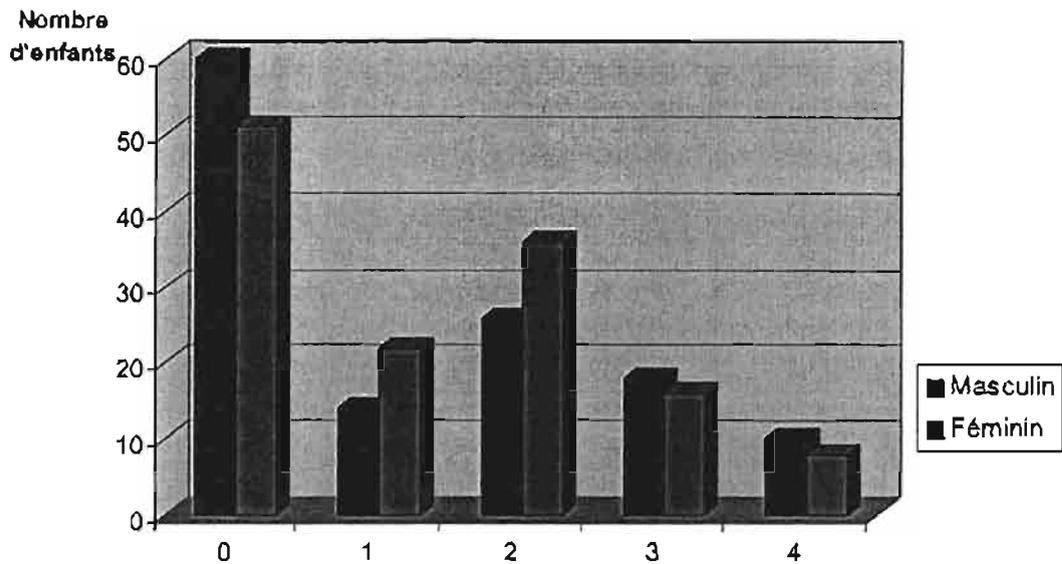


Figure 9: Répartition des enfants décédés de moins de 5 ans selon l'âge et le sexe.

#### 2.3.1.8. Maladies et symptômes associés aux décès des enfants de 0 à 5 ans

La fièvre a été le premier symptôme (72 cas soit 26,8 % des décès), suivie des convulsions (56 cas soit 20,8 % des décès), de la rougeole (25 cas soit 9,3 %), des maladies diarrhéiques (22 cas soit 8,2 % des décès) puis des affections respiratoires (8 cas soit 3 % des décès), des douleurs abdominales (6 cas soit 2,2 % des décès). D'autres affections telles que les vomissements, la malnutrition, la méningite... ont provoqué 80 décès soit 19,7 % des décès. La figure 10 nous montre la répartition des décès selon la maladie ou symptôme associé:

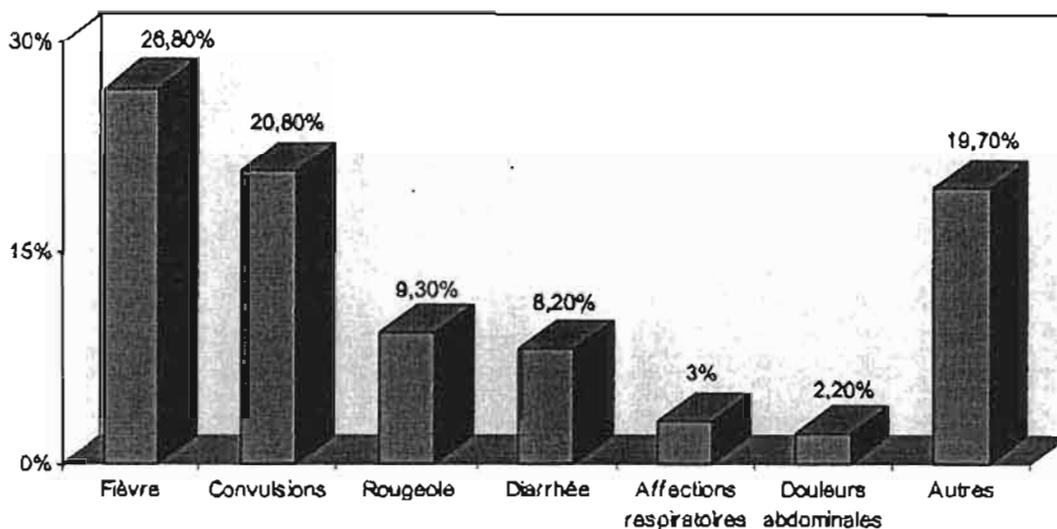


Figure 10: Maladies et symptômes associés aux décès des enfants de 0 à 5 ans

### 2.3.2. Espacement des naissances

#### 2.3.2.1. Nombre d'enfants supplémentaires désiré

Les figures 11 et 12 nous montrent que le désir d'enfants est beaucoup plus marqué dans l'ensemble chez les hommes que chez les femmes.

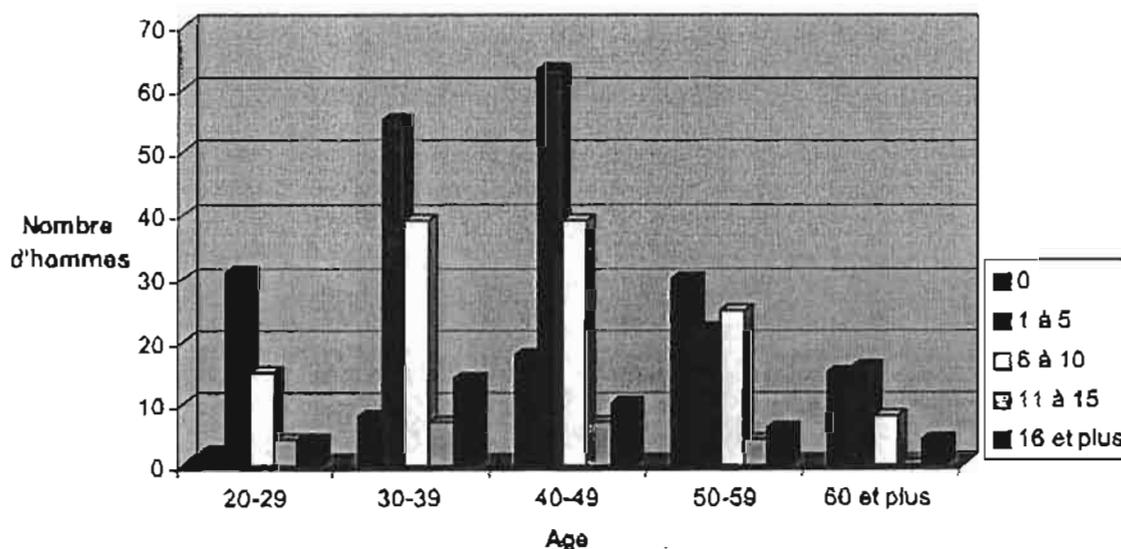


Figure 11: Nombre d'enfants supplémentaires désiré par les hommes en fonction de l'âge.

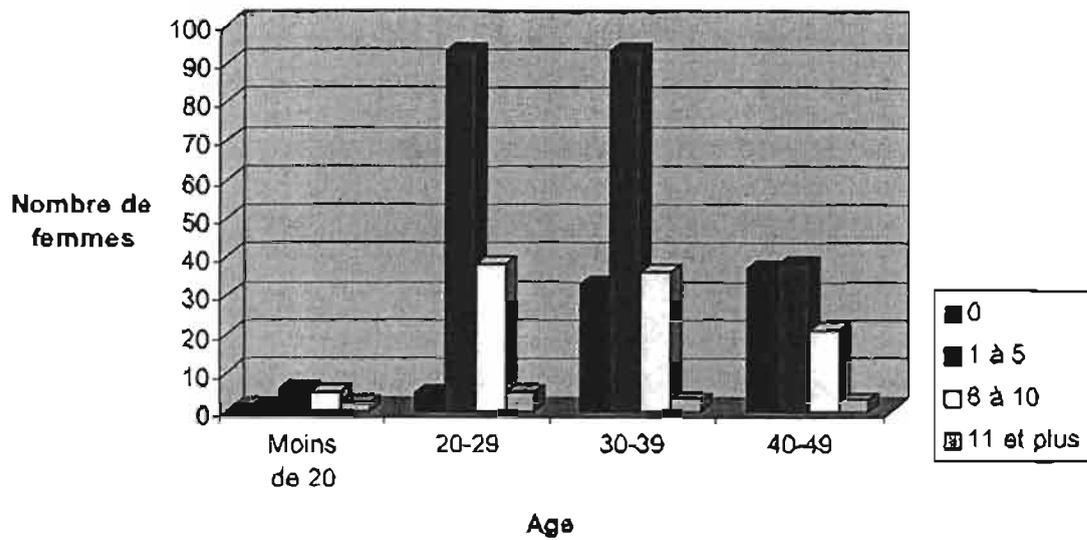


Figure 12: Nombre d'enfants supplémentaires désiré par les femmes en fonction de l'âge.

#### 2.3.2.2. Désir d'espacement des naissances

Suivant la même logique, le désir d'espacement des naissances était plus faible chez les hommes (354 soit 76,9 %) que chez les femmes (453 soit 98,3 %).

#### 2.3.2.3. Connaissance des méthodes contraceptives modernes

La connaissance des méthodes contraceptives modernes était de 16,9 % chez les hommes (78) et 24,7 % chez les femmes (113).

#### 2.3.2.4. Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Elle est également plus faible chez les hommes (62 soit 13,5 %) que chez les femmes (72 soit 15,7 %).

Les données concernant la contraception sont présentées dans le tableau XI.

**Tableau XI : Connaissances, attitudes et pratiques contraceptives**

	<b>HOMMES</b>		<b>FEMMES</b>	
	Nombre	%	Nombre	%
Désir d'espacement des naissances	354	76,9	453	98,3
Connaissances des méthodes contraceptives	78	16,9	113	24,7
Utilisation des méthodes contraceptives	62	13,5	72	15,7

**2.3.2.5. Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives**

Pour l'ensemble des deux sexes, le tableau XII nous montre que l'ignorance est citée comme raison de non utilisation des contraceptifs. Cependant, les femmes déclarent le refus du mari comme deuxième raison après l'ignorance.

**Tableau XII : Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives**

<b>Raisons</b>	<b>HOMMES</b>		<b>FEMMES</b>	
	Nombre	%	Nombre	%
Ignorance	286	62	231	50
Désir d'enfants	88	19	23	5
Volonté divine	41	9	9	2
Refus du mari	-	-	157	34
Ménopause	-	-	9	2
Autres	-	-	32	7
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>90</b>	<b>461</b>	<b>100</b>

### III. IMPACT DU DEVELOPPEMENT SUR LA SANTE DES ENFANTS, DES FEMMES ET SUR LES SERVICES DE SANTE

#### 3.1 Opinions sur la santé des enfants

Des opinions positives ont été émises par 241 (52,5 %) hommes et 212 (45,98 %) femmes qui pensent que la santé des enfants s'est améliorée au cours des cinq dernières années, surtout grâce à la vaccination (56,4 %).

Pour les 218 (47,49 %) hommes et 249 (53,57 %) femmes qui estiment que la santé des enfants ne s'est pas améliorée, les raisons avancées sont entre autres :

- La fréquence élevée des maladies : 76 (39,8 %) hommes et 104 (48,8 %) femmes,
- La pauvreté : 54 (28,3 %) hommes et 53 (24,9 %) femmes,
- L'absence de vaccination : 76 (11 %) hommes et 22 (10,3 %) femmes comme le montre la figure 13.

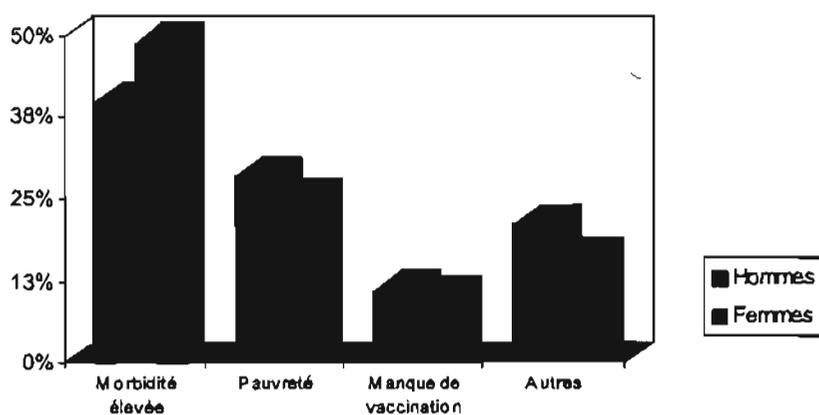


Figure 13: Raisons de non amélioration de la santé des enfants

### 3.2. Opinions sur la santé des femmes

Selon 225 (49,12 %) hommes et 181 (39,43 %) femmes interrogés, la santé des femmes s'est améliorée au cours des cinq dernières années.

Par contre, la majorité des personnes interrogées (233 (50,87 %) hommes et 277 (60,34 %) femmes) affirme le contraire.

Les facteurs d'aggravation de l'état de santé des femmes sont représentés à la figure 14 et ont pour nom :

- fréquence élevée des maladies selon 70 (33,2 %) hommes et 79 (31,1 %) femmes,
- pauvreté selon 45 (21,3 %) hommes et 69 (27,2 %) femmes,
- travaux pénibles selon 38 (18 %) hommes et 50 (19,7 %) femmes,
- manque de soins selon 27 (12,8 %) hommes et 27 (10,6 %) femmes.

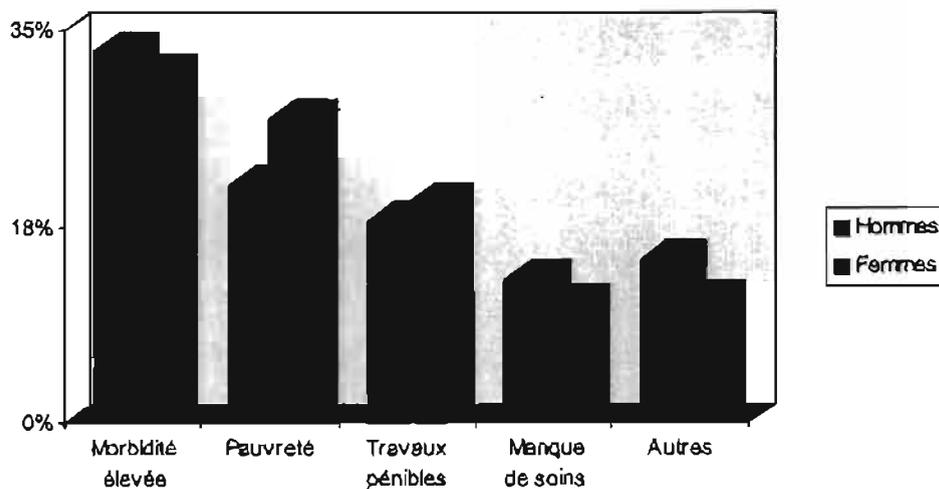


Figure 14: Raisons de non amélioration de la santé des femmes

### **3.3. Opinions sur les services de santé**

A la question de savoir si les services de santé se sont améliorés ces 5 dernières années, 138 (29,93 %) hommes et 103 (22,3 %) femmes ont répondu oui et se justifient par

- le bon fonctionnement des services : 55 hommes et 40 femmes

- la disponibilité de médicaments efficaces : 28 hommes et 13 femmes

- la construction d'une maternité : 14 hommes et 18 femmes

- la construction d'un dépôt de médicaments essentiels génériques : 13 hommes et 3 femmes

Par contre, 322 (39 %) hommes et 372 (39,7%) femmes trouvent les services de santé détériorés ou sans changement.

Une frange non négligeable des enquêtés (138 soit 29,93 % des hommes et 175 soit 38 % des femmes) n'avait pas d'opinion parce que ne fréquentant pas les services de santé modernes.

Les personnes interrogées pensent que les services de santé sont peu fréquentés à cause des facteurs suivants:

- le coût élevé des médicaments selon 88 (46,8 %) hommes et 75 (45 %) femmes.

- l'absence de médicaments gratuits selon 37 (19,7 %) hommes et 26 (15,6 %) femmes.

- la qualité insuffisante des soins selon 22 (11,7 %) hommes et 18 (10,8 %) femmes.

- le manque de CSPS selon 20 (10,6 %) hommes et 21 (12,6 %) femmes.

- la consultation payante selon 13 (7,8 %) femmes

## **IV. DETERMINANTS DES PROBLEMES DE SANTE DES POPULATIONS**

### **4.1. Assainissement de base**

#### **4.1.1. Lieu d'aisance**

La quasi totalité des ménages (426 soit 92,2 %) utilisait la nature comme lieu d'aisance. Les autres ménages utilisaient des latrines rudimentaires (20 ménages soit 4,3 %) ou améliorées (15 ménages soit 3,5 %).

Seulement 33 (7,3 %) chefs de ménages étaient satisfaits du lieu d'aisance utilisé par leur ménage.

Parmi eux, 6 ménages (18 %) utilisaient des latrines améliorées, 4 ménages (12 %) des latrines rudimentaires et 23 ménages (69,8 %) utilisaient la nature.

Les 418 personnes non satisfaites (92,7 %) utilisaient comme lieu d'aisance la nature (394 ménages soit 94,2 %), des latrines rudimentaires (15 ménages soit 4 %) ou des latrines améliorées (9 ménages soit 2,2 %).

Parmi les personnes malades au cours des 15 jours précédant l'enquête, 219 personnes (88,3 %) utilisaient principalement la nature comme lieu d'aisance.

L'état de santé des 15 derniers jours y compris celui des moins de 5 ans, la mortalité générale ainsi que celle des moins de 5 ans ne différaient pas selon le lieu d'aisance.

#### **4.1.2. Promiscuité**

Le nombre de personnes par pièce à coucher était de 2 dans 250 (54,1 %) ménages, 3 à 4 dans 166 (35,9 %) ménages, 5 et plus dans 45 (9,9 %) ménages.

L'état de santé des 15 derniers jours y compris celui des moins de 5 ans, la mortalité générale ainsi que celle des moins de 5 ans ne différaient pas selon le degré de promiscuité.

## **4.2. Approvisionnement en eau potable**

L'eau potable était inaccessible à 219 (47,4 %) ménages qui puisaient leur eau de boisson au marigot. Parmi les autres ménages, 88 (19 %) utilisaient l'eau du puits, 151 (32,9 %) l'eau de forage et 3 (0,6 %) l'eau de robinet.

Seulement 158 (35,1 %) chefs de ménages se sont déclarés satisfaits de la source d'eau de boisson utilisée par leur ménage.

Parmi eux, 106 ménages (67 %) consommaient l'eau de forage, 3 ménages (1,8 %) l'eau du robinet, 26 (16,5 %) ménages puisaient l'eau au puits et 23 (14,5 %) ménages au marigot.

Les 292 personnes non satisfaites (64,9 %) puisaient leur eau de boisson au marigot (190 ménages soit 65 %), au puits (59 ménages soit 20,2 %) ou au forage (43 ménages soit 14,7 %).

L'état de santé des 15 derniers jours y compris celui des moins de 5 ans, la mortalité générale ainsi que celle des moins de 5 ans ne différaient pas selon la source d'eau de boisson.

## **4.3. Niveau socio économique des ménages**

### **4.3.1. Morbidité et niveau socio économique**

Le taux de morbidité des 15 jours précédant l'enquête selon le niveau socio-économique était le suivant : 4,5 % au niveau inférieur, 7,89 % au niveau moyen et 1,96 % au niveau supérieur. La différence n'était pas significative ( $p = 0,45$ ).

Au sein des malades de moins de 5 ans, le taux de morbidité était d'autant plus élevé que le niveau socio économique était plus faible (30 malades au niveau supérieur, 39 au niveau moyen et 23 au niveau inférieur). La différence était statistiquement significative.

### 4.3.2 Mortalité et niveau socio économique

En considérant la mortalité des enfants de moins de 5 ans, ce sont les enfants du niveau moyen qui ont payé le plus lourd tribut (104 décès) ,suivis de ceux des niveaux supérieur (105 décès) puis inférieur (57 décès). La différence n'était pas statistiquement significative.

## V. ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

### 5.1 Lieu de soins

#### 5.1.1. Lieu de soins des malades

Les malades ont été pris en charge au CSPS (102 malades soit 43,2 %) , dans leur propre famille (101 malades soit 42,8 %), au PSP (17 malades soit 7,2 %) et dans divers autres lieux, en dehors du district ou du pays (16 malades soit 6,8 %) comme l' illustre la figure 15. Aucun malade n'a été soigné au CMA ni au CHR.

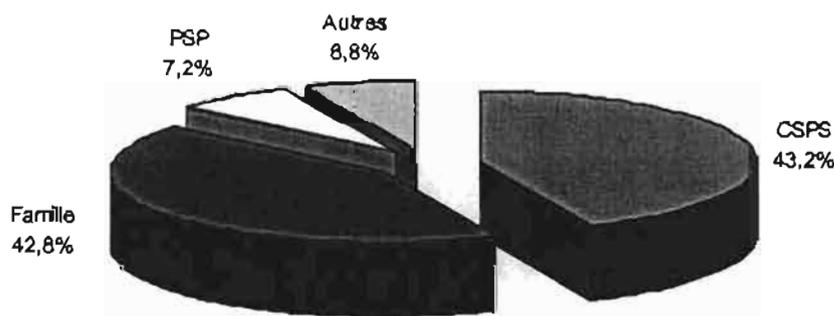


Figure 15: Répartition des malades des 15 derniers jours selon le lieu de soins.

### **5.1.2. Lieu de soins en fonction du sexe**

Les malades qui ont reçu les soins à leur domicile (101 malades soit 43 %) étaient composés d'autant d'hommes que de femmes.

Parmi les 101 (43 %) malades traités au CSPS, 57,5 % étaient des femmes.

Quant au PSP qui a accueilli 17 malades (7,26 %), 14 (5,98 %) étaient des femmes.

### **5.1.3.Lieu de soins selon la maladie**

La diarrhée, les vomissements, les affections respiratoires ont été autant soignés en famille (respectivement 12 cas sur 28, 5 cas sur 11 et 5 cas sur 10 ) qu'au CSPS ( 13, 5 et 4 cas respectivement).

Par contre, la fièvre (36 cas sur 71) et les douleurs abdominales (13 cas sur 20) étaient surtout prises en charge au CSPS.

La rougeole (4 cas sur 4) et les maux de tête (11 cas sur 20 )étaient plutôt pris en charge à domicile. Quelques cas de fièvre (5), de douleurs abdominales (3) et de maux de tête (4) ont été traités au PSP. La différence était statistiquement significative.

### **5.1.4.Lieu de soins des malades selon la taille du ménage**

A partir du tableau XIII, nous avons calculé au sein de chaque groupe de ménages, les proportions de malades traités dans les différents lieux de soins. Les malades issus de ménages de grande taille (plus de 10 personnes ) ont été traités davantage à domicile (31 malades sur 64 soit 48 %) que ceux des ménages de petite (42 malades sur 97 soit 43 %) et de moyenne taille (26 malades sur 69 soit 37 %). Les proportions de malades traités au CSPS sont les mêmes (44 malades sur 97 et 29 malades sur 64 soit 45 %) pour les ménages de petite (3 à 6 personnes) et de grande taille.

Il existe une liaison significative entre le lieu de soins et la taille du ménage.(p = 0,03)

**Tableau XIII: Lieu de soins selon la taille du ménage**

	<b>Famille</b>	<b>PSP</b>	<b>CSPS</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>3 à 6 personnes</b>	42	5	44	6	97
<b>7 à 10 personnes</b>	26	10	26	7	69
<b>&gt; 10 personnes</b>	31	2	29	2	64
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>17</b>	<b>99</b>	<b>15</b>	<b>230</b>

#### **5.1.5.Lieu de soins selon le niveau socio-économique**

En procédant de la même façon que précédemment à l'aide du tableau XIV, nous avons obtenu les résultats suivants :

Le pourcentage de malades traités en famille diminuait au fur et à mesure que le niveau socio économique s'élevait . Il passait en effet de 53 % (42 malades sur 79) pour le niveau inférieur à 39,5 % (51 malades sur 129) pour le niveau moyen puis à 27 % (6 malades sur 22) pour le niveau supérieur.

Le pourcentage de malades traités au CSPS augmentait au fur et à mesure que le niveau socio économique s'élevait. Il passait en effet de 30 % (24 malades sur 79) pour le niveau inférieur à 48 % (62 malades sur 129) pour le niveau moyen puis à 59 % (13 malades sur 22) pour le niveau supérieur.

La différence n' était pas statistiquement significative.(0,2 < p < 0,1)

**Tableau XIV : Lieu de soins selon le niveau socio économique**

	<b>Niveau inférieur</b>	<b>Niveau moyen</b>	<b>Niveau supérieur</b>	<b>Total</b>
<b>Famille</b>	42	51	6	99
<b>PSP</b>	11	4	2	17
<b>CSPS</b>	24	62	13	99
<b>AUTRES</b>	2	12	1	15
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>129</b>	<b>22</b>	<b>230</b>

**5.1.6.Lieu de soins des personnes décédées au cours des douze derniers mois en fonction de l'âge**

La moitié des enfants de moins de 5 ans décédés (13/26) a été soignée au CSPS. Cette tranche d'âge constituait également la moitié des personnes décédées traitées au CSPS. Les soins à domicile ont concerné dans 24 cas soit 56% , des adultes de 40 ans et plus et dans 10 cas soit 23 % , des enfants de moins de 5 ans. La différence n'était pas statistiquement significative.(0,5<p<0,3 )

**5.1.7.Lieu de soins des personnes décédées au cours des douze derniers mois en fonction de la nature de la maladie**

La majeure partie des cas de diarrhée (7 cas sur 9) et de malnutrition (5 cas sur 5). était traitée au CSPS. La fièvre était autant traitée à domicile (10 cas sur 19) qu'au CSPS (8 cas sur 19). Il en était de même pour les affections respiratoires (3 cas de part et d'autre). Les douleurs abdominales et les convulsions étaient préférentiellement traitées à domicile (7 cas sur 12 et 6 cas sur 7 respectivement). La différence était statistiquement significative. (p < 0,05)

### 5.1.8.Lieu de soins des enfants décédés avant l'âge de 5 ans selon le sexe

Les filles ont été plus traitées à domicile (85 filles soit 51,2 %) que les garçons qui prédominaient au niveau du CSPS ( 42 garçons soit 53,1 %). La différence n 'était pas statistiquement significative.

(p = 4,03)

### 5.1.9 Lieu de soins des enfants décédés avant l'âge de 5 ans selon la nature de la maladie

La fièvre (48 cas sur 72), les convulsions (35 cas sur 56) et la rougeole (20 cas sur 25) ont été surtout traitées à domicile, contrairement à la diarrhée (12 cas sur 22), aux vomissements (3 cas sur 3) et aux affections respiratoires (4 cas sur 8)qui ont été surtout traités au CSPS.

La différence n'était pas statistiquement significative.(0,05<p<0,1)

### 5.2.Distance parcourue par les malades pour les soins

Cette distance variait de 0 à 210 avec une moyenne de 5,25 km. La figure 16 montre la distance parcourue par les malades dans la recherche de soins.

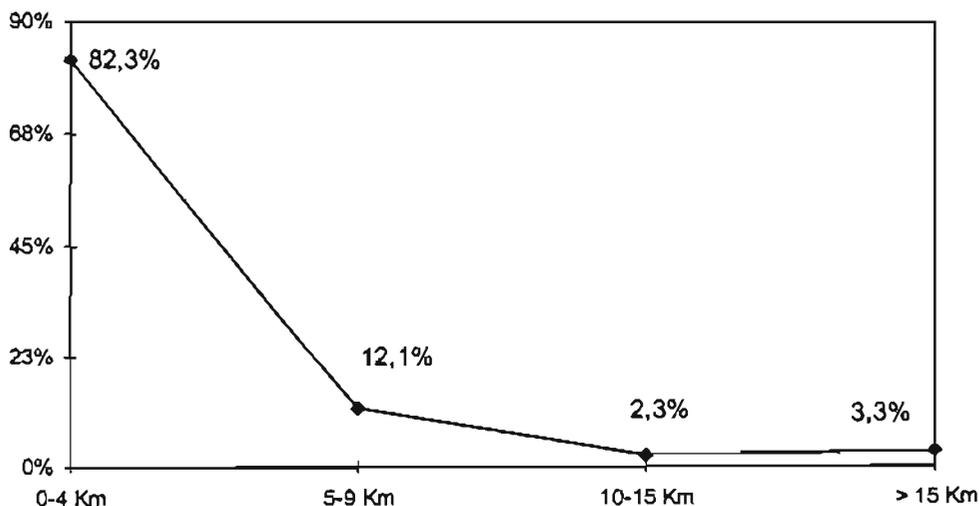


Figure 16: Répartition des malades des 15 derniers jours selon la distance parcourue pour les soins.

### **5.3.Moyen de transport utilisé**

Les soins ont été reçus sans déplacement du malade dans 29,6 % des cas (75 malades). Les malades se sont déplacés à pieds dans 28,6 % des cas (72 malades), à vélo dans 23,9 % des cas (60 malades), à l'aide d'une motocyclette dans 11,3 % des cas (28 malades) ou d'autres moyens de déplacement (ambulance, charette...) dans 6,6 % des cas (17 malades).

### **5.4.Personne soignante**

#### **5.4.1. Personne soignante des malades**

Les malades ont été soignés par l'infirmier (110 malades soit 43,2 % des cas), par un membre de la famille (87 malades soit 34,4 % des cas) , par l' ASV (28 malades soit 11,1 % des cas ), par le guérisseur (17 malades soit 6,6 % des cas et par d'autres thérapeutes (médecin : 5 malades soit 1,6 % des cas , tradipraticien :5 malades soit 1,8 % des cas).

#### **5.4.2.Personnes soignantes des personnes décédées au cours des douze derniers mois**

L'infirmier a été sollicité par 42 (46,7 %) personnes, un membre de la famille par 36 (40 %) personnes , le guérisseur par 6 (6,7 %) personnes et d'autres thérapeutes (ASV, Médecin, Tradipraticien) par 4 (4,4 %) personnes.

#### **5.4.3.Personnes soignantes des enfants décédés avant l'âge de 5 ans**

Parmi ces enfants décédés, 157 (58,4 %) ont été traités par un membre de leur famille, 81 enfants (30,1 %) par l'infirmier, 19 enfants (7,1 %) par le guérisseur. Les 10 autres enfants (4,3 %) ont été traités par diverses autres personnes telles que l'ASV, le médecin, le tradipraticien ou le marabout.

## **5.5. Evolution de la maladie en fonction de la personne soignante**

Parmi les 115 malades guéris, 58 (50,4 %) ont été soignés par l'infirmier, 36 (31,3 %) par la famille et 12 (10,4 %) par l'ASV. Parmi les 107 toujours malades, 50 (46,7 %) ont été soignés par l'infirmier, 24 (26,16 %) par la famille, 13 (12 %) par l'ASV et 12 (11 %) par le guérisseur. La différence n'était pas statistiquement significative.

## **5.6. Satisfaction par rapport aux soignants**

### **5.6.1. Personne à consulter en cas de nouvel épisode de maladie**

L'infirmier serait à nouveau volontiers sollicité en cas de maladie par 75 (29,74 %) personnes interrogées.

Concernant les autres soignants, 34 enquêtés (13,41 %) consulteraient volontiers chez le guérisseur, 28 (11,28 %) ont opté pour le tradipraticien, 24 (9,57 %) pour le médecin, 13 (5,05 %) se contenteraient d'une auto médication.

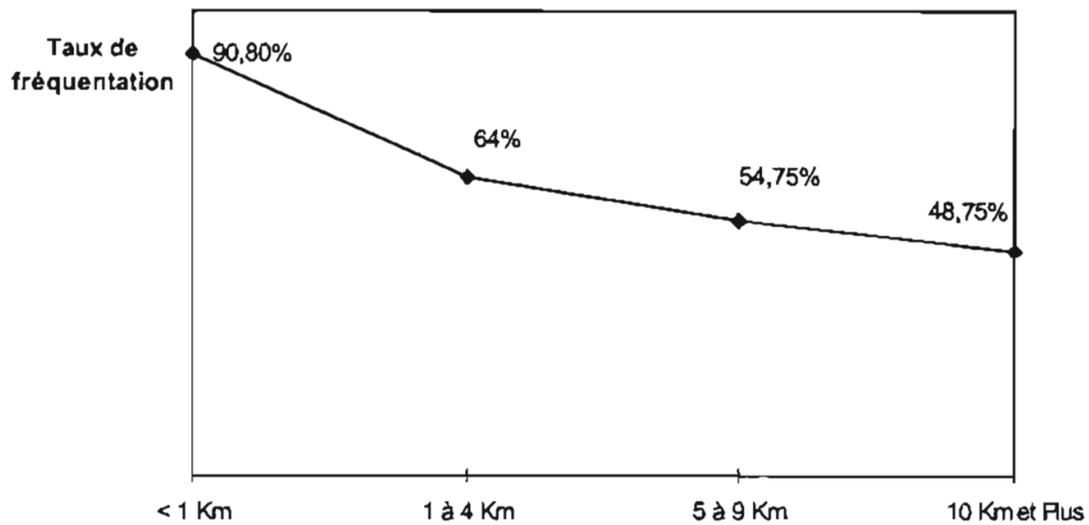
### **5.6.2. Personne chez laquelle les malades ne retourneront pas**

Une faible proportion de personnes (5 soit 1,8 %) a décidé de ne plus retourner chez le guérisseur et chez l'infirmier (4 soit 1,5 %). La majorité des personnes interrogées (217 soit 86,3%) n'a pas donné d'avis sur cette question.

## **5.7. Utilisation du CSPA**

Une forte proportion des personnes interrogées, 175 (37,96 %) femmes et 138 (29,93 %) hommes ne s'était jamais rendue au CSPA pour des soins.

Par contre, dans 295 (64,4 %) ménages, un membre du ménage s'y était déjà rendu. Parmi eux, 280 soit 95,06 % y retourneraient volontiers pour des soins. La fréquentation du CSPA variait selon la distance à parcourir comme le montre la figure 17 :



**Figure 17: Fréquentation des centres de santé en fonction de la distance village - formation sanitaire**

Les raisons avancées par ceux qui ne fréquentent pas les services de santé étaient les suivantes:

- le coût élevé des soins dans 51,4 % des cas (71 personnes),
- l'inexistence de maladie assez grave pour nécessiter un traitement au CSPS dans 21,7 % des cas (30 personnes),
- l'éloignement du CSPS dans 19,6 % des cas (27 personnes),
- d' autres raisons (absence de médicaments gratuits, rumeurs sur le personnel de santé ) ont été évoquées dans 7,3 % des cas (10 personnes).

## 5.8. Coût du traitement

### 5.8.1. Coût de la consultation

Comme présenté par la figure 18, 159 malades (63,2 %) n'ont rien payé pour la consultation, 62 (24,6 %) malades ont payé au plus 100 francs, 21 (8,5 %) malades ont payé entre 100 et 500 francs et 10 (3,7 %) malades plus de 500 francs.

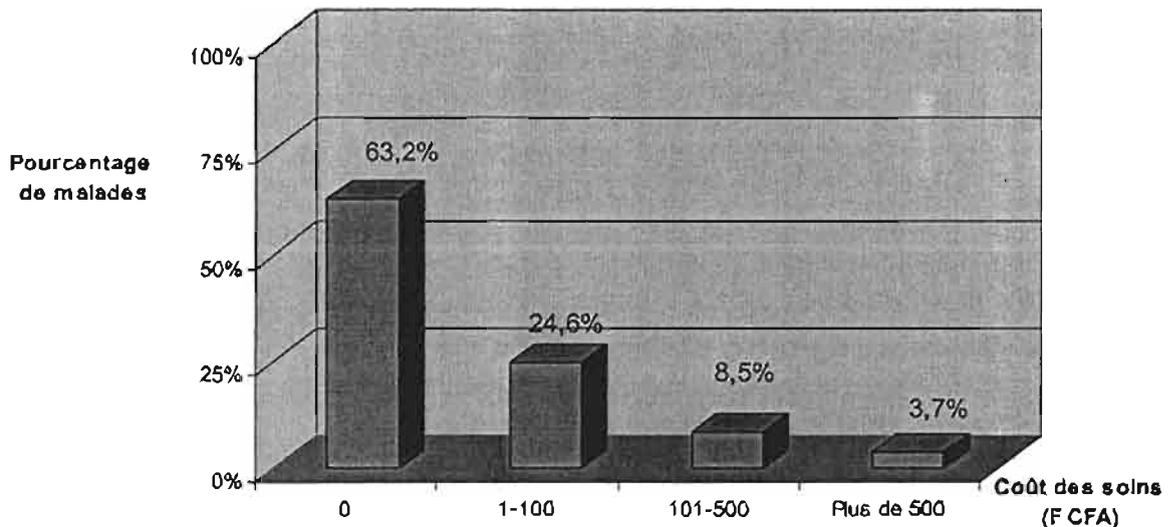


Figure 18: Répartition des malades des 15 jours précédant l'enquête selon le coût de la consultation.

### 5.8.2. Coût des médicaments

La figure 19 montre que 52 malades (24,4%) n'ont pas acheté de médicaments et 61 malades (30,5%) ont dépensé moins de 1000 francs.

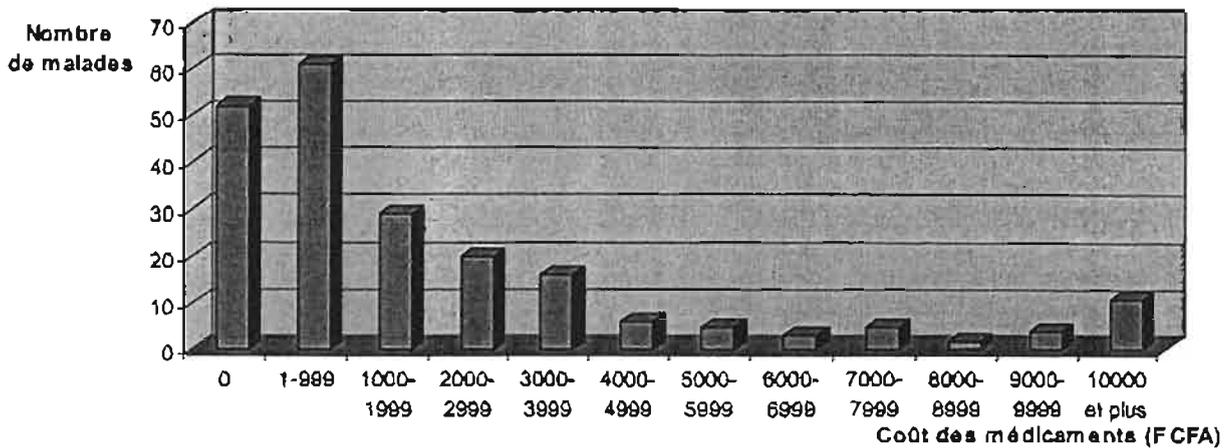


Figure 18: Dépenses en médicaments des malades des 15 jours précédant l'enquête.

Pour ce qui est du coût du traitement (consultation et médicaments), 64 malades (25,5 %) n'ont rien payé, 77 malades (30,5 %) ont payé moins de 1.000 francs, 74 malades (29,5 %) ont payé entre 1.000 et 5.000 francs CFA et 37 malades (14,5 %) ont payé plus de 5.000 francs CFA.

En fonction de la personne soignante, le coût du traitement différait, ainsi que représenté par la figure 20. C'est ainsi que les soins gratuits prédominaient chez les malades traités par un membre de la famille ou par le guérisseur. Les soins les plus chers (plus de 1000 francs) ont été dispensés par l'infirmier.

La différence était statistiquement significative. (  $p < 0,00000001$  )

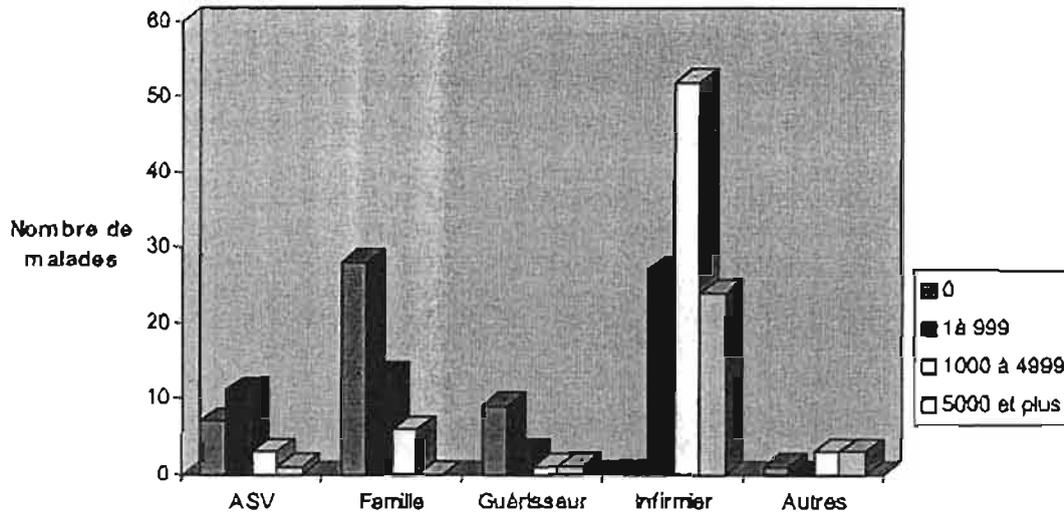


Figure 20: Coût du traitement des malades des 15 jours précédant l'enquête, selon le soignant.

## 5.9. PERCEPTION DES POPULATIONS SUR LES PSP

### 5.9.1. Connaissance de l'existence d'un PSP dans le village

Il nous a été donné de constater que les populations et surtout les femmes n'étaient pas toujours informées de leur existence.

Dans les quatre villages avec PSP ou ASV formé, le nombre de personnes connaissant l'existence du PSP était le suivant :

- Kassita : 22 hommes (73,3%) et 20 femmes (66,6%).
- Barandjira : 18 hommes (60%) et 10 femmes (33,3%).
- Donko : 14 hommes (46,6%) et 13 femmes (43,3%).
- Kodjo Tioboulon : 2 hommes (6,66%) et aucune femme

### 5.9.2. Fréquentation du PSP

La fréquentation du PSP était de 67,9 % soit 146 hommes et de 78,8 % soit 134 femmes.

### 5.9.3. Acceptabilité des PSP

Les enquêtés, 213 (76 %) hommes et 193 (66 %) femmes se sont montrés favorables à l'installation d'un PSP dans leur village, qu'il y

ait déjà une formation sanitaire ou non, et quelle que soit la distance qui les sépare de la formation sanitaire la plus proche. Certains d'entre eux, 21(7,5 %) hommes et 13 (5 %) femmes qui vivent pour la plupart dans des villages avec formation sanitaire, ont émis un avis défavorable par rapport à l'installation d'un PSP. D'autres enfin (76 hommes soit 16,5 % et 133 femmes soit 29 %) n'avaient pas d'opinion.

#### **5.9.4. Caractéristiques de l'Agent de Santé Villageois**

L'ASV devrait être de préférence

- « Agé » selon 183 femmes (50,6%) et 206 hommes (51,1%) interrogés
- Un homme selon 129 femmes (35,6%) et 218 hommes (54,4%) interrogés
- Instruit selon 251 femmes (69,3%) et 273 hommes (68,3%) interrogés
- Expérimenté selon 216 femmes (59,7%) et 250 hommes (62,5%) interrogés

#### **5.9.5. Mode de sélection de l'Agent de Santé Villageois**

- L'ASV devrait être sélectionné de préférence par les villageois selon 138 femmes (38,2%) et 185 hommes (46,1%) interrogés

#### **5.9.6. Rémunération de l'Agent de Santé Villageois**

La majorité des personnes interrogées (343 femmes soit 94,8% et 365 hommes soit 91% estime que l'ASV doit être rémunéré. La source de rémunération proposée est

- le gouvernement : 232 femmes (67,6 %)et 234 hommes (63,1%)
- les villageois :37 femmes (10,8%) et 75 hommes (20,2%)
- le gouvernement et les villageois : 74 femmes (21,6%) et 62 hommes (16,7%).

# **COMMENTAIRES**

## **I. PROFIL SOCIO ECONOMIQUE DE L'ECHANTILLON**

Le nombre de ménages interrogés initialement prévu à 480 n'a pu être atteint du fait de la saison pluvieuse qui a diminué la disponibilité des populations. Nous avons donc pu interroger 461 ménages, soit un taux de participation de 85, 42%.

L'interview des ménages par des personnes travaillant pour PLAN International a pu induire pour certaines questions des réponses biaisées , compte tenu du contexte socio culturel. En effet, certaines populations ont souvent tendance à donner des réponses positives tant que celui qui interroge apparaît comme représentant d'un bailleur de fonds.

### **1.1. Taille des ménages**

La taille moyenne de 7,2 personnes par ménage retrouvée dans notre série est comparable à celle de la majorité des pays en développement (SAWADOGO et Coll. dans le Namentenga : 6,6 personnes ; FLORI au Niger : 7 personnes et O'CONNOR en Afghanistan : 7,7 personnes.

### **1.2. Age des enquêtés**

A l'image des populations africaines, notre population est essentiellement jeune avec des moyennes d'âges de 43,1 ans chez les hommes et 33,7 ans chez les femmes. Des résultats similaires (44,2 ans et 33,1 ans ) avaient été retrouvés par SAWADOGO et Coll [45]. La faible représentativité des femmes dans les tranches d'âges de plus de 50 ans est due au fait que nous avons préféré interroger les femmes en âge de procréer pour avoir le maximum d'informations en matière de santé de la reproduction.

### **1.3. Statut matrimonial des enquêtés**

Notre pourcentage de ménages polygames (36,2%) est proche de celui des différentes études réalisées au Burkina Faso (31,5% chez Derra au Seno et 33,5% chez Sawadogo et Coll au Namentenga).

### **1.4. Profession des enquêtés**

Les proportions majoritaires de cultivateurs et de ménagères reflètent l'état de la population rurale du Burkina Faso.

### **1.5. Niveau d'instruction des enquêtés**

Le niveau d'instruction des femmes était plus faible que celui des hommes. Ce résultat est en accord avec les statistiques nationales [18, 40] et a également été confirmé par FLORI au Niger en 1993 [13].

## **II. NATURE DES PROBLEMES DE SANTE DES POPULATIONS**

### **2.1. Morbidité**

Pour les enquêtes par interrogatoire, de nombreux auteurs ont préconisé une période de remémoration de deux semaines, du moins en ce qui concerne la morbidité générale et l'utilisation des soins de santé . Nous avons donc procédé de la sorte.

Il faut dire que l'ampleur des problèmes de santé dépend de plusieurs facteurs :

- la méthodologie d'enquête : LESSER à Nouna [23] n'avait pas pris en compte les maladies ou symptômes traités à la maison

- la période d'enquête : La brièveté de notre passage ne nous a pas permis de déterminer un taux annuel de morbidité, compte tenu des variations saisonnières de certaines maladies

- les caractéristiques de la population : Dans une étude comparative réalisée par VAUGELADE [52], du fait des différences culturelles, pour être déclaré malade, il fallait être alité chez les Samo alors que les Mossi n'hésitaient pas à déclarer des maladies non invalidantes.

Selon l'INSD [19], le taux de morbidité croît au fur et à mesure que le niveau de vie s'élève car la demande de soins est liée à la capacité à faire face aux soins de santé.

Ainsi, notre taux de morbidité de 7,47% est proche de celui de SAWADOGO (7,5%) mais bien différent de ceux de DEVELAY [11] à Ouagadougou (27,9%), de AUDIBERT [1] en Côte d'Ivoire (25%) et de O'CONNOR [34] en Afghanistan (22%).

### **2.1.1. Répartition des épisodes de maladies**

Develay en 1991 à Ouagadougou avait aussi retrouvé une prédominance des maladies fébriles à un taux similaire aux 30 % de notre série : 27,6 % des cas. Il en est de même pour Derra au Séno.

Les principales affections signalées sont le reflet de la situation sanitaire nationale. En effet, les maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, fièvres, douleurs abdominales et diarrhée, affections respiratoires...) constituent les principales plaintes des populations.

### **2.1.2. Répartition des malades selon l'âge et le sexe**

Nous avons retrouvé le maximum de malades dans la tranche d'âge de moins de 5 ans. Nos résultats sont similaires à ceux habituellement retrouvés et qui montrent une prédominance de la tranche d'âge de moins de 5 ans [13, 55] et des personnes âgées de plus de 45 ans [11,13, 34, 45, 55 ].

La prédominance féminine a été confirmée par O'CONNOR . Elle pourrait s'expliquer par le fait que les réponses relatives aux maladies des 15 derniers jours ont été données par les femmes qui auraient sans doute signalé les moindres malaises les concernant.

### **2.1.3. Maladies perçues comme graves dans les ménages.**

Les maladies citées par les personnes interrogées nous permettent d'affirmer comme O'CONNOR [34] et DIESFIELD [12] que la notion de gravité est surtout liée au caractère fatal de la maladie. En effet, les maux de ventre, le paludisme, la diarrhée, la toux, la rougeole citées comme étant les plus graves correspondent aux principales causes des décès enregistrés au cours des 12 derniers mois. Les mêmes affections avaient été retrouvées par SAWADOGO et Coll. dans le Namentenga et par DIESFIELD et Coll. dans la Kossi.

### **2.1.4. Problèmes à combattre dans le village.**

Les 5 principaux problèmes des populations étaient, aussi bien selon les hommes que selon les femmes, le manque d'eau potable, la pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'éloignement du CSPS et les maladies. Il faut noter cependant deux aspects relevés surtout par les femmes : il s'agit du manque de moulin à grains et du coût élevé des médicaments. Cela serait la traduction d'une part de l'excès de travaux pénibles qui fragilise l'état de santé des femmes et d'autre part de leur faible pouvoir d'achat qui les rend dépendantes des hommes. Ce

constat a également été fait par NOUGTARA et Coll. [32] qui ont suggéré de réduire la surcharge de travail dont les femmes sont victimes par des actions de sensibilisation, en collaboration avec des ONG de promotion de la femme.

#### **2.1.5. Besoins exprimés par les villageois pour être en bonne santé.**

Les besoins de santé exprimés par les populations sont en relation avec les principaux problèmes à combattre. Ils se résument en eau potable, infrastructures sanitaires, apport alimentaire et diminution du prix des produits pharmaceutiques. Le besoin en eau potable est général quand on sait que 11 % de la population rurale du pays n'a pas accès à l'eau potable [19] . C'est un problème dont la résolution permettrait de rompre le cercle vicieux de certaines maladies liées à l'eau.

La demande en infrastructures sanitaires (construction d'un CSPS, d'une maternité, d'un laboratoire...) ne peut être satisfaite qu'après avoir atteint un certain seuil d'utilisation des services et selon différents autres critères tels que la taille de la population desservie.

Pour ce qui est de la demande de diminution du prix des médicaments, nous disons que la politique de recouvrement des coûts et de l'Initiative de Bamako en général semble avoir entraîné l'effet contraire. En fait, les populations habituées à la gratuité, comprennent mal qu'on leur demande de payer désormais. Hormis cela, il semble que les hausses successives des prix des MEG aient fini par renchérir leurs coûts initialement abordables. Il faudrait alors revoir à la baisse la marge bénéficiaire des dépôts de vente si l'on veut vraiment rendre les médicaments accessibles à tous [50].

## **2.2. Mortalité**

### **2.2.1. Nombre de décès des 12 mois précédents.**

Comme VAUGELADE [53], nous pensons que seule l'observation suivie peut donner des résultats corrects sur le niveau de la mortalité. Les résultats d'une enquête rétrospective sont bien différents de ceux d'une observation suivie et laissent apparaître une sous estimation.

Notre taux de mortalité de 26,9 pour 1000 est comparable à celui de O'CONNOR (24, 2%) mais inférieur à celui de SAWADOGO et Coll (33,2%). Cette différence pourrait s'expliquer par l'impact des campagnes de vaccination et de la stratégie avancée, de plus en plus appliquées au fil des ans.

### **2.2.2. Répartition des personnes décédées selon l'âge et le sexe.**

Nos résultats confirment la tendance de la plupart des études qui montrent une prédominance de la mortalité dans les tranches d'âge de moins de 5 ans et de plus de 45 ans. En effet, près d'un tiers des décès des 12 derniers mois ont intéressé des enfants de moins de 5 ans (26 enfants pour 92 décès).

Contrairement à notre série, SAWADOGO et Coll avaient noté une prédominance féminine (57,8%) par rapport aux décès.

### **2.2.3. Causes présumées des décès des 12 mois précédents.**

Les affections associées à des décès au cours des 12 mois précédant l'enquête sont celles qui ont été citées par les populations comme étant les plus graves. Il s'agit en effet de la fièvre, des douleurs abdominales, de la diarrhée, de la toux... Le paludisme qui n'est pas apparu ici est souvent confondu avec toute fièvre (d'autant plus que nous sommes en zone d'endémie) ce qui fait que nous l'avons inclus dans le groupe des

affections fébriles. Ces mêmes causes ont constitué 64,3% des décès enregistrés au cours des 12 derniers mois dans l'étude de O'CONNOR [34]. DIESFIELD [12] avait relevé comme principales causes de décès la rougeole, la toux, les maux de ventre, les accouchements, la fièvre...

#### **2.2.4.Mortalité infanto juvénile des 12 mois précédents.**

L'effectif retrouvé dans notre étude (26 enfants) est vraisemblablement sous estimé. Nous pensons comme VAUGELADE que cela serait dû au sentiment d'incertitude face à l'avenir de l'enfant, considéré jusqu'à 5 ans comme un " étranger " parce que n'étant pas encore socialisé.

#### **2.2.5.Répartition des enfants décédés au cours des 12 mois précédents selon le sexe et la cause probable du décès.**

La prédominance de décès d'enfants de sexe masculin dans notre série n'était pas statistiquement significative. La plupart des études mettent en exergue une mortalité plus accentuée chez les petites filles [34] et un biais tendant à mieux traiter les garçons [15]. Les différences de causes selon le sexe ne sont pas non plus statistiquement significatives. Par ailleurs, les causes présumées des décès d'enfants au cours des 12 derniers mois sont les mêmes que celles que les mères ont déclarées pour la totalité de leurs enfants décédés. Il faut noter cependant que la rougeole a été très peu citée parmi les causes récentes de décès, signe probable des effets de la vaccination au fil des ans.

## **2.3. SANTE DE LA REPRODUCTION**

### **2.3.1. Maternité**

#### **2.3.1.1. Antécédents obstétricaux**

Au vu des antécédents obstétricaux déclarés par les femmes interrogées, nous pouvons dire que :

- Il existe un fort taux de grossesses précoces (1/3 des femmes ont eu leur première grossesse avant 18 ans). Cet état de fait est en relation avec les mariages précoces, pratique courante dans la région. DERRA au Séno (zone à fort taux de mariages précoces) [10] avait également trouvé que 83,07% des femmes avaient eu leur première grossesse avant 20 ans.

- La multigestité et la multiparité étaient de règle (6 grossesses et 5 accouchements en moyenne par femme. Des résultats similaires avaient été trouvés par SAWADOGO [45], DIESFIELD [12] et O'CONNOR [34]. Ils confirment le besoin des populations des pays en développement de combler le déficit en ressources par la richesse que constituent les enfants à leurs yeux.

- Il existe un taux assez élevé d'avortements (1/3 des femmes ont déjà vécu au moins un avortement) confirmé par d'autres auteurs tels que DERRA, 23% [10], SAWADOGO, 25% [45] et DIESFIELD, 58% [12], qui ont donné des résultats assez voisins. Nous expliquons cela par les conditions de vie pénibles des femmes en milieu rural, par un manque de suivi des grossesses (faible fréquentation des services de soins préventifs, en particulier ceux de consultation prénatale).

- Le nombre idéal d'enfants par femme (6,5) traduit la tendance à la grande famille qui caractérise les ménages de notre pays. Il se rapproche de l'indice synthétique de fécondité qui est de 6,9 au niveau national [17].

La moyenne de 4 enfants vivants par femme est pratiquement identique à celle des autres études menées au Burkina Faso ( 3,4 chez SAWADOGO [45], 3,6 chez DIESFIELD [12] et ailleurs (3,93 chez O'CONNOR [34] en Afghanistan ).

- La mortalité infanto juvénile était élevée ; près de la moitié des femmes (46,6%) avaient perdu au moins un enfant. La moyenne d'un enfant décédé par femme est proche de celle de SAWADOGO (1,5 enfants par femme) [5], et de celle de DIESFIELD (1,3 enfants par femme) [19].

#### **2.3.1.2. Age et sexe des enfants décédés**

Nos résultats viennent confirmer ce qui est déjà établi en matière de mortalité infanto juvénile (mortalité plus élevée chez les enfants de 0 à 11 mois). En effet, 55% des enfants décédés avaient moins d'un an et plus de la moitié étaient des filles. Selon le rapport du PNUD sur le développement humain durable 1997 [39], les mortalités infantile et juvénile se chiffrent respectivement à 114,6 pour mille et 79,4 pour mille. D'où la nécessité de se pencher davantage sur les problèmes de morbidité et de mortalité infanto juvénile.

#### **2.3.1.3. Causes de décès des enfants**

Il nous a été difficile d'identifier avec précision les causes de décès des enfants compte tenu du caractère rétrospectif de ce chapitre et du fait que dans une forte proportion de cas, aucun diagnostic clinique n'avait été établi avant le décès. Nous nous sommes donc contentés

des déclarations de la mère en demandant les manifestations cliniques observées avant le décès.

Les différentes causes de décès des enfants de moins de 5 ans (fièvre, paludisme, diarrhée, affections respiratoires, rougeole) sont celles habituellement citées et qui font l'objet de différents programmes de protection infantile. Il faut noter parmi elles une proportion non négligeable de rougeole (9,3%), maladie évitable par la vaccination.

### **2.3.2. Espacement des naissances**

#### **2.3.2.1. Nombre d'enfants supplémentaires désiré**

Il est beaucoup plus important chez les hommes que chez les femmes. Ces dernières sont plus nombreuses à ne plus vouloir d'enfant que les hommes. Cela traduit les divergences de points de vue en ce qui concerne la taille du ménage et pourrait également révéler une tendance à la polygamie chez les hommes (le nombre d'enfants désiré par certains hommes est impossible à réaliser par une seule femme). Ce besoin de famille nombreuse semble en contradiction avec les problèmes d'insécurité alimentaire posés par les populations. Il est également tributaire d'une forte morbidité (il y a moins de temps et de ressources disponibles pour chacun des membres de la famille [27] et d'une mortalité élevée (l'existence d'une famille nombreuse grève le budget familial et perpétue la forte mortalité [34]). Mais les populations semblent toujours considérer l'enfant comme une richesse et une main d'œuvre gratuite. Cette vision doit être modifiée par des actions d'ITEC compte tenu de l'appauvrissement croissant des sols et de la possibilité de mécanisation de l'agriculture.

### **2.3.2.2. Désir d'espacement des naissances et connaissance des méthodes contraceptives.**

Notre proportion de personnes désirant espacer les naissances (98,3 %) est largement supérieur à celui de SIA au Sanmatenga en 1998 (92,34 %).

Le désir d'espacement des naissances est inversement proportionnel à la connaissance des méthodes contraceptives, traduisant ainsi un besoin non satisfait. Ces deux notions sont beaucoup plus marquées et exprimées chez les femmes que chez les hommes.

### **2.3.2.3. Utilisation des méthodes contraceptives.**

Notre taux d'utilisation des méthodes contraceptives (15,7%) apparemment très élevé par rapport à la prévalence contraceptive nationale de 6,3 % [32] s'expliquerait par l'inclusion des méthodes contraceptives traditionnelles. Il est globalement proportionnel au niveau de connaissance des méthodes contraceptives mais il faut noter un discret décalage entre la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives qui s'expliquerait entre autres par la non disponibilité des méthodes.

### **2.3.2.4. Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives.**

La principale raison de non utilisation des méthodes de planification familiale est l'ignorance selon 50% des femmes et 62 % des hommes. SAWADOGO et Coll en 1994 au Namentenga évaluaient à 40,3% le taux d'ignorance des méthodes contraceptives. Cette situation est la traduction à la fois du faible niveau d'instruction des populations et de l'insuffisance d'IEC. Le rôle des époux reste prépondérant quand on considère les 34 % de femmes qui affirment le refus de leur mari.

### **III. IMPACT DU DEVELOPPEMENT SUR LA SANTE DES ENFANTS, DES FEMMES ET SUR LES SERVICES DE SANTE**

#### **3.1. Opinions sur la santé des enfants.**

La différence d'opinions perceptible entre hommes et femmes sur la santé des enfants dénote d'une plus grande sensibilité des mères concernant la santé de leurs enfants. O' CONNOR avait également mis en exergue une opinion plus défavorable des femmes quant à la santé des enfants (61,4% des femmes contre 36,3% des hommes). Dans tous les cas, morbidité élevée, pauvreté et absence de vaccination justifient selon les enquêtés, la non amélioration de la santé des enfants. Ces raisons sont en accord avec les résultats du rapport du PNUD sur le développement humain durable 1997 [39] qui dit que les principales causes de mortalité infanto juvénile sont les maladies endémo épidémiques et la régression du taux de couverture vaccinale.

L'autre facteur évoqué aussi bien comme déterminant de la santé des enfants que des femmes est la pauvreté . Cela se justifie parfaitement car " le phénomène de pauvreté pèse plus lourdement sur l'accessibilité aux soins de santé que les facteurs tels que les infrastructures ou la qualité des soins " [39].

#### **3.2. Opinions sur la santé des femmes.**

Selon la majorité des enquêtés, la santé des femmes ne s'est pas améliorée au cours des cinq dernières années. Selon les statistiques nationales [18,19,49], les femmes utilisent moins les services de santé que les hommes et cette utilisation est également en baisse. Parmi les raisons évoquées pour justifier la non amélioration de la santé des femmes, la morbidité élevée occupe la première place. Elle est la grande pourvoyeuse des décès maternels dont le taux est en évolution croissante (350 pour 100000 naissances vivantes en 1990, 492 en

1995 et 930 de nos jours). Pendant ce temps, le taux de couverture obstétricale est en baisse [20].

En dehors de la pauvreté dont nous avons déjà parlé, un autre déterminant de la santé des femmes se retrouve dans les travaux pénibles. Il a été évoqué aussi bien par les hommes que par les femmes et traduit une fois de plus la division du travail, fondée sur le sexe et qui rend précaire la santé des femmes.

Le manque de soins évoqué ensuite serait la résultante des travaux pénibles, du faible taux de fréquentation des services de santé, de couverture contraceptive, prénatale et obstétricale.

### **3.3. Opinions sur les services de santé.**

Les opinions sur les services de santé sont assez diversifiées mais on note cependant une tendance nette à l'opinion négative. Les raisons alors évoquées sont relatives aux coûts des médicaments, à la qualité des soins à l'absence de médicaments gratuits et au manque d'infrastructures sanitaires. Nous nous accordons avec le PNUD [39] pour dire que les faibles taux de consultation semblent liés davantage à la pauvreté et au coût trop élevé de la santé (et particulièrement des médicaments) plutôt qu' à un manque d'accès géographique ou de qualité des soins.

Les enquêtés ayant émis une opinion positive sur les services de santé citent leur bon fonctionnement qui se traduit entre autres par la disponibilité de médicaments efficaces, la construction d'infrastructures sanitaires...Des opinions similaires avaient été émises lors de l'enquête d'opinion sur les services de santé [13] mais seulement avec des proportions différentes :88,77% des personnes trouvaient le coût des soins élevé et 47% l'organisation des services de santé satisfaisante.

## **IV.DETERMINANTS DES PROBLEMES DE SANTE DES POPULATIONS.**

### **4.1. Assainissement de base**

Un manque crucial de latrines a été mis en évidence au cours de notre étude (7,8% des personnes interrogées ont déclaré utiliser des latrines alors que le taux national est de 16,7% [40]). L'insatisfaction ici est beaucoup plus marquée que pour l'eau de boisson mais il faut noter que la majorité de ceux qui se disent satisfaits (70%) utilisent la nature. Cela constitue la preuve d'une non disposition au changement et donne une idée du travail d'IEC qui reste à faire pour obtenir un changement de mentalités et de comportement. O'CONNOR en Afghanistan avait également trouvé une satisfaction plus grande par rapport à la source d'eau de boisson (78%) que par rapport au lieu d'aisance (55%).

### **4.2. Approvisionnement en eau potable**

Nous convenons avec VAUGELADE [53] qu'il est difficile de consommer de l'eau potable en milieu rural du fait que l'approvisionnement à une pompe toute l'année est exceptionnel, que les puits sont souvent mal protégés et que même si l'eau n'est pas polluée au départ, elle peut être contaminée au cours de son transport ou de son stockage.

La consommation d'eau potable de 52,2% est sans doute non exclusive car au niveau national, 28,5% des ménages consomment exclusivement de l'eau potable [40].

La satisfaction par rapport à la source d'eau de boisson a été exprimée par 35,1% des chefs de ménage bien que 14,5% d'entre eux consommaient de l'eau manifestement non potable (marigot ). Il y a lieu de mettre fin à ces pratiques si l'on veut diminuer le taux de morbidité quand on sait qu' un environnement malsain est facteur de maladies.

Il faut noter que la grande majorité des chefs de ménages n'était pas satisfaite de leur source d'eau de boisson (64,8%). L'insatisfaction liée à l'eau de puits (20,2%) serait due à l'insuffisance de protection et aux récipients utilisés pour la puiser, sources de souillures. Quant au forage, la difficulté d'entretien (fréquence de pannes) serait à l'origine de l'insatisfaction.

#### **4.3. Niveau socio économique**

Des études ont montré que son utilité dans les analyses économiques pose problème du fait de l'ambiguïté de sa mesure en milieu rural. Il aurait été plus pratique d'opter pour la mesure des dépenses du ménage.

Les différents niveaux socio économiques issus de notre classification n'ont pas fait ressortir de lien statistiquement significatif entre le niveau socio économique et la vulnérabilité par rapport à la maladie.

## **V. ITINERAIRES THERAPEUTIQUES**

### **5.1. Lieu de soins**

#### **5.1.1. Lieu de soins des malades.**

La proportion de malades traités au CSPS était sensiblement égale à celle de la famille (43,2% et 42,8% respectivement). Ce résultat est proche de celui de SONDO [47] (48,7% de recours aux services de santé modernes en milieu rural). LESSER dans la zone de Nouna avait également constaté que les traitements modernes étaient autant entrepris que les traitements traditionnels. Par contre, les PSP ont été utilisés dans 25% des cas (7,2% des cas dans notre série), traduisant leur meilleur fonctionnement. En effet, dans cette zone, les PSP bénéficiaient d'une supervision régulière. C'est également le cas dans l'étude de O'CONNOR en Afghanistan . Le BASP'96 dans l'étude sur la fréquentation des services de santé a mis en évidence une forte utilisation des formations sanitaires (67,1%) et un taux assez élevé d'automédication (17,3%). Cette différence pourrait s'expliquer par l'inclusion de zones urbaines dans leur échantillon.

#### **5.1.2. Lieu de soins en fonction du sexe.**

Plusieurs études ont montré que les hommes utilisaient plus les services de santé modernes que les femmes quel que soit leur âge [1,18,32]. Il existerait même un biais lié au sexe (en faveur des garçons) dans l'étude de GANATRA en Inde [15] où les parents étaient prêts à payer plus, à voyager loin et à voir un spécialiste quand leur enfant malade était un garçon. Notre étude de la morbidité au cours des 15 derniers jours n'a pas permis de confirmer cette hypothèse. En effet, les femmes ont été autant traitées à domicile que les hommes et elles ont davantage utilisé les services de santé modernes.

### **5.1.3. Lieu de soins selon la maladie.**

La préférence pour les traitements modernes en cas de fièvre ou de douleurs abdominales a été également décrite par VAUGELADE C. [52] et LESSER [23]. Par contre, en cas de diarrhée, de rougeole ou de toux, les malades et leurs familles préfèrent les traitements à domicile, le plus souvent traditionnels. Cela nous permet de dire avec COULIBALY [6] que la fréquentation des centres de santé n'exclut pas le recours à la médecine traditionnelle. La nature de la maladie, sa gravité et l'efficacité présumée de tel ou tel recours jouent un rôle déterminant dans le choix des soins.

### **5.1.4. Lieu de soins des personnes décédées au cours des 12 mois précédants l'enquête**

La forte proportion de personnes traitées par l'infirmier (46,7%) vient encore confirmer le fait que ce sont surtout les maladies jugées graves qui sont traitées au CSPS. La notion de gravité prend en compte entre autres le caractère fatal de la maladie. Mais cela ne pourrait expliquer pourquoi 40% des personnes décédées ont été traitées à domicile et y sont restées malgré l'aggravation certaine jusqu'à l'issue fatale. Cette situation pourrait trouver une explication dans la perception de la maladie par l'entourage et par le type de traitement jugé plus efficace pour la maladie concernée. Sinon, comment expliquer que les convulsions, complications fréquentes d'états fébriles sévères n'aient été traitées qu'à domicile ?

Nos résultats mettent en évidence comme dans l'étude de O'CONNOR un usage plus fréquent des sources de traitement spécialisées, plus chères et plus loin du village, en l'occurrence le CSPS en cas de maladie jugée grave.

En ce qui concerne les causes de décès, les résultats trouvés sont ceux attendus. Elles ont pour noms fièvre, (1/3 d'enfants) avec leur

corollaire de complications (convulsions chez 83% des enfants de moins de 5 ans). Par contre la diarrhée, habituellement apanage des enfants a été fatale chez 62% d'adultes et les douleurs abdominales (qui cachent souvent une diarrhée) chez 82% d'adultes.

Nous percevons à travers ces résultats, le rôle probable des affections opportunistes liées à l'infection à VIH dont la prévalence nous a été d'évaluation difficile. Cette maladie nous a semblé toujours entourée d'ignorance et surtout de tabous.

#### **5.1.5. Lieu de soins des enfants décédés avant l'âge de 5 ans**

Le pourcentage respectivement plus élevé de filles traitées à domicile et de garçons traités au CSPS quoique non significatif dans notre étude, confirme le biais décrit par GANATRA en Inde [31]. Il a en effet montré que les parents étaient prêts à se déplacer plus loin, à payer plus et à consulter un service spécialisé quand l'enfant malade était un garçon.

#### **5.2. Evolution de la maladie en fonction de la personne soignante.**

La proportion de malades guéris n'est pas vraiment différente de ceux toujours malades. Pour apprécier l'efficacité des traitements, il aurait fallu tenir compte du délai d'évolution de la maladie, du délai de consultation, du type de maladie et du temps de latence entre le début de la maladie et le début du traitement. On est quand même tenté de douter de l'efficacité des traitements du guérisseur car aucun des malades guéris n'a été traité par lui alors que 11% des personnes toujours malades l'ont consulté.

#### **5.3. Satisfaction par rapport aux soignants.**

Les personnes interrogées ont manifesté des degrés de satisfaction divers selon les soignants avec une préférence pour l'infirmier. Par

contre, ils ne décident pas de ne plus jamais retourner chez un des soignants. Ce fait rejoint les résultats d'études antérieures qui mettent en exergue le recours simultané aux différentes possibilités de soins disponibles [3,16,34,47]. Il est illustré par SONDO et Coll. qui affirment que la quête de soins se réalise dans un contexte marqué par un pluralisme médical. Ce pluralisme offre aux usagers une grande diversité de recours en fonction des ressources thérapeutiques disponibles qui sont plus complémentaires que concurrentes.

#### **5.4. Utilisation du CSPS.**

La proportion de personnes qui ne se sont jamais rendues au CSPS pour des soins est assez élevée et beaucoup plus marquée chez les femmes (37,9%) que chez les hommes (29,9%). Cela confirme l'hypothèse selon laquelle les hommes utilisent plus les services de santé modernes que les femmes. Les chiffres retrouvés dans notre série sont largement inférieurs à ceux de l'INSD selon lequel 60% de Burkinabè ne consultent pas dans les structures de soins, et encore plus inférieurs à ceux du BASP'96 (77,2%). Cet écart peut trouver une explication par le fait d'une sous estimation. En effet, nous pensons comme O'CONNOR [34] que les enquêteurs sont perçus par les villageois comme étant des avocats des traitements modernes, ce qui est une source possible de biais (tendance à donner des réponses positives).

La distance joue un rôle capital dans l'utilisation des services de santé comme cela est reconnu dans la majorité des études. Elle est de ce fait à l'origine de la stratification lors des études sur l'utilisation des services de santé. Dans notre série, l'utilisation des services de santé diminuait significativement au fur et à mesure que l'on s'éloignait du CSPS ; elle était de 90,8% à moins d'un Km, 64% entre 1 et 4 Km, 54,75% entre 5 et 9 Km et 48,75% à 10 Km et plus. Ce phénomène a été décrit par le BASP'96 [4], par SONDO et al. [47] par O'CONNOR

[34] et bien d'autres auteurs. MULLER en Papouasie Nouvelle Guinée [31] est allé jusqu'à démontrer que la fréquentation du centre de santé rural diminuait de moitié tous les 3,2 Km. Mais BENYOUSSEF [5] n'est pas de cet avis et pense qu'au delà de la distance, la commodité ou la convenance constituent une meilleure mesure d'accessibilité des services de santé.

On aurait tendance à croire que la satisfaction exprimée par les enquêtés est excessive (95%), tant les plaintes exprimées ailleurs au cours des interviews sont nombreuses et variées.

Le coût élevé des soins, la bénignité de la maladie et la distance ont été cités comme raisons de non fréquentation du CSPS. Les mêmes raisons ont été relevées par différentes autres études [2, 4, 18, 19, 33, 45]. Le manque de médicaments relevé dans certaines études [4, 34, 45] n'a pas été mentionné dans notre cas car avec la mise en œuvre de l'initiative de Bamako, la plupart des formations sanitaires sont dotées de dépôts pharmaceutiques.

## **5.5. Coût du traitement**

L'infirmier apparaît comme étant le plus cher des soignants. En effet, aucun des malades qui n'ont rien payé n'a eu recours à lui. D'autre part, la majorité de ceux qui ont payé plus de 1000 francs a été traitée par l'infirmier.

Quand on considère le coût de la consultation, on se rend compte qu'il est globalement inférieur aux résultats du BASP'96. En effet, la proportion de malades qui ont payé moins de 100 francs (17,6% contre 63,2% dans notre série), 100 francs (48% contre 24,6% dans notre série), 100 -500 francs (29,5% contre 8,2% dans notre série), plus de 500 francs (4,9% contre 3,7% dans notre série) prouve que les malades de notre série ont moins dépensé pour la consultation. Cela s'expliquerait par une plus forte fréquentation des structures sanitaires modernes dans l'étude du BASP'96 [4].

## **5.6. Comportement par rapport aux PSP**

Tout au long de notre étude, nous avons constaté la faible utilisation des PSP, du fait de leur inexistence ou de leur mauvais fonctionnement. Des PSP avaient été créés lors de la révolution (1984) mais leur fonctionnement n'a pas pu se poursuivre du fait d'une rupture de stock en médicaments et d'un manque de suivi. A l'initiative de PLAN International, des PSP sont en train de revoir le jour et des ASV formés. C'est ainsi que, parmi nos villages d'enquête, quatre comportaient un PSP (Barandjira, Donko, Kassita, Kodjo Tioboulon).

### **5.6.1. Fréquentation du PSP.**

Le niveau d'information sur l'existence des PSP ne cadre pas beaucoup avec les forts taux de fréquentation retrouvés plus loin. Cela pourrait s'expliquer par une confusion entre les agents de santé villageois et les vendeurs de médicaments prohibés, médicaments introduits à la faveur de la situation multifrontalière du district. Nous en sommes d'autant plus convaincue que dans certains villages sans PSP, des villageois affirmaient avoir un PSP dans leur village et y aller souvent pour acheter des médicaments.

### **5.6.2. Acceptabilité des PSP**

L'opinion par rapport à l'implantation d'un PSP est globalement positive chez les populations mais il demeure une proportion de population non négligeable qui hésite ou qui est hostile à cette idée. Ce sont surtout les populations des villages où il existe déjà un CSPS ou celles qui ont déjà vécu l'expérience non réussie des PSP.

## **CONCLUSION/SUGGESTIONS**

# CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous retenons que :

Les maladies infectieuses et parasitaires constituent les principales causes de morbidité, avec une prédominance féminine.

La mortalité générale et surtout infanto juvénile est élevée (51 pour mille).

Les maladies les plus graves dans les ménages, liées aux décès enregistrés sont les maux de ventre, le paludisme, la diarrhée, la toux, la fièvre...

Eau potable, infrastructures sanitaires, vivres et diminution du prix des médicaments, tels sont les besoins de santé exprimés par les populations.

Sur le plan de la santé de la reproduction, le désir de planification familiale fait face à un mur d'ignorance, d'hostilité et d'inaccessibilité des services.

Les conditions d'hygiène précaires (promiscuité, manque d'eau potable et de latrines...) ne sont pas de nature à favoriser le bien être des populations.

La santé des femmes et des enfants reste précaire du fait de la morbidité élevée et de la pauvreté.

Les services de santé ne sont pas assez connus des populations et celles qui les fréquentent leur reprochent le coût élevé des médicaments et parfois la distance.

Les personnes malades sont traitées autant en famille (par un parent ou un guérisseur) qu'au CSPS. L'utilisation des PSP reste faible.

Le lieu de soins est fonction de la nature de la maladie, de sa gravité, de la distance à parcourir et de la taille du ménage.

Les populations semblent disposées à l'implantation des PSP.

L'action des tradipraticiens n'a pas été assez mise en exergue dans cette étude.

# SUGGESTIONS

## *Aux autorités sanitaires*

1. Intensifier les activités d'IEC dans les domaines suivants :
  - Vaccination
  - Planification familiale
  - Consultation prénatale
  - Promotion des accouchements assistés
  - Hygiène et assainissement
  - SIDA
  - Intérêt de la consultation précoce dans les structures sanitaires avant aggravation
  - Danger des médicaments du marché parallèle
  - Nécessité d'une participation communautaire pour la résolution des problèmes de santé
2. Mettre en place en collaboration avec les partenaires et les communautés, un système de prise en charge communautaire des malades tel que le paiement à l'épisode ou les mutuelles de santé.
3. Trouver une solution pour la prise en charge des indigents et l'aide aux malades pauvres, incapables de payer les soins.
4. Renforcer la collaboration entre médecine moderne et traditionnelle.
5. Participer à la dynamisation des PSP en assurant après leur installation, une supervision régulière.

6. Améliorer la couverture sanitaire des zones enclavées
7. Améliorer la couverture vaccinale, surtout pour les maladies cibles du PEV.
8. Rendre plus disponibles les méthodes modernes de planification familiale dans les villages (expérience des services à base communautaire).
9. Revoir à la baisse le prix des Médicaments Essentiels Génériques en réduisant la marge bénéficiaire.

### ***A PLAN International***

1. Dynamiser les PSP pour prendre en charge les populations, surtout des zones enclavées.
2. Améliorer la couverture en eau potable par la construction et l'entretien de forages.
3. Renforcer les actions d'assainissement par la construction de latrines.
4. Améliorer le niveau d'instruction des populations par l'intensification de la scolarisation des enfants et de l'alphabétisation des adultes
5. Créer des activités génératrices de revenus et octroyer des micro crédits aux populations pour améliorer leur pouvoir d'achat.

6. Améliorer la collaboration entre les tradipraticiens, les guérisseurs traditionnels et la médecine moderne.

### ***Aux populations du PONI***

1. Adopter des comportements tendant à préserver et à améliorer la santé.
2. Lutter contre la pratique des mariages précoces, sources de problèmes de santé de la reproduction.
3. Réduire la morbidité et la mortalité infanto juvéniles en faisant vacciner les enfants, en espaçant les naissances et en leur garantissant un cadre de vie acceptable.

## **REFERENCES**

## REFERENCES

1. AUDIBERT M, MATHONNAT J, NZEYIMANA I, HENRY M C. : **The determinants of health care demand amongst the Senufo of Côte d'Ivoire.** Health and System Science, Vol. 2, N° 1-2/1998 P. 111 - 126
2. BAKER D, TAYLOR H. : **Inequality in health and health service use for mothers of young children in South West England.** J. Epidemiol Community Health 1997 ; 51: 74 - 79.
3. BAMBARA C. : **Les effets de l'autonomie de gestion des formations sanitaires sur la consommation médicale : cas du CHNYO.** Mémoire de Sociologie U.O. FLASHS. 1996 ; 143 p.
4. **BASP'96 : Enquête sur l'utilisation des services de santé au Burkina Faso.** Avril 1999 ;96 p.
5. BENYOUSSEF A., WESSEN A. F., PHAN T., SOUISSI H. -(1974 b) **Services de santé : Couverture, facteurs et indices d'utilisation.** Bulletin OMS N° 51 : P 111 -132.
6. COULIBALY A, GBARY R, LE BRAS J, REY J L. : **Utilisation des systèmes de santé modernes et traditionnels en zone rurale ivoirienne.** Annales de la société Belge de Médecine tropicale 1989 ; P 69, 331 - 336.
7. **CRDI –OMS. Série sur la formation à la recherche sur les systèmes de santé.**Vol. 2. 1ere partie. 376 p.
8. CROS M. : **Représentation culturelle des maladies mentales et de l'épilepsie. Pratiques et itinéraires thérapeutiques des Lobi du Burkina Faso.** (Rapport de recherche) Ouagadougou, Mission Française de Coopération. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ; Avril 1991 : P 86.
9. CIARDI P. : **Utilization of health services, health behaviour and community participation in rural areas of Burkina Faso.** Revised draft. Loston Citr AF5PH 1994 : 65 P.
10. **DERRA A. : Etude sur les facteurs socio culturels limitant l'utilisation des services de planification familiale dans le District Sanitaire de Dori, province du Séno ;** Mémoire de fin d'études ENSP , 1998.

11. **DEVELAY A. Utilisation des soins de santé en milieu urbain au Burkina Faso. Résultats d'une enquête par interrogatoire de ménages dans la ville de Ouagadougou, Thèse de Médecine 1991 :129p.**
12. **DIESFELD H. J., NOUGTARA A., SAUERBORN R. : L'utilisation des soins de santé par la population. Etude par enquête de ménage à Solenzo / Kossi. Mars 1998**
13. **FLORI Y. A., HALILOU S. OUMAROU M. Recours aux soins de santé des ménages dans la province de Maradi au Niger. Initiative de Bamako, rapport technique N° 26, New York : UNICEF,1993 :67 p.**
14. **FOURN L, FAYOMI E B, FLENON J, ZOHOUN T. : Utilisation des services de santé et financement communautaire dans un département au Sud du Bénin. Santé publique 1996, 8<sup>e</sup> année, N°4 :329 - 337.**
15. **GANATRA B, HIRVE S. : Male bias in health care utilization for under fives in a rural community in western India. Bulletin of the World Health Organization, 1994, 72 (1) : 101 -104.**
16. **GUE N. J. : Interprétation de la maladie de l'enfant chez les Nuna de Pouni Burkina Faso (Mémoire de sociologie) U.O. FLASHS. 1992 :65 P.**
17. **INSD : Enquête démographique et de santé. Rapport d'analyse macro économique et sanitaire - Burkina Faso ; 1993 : 113 p.**
18. **INSD : Direction des statistiques générales. Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages. INSD, Ouagadougou ;1994.**
19. **INSD :Le profil de pauvreté au Burkina Faso. Etude statistique nationale. Ouagadougou, INSD, 1996 : 280 P.**
20. **INSD : Pauvreté et santé au Burkina Faso. Mars 1997.**
21. **JONES A, BENTHAM G, HORWELL C. : Health service accessibility and death from asthma. International Journal of Epidemiology, 1999; 28 : 101 - 105.**
22. **KABORE H. : Utilisation des services de santé préventifs en milieu urbain. Résultats d'une enquête par interrogatoire de ménages dans la ville de Ouagadougou - Burkina Faso. Thèse de Médecine 1991 : 92 p.**

23. LESSER M., KOOB E., BENZLER J., ZONGO I., NOUGTARA A. : **Etude de la capacité et de la volonté des populations à payer pour les soins de santé.** Déc. 1994.
24. LINGANI C, YODA C : **Enquête d'opinion sur les services de santé.** 1999.
25. LOUGOUSSE T. : **Les prestations curatives dans la zone médicale de Solenzo.** Thèse de Médecine 1986 : 103 p.
26. MEULENBROEK A. : **La conception de la maladie chez les Mossi de la région de Basma, Burkina Faso.** Ouagadougou, 1990.
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ (B.F.) : **Analyse de la situation sanitaire.** Fév. 2000 : 99 p.
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ : **Etats Généraux de la Santé. Le processus d'élaboration de la politique sanitaire nationale et du plan national de développement sanitaire.** Juin 1999.
29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE : **Document d'appui aux soins de santé primaires dans la province du BAM.** 1993
30. MULLER I, SMITH T, MELLOR S. : **The effects of distance from home on attendance at a small rural health center in Papua New Guinea.** International Journal of Epidemiology 1998 ; 27 : 878-884.
31. NOUGTARA A, KOUTOU R : **Plan sectoriel de développement sanitaire 1995-1999 de la province du Sanmatenga.** 1994.
32. NOUGTARA A., YARO Y. : **Revue documentaire analytique sur la santé de la reproduction au Burkina Faso.** Juin 1996.
33. NTABAYE M. K, SCHEUTZ F, POULSEN S. : **Household survey of access to and utilisation of emergency oral health care services in rural Tanzania.** East African Medical Journal. 1998 Vol. 75, N° 11.
34. O'CONNOR R. W. : **Managing health systems in developing areas.** Experiences from Afghanistan. 1977 : 213 p.
35. OMS/UNICEF. **Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle : nouvelle méthodologie OMS/UNICEF.** WHO/PRH/MSM/96.11

36. OUATTARA A., KABORE J., NYAMEOGO J. : **Etude spécifique approfondie des données de l'enquête prioritaire : pauvreté et vulnérabilité au Burkina Faso** (rapport provisoire) 1997.
37. OUEDRAOGO / FRANNIATE C. : **L'effet de l'éducation de la mère sur les pratiques de soins accordées à l'enfants à Ouagadougou, Burkina Faso** (Ph. D.)0. Université de Montréal, Juin 1994.
38. District Sanitaire de Gaoua. **Plan d'action 1999 du District Sanitaire de Gaoua**
39. PNUD : **Rapport sur le développement humain durable**. Burkina Faso 1997.
40. PNUD : **Rapport sur le développement humain durable**. Burkina Faso 2000.
41. ROODEMBEKE E. (DE) : **L'hôpital dans le système de santé des pays africains francophones**. S.N., S.L., 1991 : 22 P.
42. DE RUYTER K, BLOEMER J, PEETERS P. : **Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model**. Journal of Economic psychology 1997 : 387 - 406.
43. SAUERBORN R., GARENNE M. : **Projet de recherche action. Rapport préliminaire sur les résultats de 1992. Rapport sanitaire, Ouagadougou et Cambridge**, Déc. 1992 : 74 P.
44. SAUERBORN R, HEIDELBERG : **Projet recherche action pour l'amélioration des soins de santé. Rapport final**. PRAPASS, 1997 : 213 P.
45. SAWADOGO A., SONDO B. : **Enquête diagnostique de base des problèmes et besoins de santé des femmes et des enfants de la province du Namentenga**. 1994 : 76 p.
46. SIA D. : **Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale en milieu rural ; étude dans des villages du Sanmatenga / Burkina Faso**, thèse de médecine, FSS, Ouagadougou.
47. SONDO B., SOUBEIGA A. : **Les comportements sanitaires, la perception et l'utilisation des services, la relation soignant - soigné au Burkina Faso : Revue de la littérature**. Déc. 1997 : 98 p.

48. **SOUBEIGA A. : Les stratégies de soins de santé primaires au Burkina Faso. Mobilisation communautaire et logiques paysannes (l'exemple de la Sissili),** thèse de Sociologie. Université de Bordeaux II. 1992 : 374.
49. **SOW B. : Enquête sur la volonté et la capacité des ménages à payer pour les soins de santé dans trois des provinces du Burkina Faso.** 1994.
50. **TOE R. : Enquête psycho-sociologique dans la province de la Kossi sur la sous prescription et la sous utilisation des MEG.** Déc. 1994 : 47 p.
51. **UNICEF : Analyse de la situation des femmes et des enfants du Burkina Faso.** Nov 1994.
52. **VAUGELADE C. : Comportement économique des Samo et Mossi en Zone de colonisation agricole. Esquisse de comportement sanitaire.** 1998 : 23 p.
53. **VAUGELADE J., DUBOZ P. : Etude de la moralité avant 5 ans. Premiers résultats.** Mars 1987 : 37 p.
54. **VAUGELADE J. : Consommation médicale et itinéraires thérapeutiques en milieu rural Mossi au Burkina Faso.** Colloque sciences sociales de santé. Bamako, 2-4 Juillet 1991 : 13 p.
55. **VAUGELADE J. et GAZIN P. : Les besoins de santé exprimés par une population rurale du Burkina,** ORSTOM, in Symposium "le médicament essentiel dans les pays en développement", Paris, 19 - 20 Mai 1987.
56. **YODA J. C. Etude des facteurs socio-culturel limitant l'utilisation des services de santé modernes par les populations dans la province du Séno.** 1995 : 93 p.
57. **YONLI L. MAR M. D. : Etude sur la fréquentation des services de santé dans la région sanitaire de Kaya.** (SCPB et Plan International). 1998 : 51 p.

# **ANNEXES**

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**  
**DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE**

**PLAN INTERNATIONAL**  
**BURKINA FASO**

**ANALYSE DES PROBLEMES DE SANTE ET DES ITINERAIRES DE SOINS**  
**DES POPULATIONS DU DISTRICT SANITAIRE DE GAOUA**

**ENQUETE EN POPULATION**

**CSPS:**

**VILLAGE:**

**N° DU MENAGE:**

**PERSONNE INTERROGEE:    HOMME                        FEMME**

**N° DE LA PERSONNE INTERROGEE:.....**

**ENQUETEUR:**

**SUPERVISEUR:**

**DATE DE L'INTERVIEW:**

**OBSERVATIONS**

# QUESTIONNAIRE

I CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MEMBRES DU MENAGE									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						6 ans et +	10 ans et plus		
No de ligne	Nom et Prénom	Lien de parenté	Sexe	Age	Ethnie	Instruction	Statut matrimonial	Activités économiques	Malade au cours des 15 derniers jours  (Encercler chiffre)
		Chef de menage=01 Epouse/mari=02 Fils/fille=03 Neveu/niece=04 Cousin/cousine=05 Gendre/belle fille=06 Petit fils/pte fille=07 Père /mère =08 Beau père/ belle mere=09 Frere/soeur=10 Beau frère/ belle soeur=11 Enfant de co-épouse=12 Enfant confié=13 Domestique=14 Autre (Préciser)=88	M=1 F=2		Lobi =01 Birifor =02 .Dagara =03 Gan =04 Djan =05 Mossi =06 Peuth =07 Gurunsi =08 Dioula =09 Bobo =10 Senoufo=11 Autre=88	Aucune=1 Coranique=2 Alphab.=3 Medersa=4 Primaire=5 Secondaire=6 Supérieur=7 Autre=8.	Séparé(e)=1 Divorcé(e)=2 Veuf/veuve=3 Marié(e) <u>Monogame</u> =4 Fiancé(e)=5 Célibataire=6 Marié(e) <u>Polygame</u> =7	Agriculture=01 Elevage=02 Pêcheur=03 Jardinier/Marais=04 Commerçant(e)=05 Vendeur(sc)=06 Ménagère=07 Domestique=08 Scolaire=09 Artisanat=10 Marabout=11 Fonction publique=12 En retraite=13 Chômeur =14 Aucune=15 Autre (prec)=88	
01			—						01
02			—						02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10



## II. CARACTERISTIQUES ECONOMIQUES DU MENAGE

12. D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DE ROBINET (PRIVE)	3
	EAU DE ROBINET(PUBLIQUE)	3
	FORAGE	2
	PUITS TRADITIONNEL	1
	RIVIERE/ MARIGOT	0
	AUTRE (PRECISER)	0
13. Quel genre de toilettes sont utilisées par la majorité des membres de votre ménage ?	LATRINE AMELIORE (PRIVEE)	4
	LATRINE AMELIORE (COMMUNE)	3
	LATRINE RUDIMENTAIRE (PRIVEE)	2
	LATRINE RUDIMENTAIRE (COMMUNE)	1
	PAS DE TOILETTE/NATURE	0
	AUTRE (PRECISER)	0
14. Nature principale des murs	DUR	3
	SEMI-DUR	2
	BANCO	1
	PAILLE	0
	AUTRE (PRECISER)	0
15. Nature du toit	TOLE + PLAFOND	3
	TOLE	0 2
	TERRE DAMEE	1
	PAILLE	0
	AUTRE (PRECISER)	0
16. Combien de pièces à coucher y a-t-il dans votre ménage ?	NOMBRE	<input type="text"/>
17. Dans votre ménage ,avez-vous ?	TELEVISION	2
	RADIO	1
	RIEN	0
18. Y a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ?	UNE VOITURE	3
	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	2
	BICYCLETTE	1
	RIEN	0
19. Y a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède ?	UN MULTICULTEUR	3
	UNE CHARRUE	2
	UNE CHARETTE	1
	RIEN	0
20.Votre ménage possède-t-il du bétail?	OUI [ ]      NON [ ]	
	Si oui, combien ?	
		1-10      +10      NSP
	BOEUFS	[ ]      [ ]      [ ]
	MOUTONS	[ ]      [ ]      [ ]
	CHEVRES	[ ]      [ ]      [ ]
	ANES	[ ]      [ ]      [ ]
	CHEVAUX	[ ]      [ ]      [ ]
	PORCS	[ ]      [ ]      [ ]

### III. Problèmes et besoins de santé dans le village

#### 1. Maladies ou Souffrances physiques au cours des 15 derniers jours

(Femme)

(Si pas de malade, passer à la question 31)

	21	22	23		24	25	26	27	28
N° de Ligne	Symptômes	Temps mis pour le début du traitement	Lieu des soins et distances Lieu            Distance en Km		Moyen de transport Utilisé	Personnes soignantes	Coût de la consultation	Coût des médicaments	Etat de santé après le traitement

Lieux de soins : Famille=1 PSP=2 CSPS=3 CHR=4 Dans un autre village du district=5 Hors du district=6 Autres=7 (Préciser)

Moyen de transport utilisé : Pieds=1 vélo=2 Motocyclette=3 Ambulance=4 Autre=5

Personnes soignantes :ASV=1 Infirmier Sage Femme=2 Médecin=3 Guérisseur=4 Devin=5 Tradipraticien=6 Marabout=7 Pasteur=8 Groupe de prière=9 Autre=10 (Préciser)

Etat de santé après traitement : Guéri=1 En voie de guérison=2 Toujours malade=3 Autre=4

29. Parmi ceux qui ont soigné votre (vos) malade (s), lesquels consulterez-vous à nouveau si un membre de votre ménage est malade ?(dans l'ordre) : 1..... 2..... 3.....  
 30. Chez lesquels ne retourneriez-vous pas ? 1 :..... 2..... 3.....  
 Pourquoi ?.....

**2. Utilisation spécifique du CSPS (Homme et Femme)**

31. Un membre de votre ménage s'est-il déjà rendu au CSPS pour des soins ?  
 Oui  (aller à 32.1) Non  (aller à 32.2)

32.1 Voulez-vous y retourner si un autre membre de votre famille est malade ?

Oui  Non  Jamais

Pourquoi ?.....

32.2 Pourquoi ?  
 Aucun malade  Coût élevé des soins   
 CSPS trop éloigné  Absence de médicaments   
 Rumeurs sur le personnel  Autres  (préciser)

**3. Maladies les plus graves (Homme et Femme)**

33. Quelles sont les trois maladies les plus graves dans votre ménage ?  
 1 :..... 2 :..... 3 :.....

**4. Maladies mortelles dans le ménage (Homme et Femme)**

34. Des gens sont-ils décédés dans votre ménage au cours des douze derniers mois?  
 Oui  Non

Si oui, combien ?..... Si non, passer à la question 41

35. Pour chaque personne décédée, préciser

36. Age	37. Sexe	38. Nature de la maladie	39. Lieu de soins lors de la maladie	40. Personnes soignantes Consultées lors de la maladie

41. Quels sont selon vous les trois maux à combattre en priorité dans votre village ?

1 : ..... 2 : ..... 3 : .....

**6. Impact du développement sur la santé des enfants, des femmes et sur les services de santé**

(Homme et Femme)

42. La santé des enfants s'est - elle améliorée ces 5 dernières années ?

Oui  Pas de changement  Détérioré

Pourquoi ? .....  
 .....  
 .....

43. La santé des femmes s'est - elle améliorée ces 5 dernières années ?

Oui  Pas de changement  Détérioré

Pourquoi ? .....  
 .....  
 .....

44. Les services de santé se sont-ils améliorés ces 5 dernières années ?

Oui  Non  Pas de changement  NSP

Pourquoi ? .....  
 .....  
 .....

45. De quoi avez-vous le plus besoin dans votre village pour être en bonne santé ?

.....  
 .....  
 .....

**IV. Santé de la reproduction**

1. Maternité (Femme)

46. A quel âge vous êtes-vous mariée ? .....ans NSP

47. A quel âge avez-vous été enceinte pour la première fois ? .....ans. ( combien d'années après votre mariage?)

48. Votre dernier enfant est né quand ? ..../...../ ... ou il y a combien de mois..... ou d'années.....

49. Nombre de grossesses : ..... 50. Nombre d'accouchements..... 51. Nombre d'avortements.....

52. Nombre d'enfants vivants : .....

53. Parmi les enfants nés vivants combien sont décédés ? : .....

2. Causes de décès des enfants (de moins de 5 ans)

(Femme)

54. Pour chacun des enfants décédés, préciser :

Age	Sexe	Nature de la maladie	Lieu de soins lors de la maladie	Personnes soignantes Consultées lors de la maladie

**3. Espacement des naissances (Homme et Femme)**

55. Combien d'enfants(en plus de ceux que vous avez) voulez-vous encore avoir ?.....

(Si zéro, aller à la question 58)

56. Combien de chaque sexe ? M :..... F :.....

57. Désirez-vous augmenter le temps entre les naissances de vos enfants ?

Oui  Non  ;

58. Connaissez-vous des moyens qui permettent d'augmenter le temps entre les naissances des enfants?

Oui  Non

Si oui, citez-les tous:.....

59. Utilisez-vous ces moyens ? Oui  Non

Si oui, lesquels ?.....

Si non, pourquoi ?.....

**V. Hygiène de l'environnement (Homme)**

60. Nombre de pièces dans le ménage :.....

61. Etes-vous satisfait de la source d'eau de boisson utilisée par votre ménage ?

Oui  Non

62. Si vous êtes sollicité pour améliorer la situation, que pensez-vous personnellement faire ?

Faire la main d'œuvre

Cotiser de l'argent

Autres  (préciser).....

63. Etes-vous satisfait du lieu d'aisance utilisé par votre ménage ?

Oui  Non

64. Si vous êtes sollicité pour améliorer la situation, que pensez-vous personnellement faire ?

Faire la main d'œuvre

Cotiser de l'argent

Autres  (préciser)

**VI. Perception des populations sur les PSP (Homme et Femme)**

Dans certains villages, des personnes ont été formées pour traiter les maladies les plus courantes dont souffrent les gens de leur village.

65. Est-ce le cas de votre village ? Oui  (aller à 66) Non  (aller à 67) NSP

66. Y allez-vous souvent ? Oui  Non  Jamais

Pourquoi ?.....

67. Si non, pensez-vous qu'une telle chose soit possible pour votre village ?

Oui  Non  NSP

Pourquoi ?.....

Si NSP, ne pas continuer.

68. Quelles sont les caractéristiques les plus importantes que doit avoir le (la) villageois(e) qui doit vous soigner (ou qui vous soigne) dans votre village ?

Age :	Jeune	<input type="checkbox"/>	Personne âgée	<input type="checkbox"/>	
Sexe :	Homme	<input type="checkbox"/>	Femme	<input type="checkbox"/>	Les deux <input type="checkbox"/>
Instruction :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	
Expérience en dehors du village :			Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/> (préciser)				

69. Quelles sont les meilleures qualifications que doit avoir le (la) villageois (e) qui doit vous soigner (ou qui vous soigne)?

Bon caractère et patience	<input type="checkbox"/>
Bonnes manières	<input type="checkbox"/>
Humanitaire	<input type="checkbox"/>
Expérience	<input type="checkbox"/>
Intelligence	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>

70. Comment pensez-vous que ce (cette) villageois (e) doit être sélectionné ?

Par les villageois	<input type="checkbox"/>
Par le gouvernement	<input type="checkbox"/>
Par les responsables du village	<input type="checkbox"/>
Par le gouvernement et les villageois	<input type="checkbox"/>
Par les responsables du village et les villageois	<input type="checkbox"/>

71. Ce (cette)villageois (e)doit-il (elle) être payé (e)?

Oui  Non

Pourquoi?.....  
.....

Si oui, qui doit le payer ?

Les villageois	<input type="checkbox"/>
Le gouvernement	<input type="checkbox"/>
Les villageois et le gouvernement	<input type="checkbox"/>



# SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. "

## **TITRE**

# **ANALYSE DES PROBLEMES DE SANTE ET DES ITINERAIRES DE SOINS DES POPULATIONS DU DISTRICT SANITAIRE DE GAOUA (Burkina Faso)**

**AUTEUR :** **BELEM Windlassida Nadine**  
05 BP 6091 OUAGADOUGOU 05

## **RESUME**

Le district sanitaire de Gaoua est l'un des districts du Burkina Faso où la fréquentation des formations sanitaires reste faible (10 % pour une moyenne nationale de 40,8 %) malgré la mise en place de l'initiative de Bamako qui vise à rendre les soins de santé accessibles à tous et à moindre coût.

C'est pour mettre en évidence les déterminants de la santé de cette population que nous avons mené cette étude en Juin 1999. Elle nous a permis de relever que :

Les principaux problèmes des populations sont les maladies (infectieuses et parasitaires), le manque d'eau potable, l'éloignement des structures sanitaires, la pauvreté et le déficit alimentaire.

Les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés par les maladies qui leur sont souvent fatales (1/3 des décès survenus pendant l'année).

Le besoin d'espacement des naissances est présent (77 à 98%).

L'itinéraire de résolution des problèmes de santé varie selon la taille du ménage, la nature de la maladie, sa gravité et l'efficacité présumée du recours choisi.

Les déterminants de l'état de santé des populations sont l'environnement hostile (manque d'eau potable et de latrines, insécurité alimentaire) mais surtout la pauvreté qui rend difficile l'accès aux structures de soins

**Mots clés** : Problème - Santé - Soins - Rural

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche des  
Sciences de la Santé (UFR/SDS)

03 BP 7021 OUAGADOUGOU 03

BURKINA FASO

Unité Progrès Justice

**ATTESTATION DE CORRECTION**

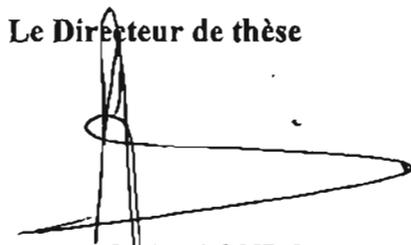
Nous soussigné certifions avoir revu la thèse corrigée de **BELEM Windlassida Nadine** intitulée : **Analyse des problèmes de santé et des itinéraires de soins des populations du district sanitaire de Gaoua (Burkina Faso).**

Les corrections apportées sont conformes aux recommandations des membres du Jury.

Attestation délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ouagadougou le 18/07/01

Le Directeur de thèse



**Pr. Ag Blaise SONDO**

Le président du Jury de thèse



**Pr. Bibiane KONE**