

**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DU DÉVELOPPEMENT**

**BURKINA FASO**

-----  
Unité-Progrès-Justice

**INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA  
DEMOGRAPHIE**

**(I.N.S.D)**

**PROJET D'APPUI REGIONAL A L'INTEGRATION**

**(P.A.R.I)**

**Etude spécifique approfondie des données de l'Enquête Prioritaire 1998**

-----  
**PAUVRETE ET SANTE AU BURKINA FASO**

**Barbi KABORE / I.N.S.D.-MEDEV**

**Romarc SOME / D.E.P.-SANTE**

**Lassina PARE / I.N.S.D.-MEDEV**

Ouagadougou

-----  
Novembre 2002

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
NOTE METHODOLOGIQUE .....	14
I. SITUATION DU SECTEUR DE LA SANTE .....	16
1.1. Situation sanitaire.....	16
1.1.1. Morbidité et mortalité.....	16
1.1.1.1. Morbidité.....	16
1.3. Ressources pour la santé .....	21
1.3.1. Infrastructures sanitaires .....	21
1.3.2. Ressources humaines.....	22
1.3.3. Ressources financières .....	23
1.4. Politique sanitaire et plan national de développement sanitaire .....	26
1.4.1. Présentation de la politique sanitaire nationale.....	26
1.4.1.1. Fondements, principes de base et valeurs de la politique sanitaire nationale. 26	
1.4.1.2. But de la politique sanitaire nationale .....	27
1.4.1.3. Objectifs de la politique sanitaire nationale .....	27
1.4.1.4. Stratégies par objectif spécifique .....	29
1.4.2. Présentation du plan national de développement sanitaire.....	30
1.4.3. Plan national de développement sanitaire et cadre.....	30
stratégique de lutte contre la pauvreté.....	30
II- PAUVRETE, ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET TYPE DE LOGEMENT DES MENAGES BURKINABE .....	32
2.1- Cadre de vie des ménages burkinabé.....	32
2.1.1. Milieu rural.....	32
2.1.1.1. L’habitat .....	32
2.1.1.2. L’évacuation des ordures ménagères .....	32
2.1.1.3. Le type de lieu d’aisance .....	33
2.1.1.4. Le mode d’approvisionnement en eau .....	33
2.1.1.5. Le type de sanitaire .....	34
2.1.2. Milieu urbain.....	35
2.1.2.1. L’habitat .....	35
2.1.2.2. L’évacuation des ordures ménagères .....	35
2.1.2.3. Le type de lieu d’aisance .....	35
2.1.2.4. Le mode d’approvisionnement en eau .....	36
2.1.2.5. Le type de sanitaire .....	36
2.2. Caractérisation des ménages selon l’environnement sanitaire, l’état de santé et les caractéristiques socio-économiques .....	37
2.2.1. Caractérisation en milieu rural .....	37
2.2.1. Caractérisation en milieu urbain .....	39
III. ETAT SANITAIRE DES PAUVRES.....	41
3.1. Morbidité générale .....	41
3.1.1. Influence du niveau de vie et du mode d’approvisionnement en eau du ménage sur le taux de morbidité.....	42
3.1.2. Influence du niveau de vie et de la région économique sur le taux de morbidité..	43
3.2. Handicaps des chefs de ménages .....	44
3.2.1. Handicaps moteurs .....	44
3.2.2. Handicaps visuels.....	44
3.2.3. Handicaps mentaux .....	44
3.2.4. Lèpre.....	45

IV. ETAT SANITAIRE DES ENFANTS DES MENAGES PAUVRES.....	47
4.1. Episodes de diarrhées .....	47
4.2. Etat nutritionnel.....	49
4.2.1. L'insuffisance pondérale .....	50
4.2.2. Le retard de croissance .....	51
4.2.3. L'émaciation.....	51
V – ACCES DES PAUVRES AUX SERVICES DE BASE .....	52
5.1. Utilisation des services de santé par les pauvres.....	52
5.1.1. Le taux d'utilisation des services de santé par les ménages.....	52
5.1.2. L'incidence de la consultation.....	52
5.2. Difficultés d'utilisation des services de santé par les pauvres .....	55
5.2.1. Accessibilité géographique .....	55
5.2.1.1. Les infrastructures de santé .....	55
5.2.1.2. Le temps mis et le moyen de déplacement le plus utilisé .....	56
5.2.2. L'accessibilité financière.....	57
5.2.2.1. Les dépenses de consultation .....	57
5.2.2.2. Les dépenses en médicaments .....	59
5.2.2.3. Les dépenses en analyses médicales .....	60
5.2.3. Autres obstacles à l'accès aux services de santé .....	61
5.2.3.1. L'automédication .....	61
5.2.3.2. Le caractère jugé bénin de la maladie .....	61
5.2.3.3. L'utilisation des services du guérisseur traditionnel et du marabout .....	62
5.3. Les facteurs déterminants de la fréquentation des services de santé.....	62
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	65
ANNEXES .....	66

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

CAMEG : Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CHN : Centre hospitalier national

CHR : Centre hospitalier régional

COPHADIS : Consortium pharmaceutique de distribution

MEDIFA : Laboratoire des médicaments du Faso

OMS: Organisation mondiale de la santé

SOCOPHARM : Société de conditionnement pharmaceutique

SOPAL : Société de production d'alcool

PPTE : Pays pauvres très endettés

SIDA : Syndrome de l'immuno déficience acquise

U.Pharma : Unité Pharmaceutique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau N°1 : Evolution de quelques indicateurs de santé au cours de la dernière décennie

Tableau N°2 : Situation des infrastructures sanitaires en 1998

Tableau N°3 : Evolution du nombre d'habitants par unité de personnel

Tableau N° 4 : Evolution des dotations budgétaires du secteur de la santé (en millions de FCFA)

Tableau N°5 : Variation annuelle (en %) des dotations budgétaires du secteur de la santé

Tableau N°6 : Evolution (en %) de la structure des dotations budgétaires du secteur de la santé

Tableau N°7 : Stratégies par objectif spécifique

Tableau N°8 : Répartition des ménages selon le type de logement et le milieu de résidence

Tableau N°9: Répartition des ménages ruraux selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie

Tableau N°10: Répartition des ménages ruraux selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie

Tableau N°11: Répartition des ménages ruraux selon le mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie

Tableau N°12: Répartition des ménages ruraux selon le type de sanitaire et le niveau de vie

Tableau N°13: Répartition des ménages urbains selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie

Tableau N°14: Répartition des ménages urbains selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie

Tableau N°15: Répartition des ménages urbains selon le mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie

Tableau N°16: Répartition des ménages urbains selon le type de sanitaire et le niveau de vie

Tableau N°17: Taux de morbidité (en %) selon la région économique et le mode d'approvisionnement en eau de boisson

Tableau N° 18: Taux de morbidité (en %) selon le niveau de vie et le type de lieu d'aisance du ménage

Tableau N°19 : Comparaison des handicaps selon le niveau de vie en 1994 et 1998

Tableau N°20 : Taux de prévalence de diarrhée chez les enfants de 6 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon l'âge, le niveau de vie et le milieu de résidence.

Tableau N°21 : Taux de prévalence de diarrhée chez les enfants de 6 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par région et par sexe et niveau de vie.

Tableau N°22: Taux d'utilisation des centres de santé par les ménages selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie

Tableau N°23 : Incidence des consultations dans les services de santé selon la région économique, le sexe et le niveau de vie

Tableau N°24 : Répartition (en %) des personnes qui sont tombées malades et n'ayant pas consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon le niveau de vie et la raison de non consultation

Tableau N°25: Répartition des personnes pauvres qui sont tombées malades et n'ayant pas consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon la raison de non consultation par région économique

Tableau N°26 : Répartition des ménages selon le temps mis et le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au service de santé le plus proche

Tableau N°27 : Répartition des ménages pauvres selon le temps mis et le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au service de santé le plus proche

Tableau N°28: Répartition des personnes tombés malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon le niveau de vie et la tranche de dépense en consultation

Tableau N°29: Montant moyen de la consultation dans les services de santé selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie

Tableau N°30: Répartition des personnes tombés malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon le niveau de vie et la tranche de dépense en médicaments

Tableau N°31 : Montant moyen des dépenses en médicaments pour ceux qui ont consulté dans les services de santé selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie

Tableau N°32: Répartition des personnes tombés malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon le niveau de vie et la tranche de dépense en analyses médicales

Tableau N°33 : Montant moyen des analyses médicales selon la région économique et le niveau de vie

## RESUME

Le présent document entre dans le cadre d'une série d'études spécifiques réalisée par l'Institut national de la Statistique et de la Démographie à partir des résultats de l'Enquête Prioritaire sur les conditions de vie des ménages burkinabé. La première édition de cette série a été menée en 1997 et était basée sur les résultats de l'Enquête Prioritaire I de 1994.

L'étude sur le thème « Pauvreté et Santé », comme celle réalisée en 1997, a pour objectif de préciser le comportement sanitaire des individus et des ménages en mettant un accent particulier sur celui des pauvres. Le but est de fournir des informations nécessaires à la prise de décision en vue de contribuer à la réduction de la pauvreté.

L'étude est basée sur les résultats de l'Enquête Prioritaire II réalisée en 1998 par l'Institut national de la Statistique et de la Démographie. Cette enquête a concerné un échantillon national de 8 478 ménages dont 2 593 en milieu urbain (31%) et 5 885 en milieu rural (69%). En termes d'individus, l'échantillon a permis d'enquêter 63 509 personnes, à raison de 31 106 de sexe masculin et 32 403 de sexe féminin.

La promiscuité du logement et l'insalubrité du cadre de vie constituent les facteurs importants de la morbidité des populations. Les inégalités de niveau de vie s'observent à travers le cadre de vie apprécié à travers le type de logement, le mode d'évacuation des ordures, le type de lieu d'aisance, le mode d'approvisionnement en eau des ménages et le type de sanitaire.

Si en milieu rural, les comportements des ménages sont homogènes selon les résultats de l'enquête, en milieu urbain, le niveau de vie conditionne le cadre de vie. Ainsi, 81,9% des ménages urbains non pauvres ont accès à l'eau courante contre 56% pour les ménages pauvres; 82,9% des ménages non pauvres ont des WC ou des latrines comme lieu d'aisance contre 66,4% pour les ménages pauvres.

Même s'il est assez difficile de caractériser les ménages ruraux en fonction du niveau de vie et de l'environnement sanitaire, on peut toutefois noter que les ménages ruraux pauvres sont majoritairement des agriculteurs de subsistance ou des éleveurs, qu'ils vivent dans un environnement sanitaire peu salubre, s'intéressent au centre de santé le moins cher ou à consultation gratuite en cas de maladie au cours de l'année et connaissent une forte promiscuité du logement (plus de 5 personnes par pièce d'habitation). Quant aux ménages ruraux non pauvres, ils sont constitués en majorité de salariés protégés, d'agriculteurs progressifs ou d'indépendants évolutifs, et se caractérisent par un environnement sanitaire relativement salubre, une dépense annuelle de santé comprise entre 50 001 et 250 000 FCFA, mais un taux de morbidité assez élevé (entre 20 et 40 %). Cette classification différencie en termes géographiques le Centre Est et le Centre Ouest (pauvres) de l'Ouest et du Sud-Ouest (non pauvres).

En milieu urbain, l'analyse approfondie des données permet de confirmer la corrélation positive entre le niveau de vie, l'environnement sanitaire et le logement. Elle fait ressortir une distinction nette entre, d'une part, les ménages pauvres ou de niveau de vie intermédiaire, salariés non protégés ou agriculteurs, qui vivent dans un environnement sanitaire caractérisé par la précarité, et, d'autre part, les ménages non pauvres, salariés ou indépendants évolutifs, qui ont un environnement sanitaire décent. Paradoxalement, le taux de morbidité est plus élevé chez les ménages de niveau de vie intermédiaire et les ménages non pauvres que chez les ménages pauvres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la notion de maladie n'est pas perçue de la même façon partout. En général, le pauvre a tendance à se considérer vraiment comme malade lorsqu'il souffre sérieusement, alors que le riche peut déclarer le moindre

« bobo » comme un mal sérieux. Par rapport à l'étude de 1994, et avec toute la prudence requise du fait de la dévaluation du FCFA cette année, on note que les mêmes disparités subsistent entre les ménages urbains selon le niveau de vie et l'environnement sanitaire, et on retrouve pratiquement les mêmes types de regroupements.

En ce qui concerne l'analyse de la morbidité, l'étude a porté sur la morbidité générale sur la période de référence des 30 jours précédant l'enquête. Le taux de morbidité générale est de 7,1% contre 16% en 1994. Il est plus élevé pour le milieu urbain (15,7%) que pour le milieu rural (10,4%). Le taux de morbidité augmente avec le niveau de vie : 14,8 % pour les non pauvres, 11,2% pour les intermédiaires et 8 % pour les pauvres. En 1994, les taux étaient respectivement de 25%, 17% et 11%.

Il est plus élevé pour les ménages s'approvisionnant en eau dans les robinets intérieurs partagés (12,6%) et propres (10,8%) et dans une moindre mesure dans les fontaines publiques (9,5%). Il en est de même pour les lieux d'aisance les plus modernes. En somme, les pauvres qui sont le plus souvent les ruraux ont une tendance à ne pas déclarer la maladie contrairement aux ménages urbains et non pauvres. Cette tendance pour les premiers à sous-déclarer la maladie relève des raisons d'ordres économique, social, culturel et géographique.

Au-delà de cette observation, en analysant le taux de morbidité moyen par ménage, on a pu identifier d'autres facteurs influençant la morbidité dans les ménages. A titre d'illustration, le fait de s'approvisionner en eau potable par le robinet réduit le taux de morbidité pour les ménages pauvres urbains.

En ce qui concerne la santé de l'enfant, une analyse à partir des informations sur les épisodes de diarrhée des enfants de 6 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et une appréciation de la malnutrition protéino-énergétique ont été faites à partir des données anthropométriques.

Il ressort de cette analyse que 21,9 % des enfants issus des ménages pauvres ont eu un ou plusieurs épisodes de diarrhée contre 30,4 % dans les ménages intermédiaires et 27,5 % dans les ménages non pauvres. En 1994, les taux étaient respectivement de 26,2%, 26,4% et 22%. On observe par ailleurs que le taux de prévalence de la diarrhée est plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale pour les enfants pauvres et intermédiaires (dû probablement à l'échantillon et à la sous déclaration dans ce milieu) alors que c'est l'inverse pour les non pauvres. Quel que soit le niveau de vie, le taux de prévalence est le plus élevé chez les enfants de 12 à 23 mois (33,1%) et le moins élevé chez les enfants de 48 à 59 mois (16,3%).

La « relation » diarrhée et malnutrition se traduit par des taux respectifs de :

- 31,8% de cas chez les enfants ayant une insuffisance pondérale;
- 29,1% de cas chez les enfants ayant un retard de croissance;
- 29,3% de cas chez les enfants ayant une émaciation.

En considérant le sexe des enfants, les garçons semblent plus touchés par les maladies diarrhéiques quelle que soit la région. En 1994, les filles étaient les plus touchées.

Si on considère la malnutrition protéino-énergétique, on peut noter que le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale est de 40,3% pour les enfants de 6 à 59 mois. Les enfants de 12 à 23 mois ont le taux le plus élevé (49,3 %). La différence du taux de prévalence est peu notable entre les pauvres et les intermédiaires, avec toutefois un taux légèrement supérieur chez les intermédiaires.



Quant à la prévalence du retard de croissance, le taux est de 43.1% pour l'ensemble des enfants de 6 à 59 mois, avec là aussi un taux plus élevé pour les enfants de 12 à 23 mois (51,3%).

Les enfants de 6 à 59 mois souffrant de sous nutrition aiguë (émaciation) représentent 19,4%. Les enfants de 48 à 59 mois sont les plus touchés (27,8%). Les proportions semblent baisser de façon non régulière avec l'augmentation de l'âge des enfants. Les ménages non pauvres sont plus touchés que les ménages pauvres.

On a pu également isoler les facteurs déterminants de la survenue de la malnutrition chez les enfants. Ainsi, le fait pour un enfant d'avoir une mère non instruite, d'être dans un ménage de niveau de vie intermédiaire et d'avoir vécu un épisode de diarrhée influencent fortement la probabilité de survenue de l'insuffisance pondérale. Il en est de même pour le retard de croissance qui survient plus fréquemment chez les enfants de mère non instruite, de niveau de vie intermédiaire. Ici cependant, le fait de résider dans les régions économiques du Nord-Ouest et du Centre-Ouest semble atténuer la survenue du retard de croissance. L'émaciation quant à elle est beaucoup plus tributaire de la taille et de ses épisodes de diarrhée.

En matière de couverture en infrastructures sanitaires, la situation n'est pas satisfaisante sur le plan national. En effet, elle se caractérise par une insuffisance et une inégale répartition selon les régions par rapport aux normes définies. En 1998 selon l'annuaire statistique du Ministère de la Santé, la couverture effective est de un CSPS pour 13 192 habitants pour une norme de un CSPS pour 10 000 habitants et sur un rayon de 10 km.

Le rayon moyen d'action théorique des formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) est de 10,16 km.

Les rayons d'action les plus faibles se retrouvent dans les régions sanitaires de Ouagadougou (7,41km), de Koudougou (7,42 Km), de Bobo Dioulasso (8,05km) et de Tenkodogo (8,30 km).

Les rayons d'action les plus grands se retrouvent dans les régions sanitaires de Fada NGourma (19,73 km), de Dori (17,63 km), de Gaoua (12,84 km) et de Banfora (12,62km).

L'enquête prioritaire fournit une mesure de la fréquentation des formations sanitaires. Selon les résultats de cette enquête, en effet, 91,5 % déclarent utiliser les centres de santé contre 92% en 1994. Les données de routine donnent un taux de 19,81%.

Les ménages pauvres utilisent le moins les services de santé avec un taux d'utilisation de 90,1% contre 91,1% chez les intermédiaires et 92,9% chez les non pauvres.

Considérant toujours les ménages pauvres, on constate des disparités importantes entre les régions économiques dans l'utilisation des services de santé. La plus faible utilisation est enregistrée dans le Centre-Est (74,1%) et la plus forte utilisation dans le Centre-Ouest (99%).

Le taux d'utilisation en milieu urbain est nettement au-dessus de celui du milieu rural quel que soit le niveau de vie considéré.

En considérant la sexospécificité, les femmes fréquentent les services de santé plus que les hommes : 38,7% contre 36,5%.

L'incidence de la consultation montre que seulement 41,3 % des malades ont consulté contre 39% en 1994. Elle augmente avec le niveau de vie ( 30,70% pour les pauvres et 36,8% pour les intermédiaires et 51 % pour les non pauvres). En 1994, les taux pour le premier et le troisième groupe étaient respectivement de 28 % et 54%.

Plus son niveau de vie est élevé, plus le malade est enclin à consulter les services de santé. En effet, les taux d'incidence des consultations sont de 27,4% pour les pauvres, 32,2% pour les intermédiaires et 47,5% pour les non pauvres, marquant ainsi une évolution positive en fonction du niveau de vie.

Les obstacles à l'utilisation des centres de santé sont de plusieurs ordres ( géographique, financier, culturel). L'accessibilité géographique ne semble pas constituer un frein à l'utilisation des services de santé car seulement 4,7% des malades qui n'ont pas consulté le lient à l'éloignement contre 6,4% en 1994.

Mais le problème se pose plus au Centre Est et au centre Nord où les taux de non consultation sont respectivement de 10% et 9,6% pour raison d'éloignement.

Concernant les malades pauvres, 4,4% n'ont pas consulté pour raison d'éloignement en 1998 contre 4,6% en 1994. On peut cependant remarquer que l'éloignement n'est pas ressenti par les pauvres au même niveau dans toutes les régions économiques. Il est beaucoup plus ressenti dans le Sahel (8,8%), le Centre-Nord (9,6%) le Centre-Est (10%) et l'Ouest (6,9%).

Mais de manière générale, la distance influe sur l'utilisation des centres de santé. Les statistiques sanitaires du Ministère de la Santé indiquent que le taux de consultation augmente avec la proximité des centres.

En utilisant la variable temps d'accès, on peut remarquer une certaine proximité des centres de santé. En effet, 40% des ménages mettent moins d'une demi-heure pour se rendre à la formation sanitaire la plus proche et parmi ceux qui vont à pieds, plus de la moitié (80% ) mettent moins d'une demi-heure. En considérant seulement les pauvres, 57,5% des ménages sont situés à au plus une heure d'une formation sanitaire contre 66,6 % en 1994.

L'accessibilité financière est la première difficulté d'accès aux soins. Ainsi, 31,3% des pauvres malades n'ont pas consulté à cause du coût élevé de la consultation. Les médicaments constituent un autre aspect de cette barrière financière. On note que 6,7 % de personnes malades, pauvres et non pauvres, n'ont pas acheté de médicaments.

Au-delà de ces barrières, plusieurs autres facteurs influencent la visite médicale. En empruntant la régression logistique comme autre outil d'analyse, on a pu noter que d'autres facteurs ou variables influencent négativement ou positivement le comportement des individus par rapport à la consultation médicale.

La variable dépendante ou expliquée est « avoir consulté un service de santé au cours de la période de référence». Les variables indépendantes ou explicatives sont :

- \*- la dépense totale en santé du ménage ;
- \*- le statut socio-économique du chef de ménage ;
- \*- la région économique ;
- \*- le temps mis pour se rendre au service de santé le plus proche ;
- \*- le moyen de déplacement le plus utilisé ;
- \*- le niveau de vie ;
- \*- le sexe ;
- \*- l'âge.

Le sexe, la dépense de santé du ménage, l'âge et le moyen de déplacement sont des variables peu significatives dans l'explication de la consultation des services de santé. Cela veut dire qu'à l'intérieur de chacune de ces variables, se déplacer d'une modalité à une autre

n'influence pas significativement le comportement du malade par rapport à la consultation. La différence de comportement entre les femmes et les hommes par exemple n'est pas importante même si elle existe.

Le statut socio-économique du chef de ménage, le niveau de vie et la région influencent moyennement le comportement des malades. Ainsi, le fait d'avoir le statut de salarié protégé, d'indépendant évolutif, d'agriculteur progressif et de subsistance favorise la consultation d'un service de santé. Par contre, l'appartenance au statut des inactifs constitue un obstacle.

Selon le niveau de vie, le fait d'être dans la catégorie des non pauvres constitue un facteur très positif pour la consultation tandis que les autres niveaux de vie, surtout celui des pauvres, interviennent négativement.

En ce qui concerne la région économique, celles qui sont favorables à la consultation des services de santé sont le Centre, le Centre-Est, le Nord et dans une moindre mesure le Centre-Nord; l'appartenance aux autres régions favorisant la non consultation.

Le temps mis pour se rendre au service de santé le plus proche est la variable qui influence très significativement la fréquentation des services de santé. Il est le plus déterminant dans la consultation médicale. Plus le temps d'accès au centre de santé est court, plus la tendance à le fréquenter est forte. Ce temps dépend de l'importance des voies d'accès, de la distance et du moyen de déplacement utilisé.

## INTRODUCTION

Depuis 1991, le Gouvernement du Burkina Faso, s'est engagé dans un processus de réformes économiques et structurelles avec l'appui des partenaires au développement notamment les institutions de Bretton Woods. Ces réformes qui ont contribué au rétablissement des équilibres macro-économiques et financiers ne sont pas sans conséquence sur les conditions de vie des ménages en général et des pauvres en particulier. C'est dans ce sens que l'aspect dimension sociale de l'ajustement a été développé visant à associer aux mesures du programme d'ajustement structurel des programmes de lutte contre la pauvreté afin de permettre aux différentes couches de la population de participer à la croissance économique.

En 1994, année de dévaluation du FCFA, le gouvernement burkinabè a réalisé l'enquête prioritaire I sur les conditions de vie des ménages dans le cadre du suivi de la pauvreté. Cette étude avait pour objet de fournir des informations socio-économiques sur les conditions de vie des ménages, de déceler l'ampleur et les formes de la pauvreté en vue d'un meilleur ciblage des actions de lutte contre la pauvreté. Elle a révélé que 44,5% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté. A la suite de cette étude sur le profil de pauvreté, une étude spécifique « pauvreté et santé » a été réalisée en 1997 pour mieux préciser les comportements sanitaires des pauvres et les facteurs les conditionnant.

L'enquête prioritaire II sur les conditions de vie des ménages réalisée en 1998 après celle de 1994 a montré que le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé à 45,3% à cette période. La pauvreté est un phénomène essentiellement rural avec une contribution de 94% en 1998. La contribution du milieu urbain est de 6%.

Les résultats de cette enquête devraient être exploités pour élaborer en 2000 le document cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Il ne fait aucun doute sur le lien bidirectionnel entre pauvreté et santé. En effet, la pauvreté maintient les pauvres dans la mauvaise santé et la mauvaise santé les maintient dans la pauvreté.

La présente étude spécifique « pauvreté et santé » qui s'inscrit dans la même dynamique que celle de 1997, poursuit les objectifs suivants :

### **Objectif général :**

L'objectif général de l'étude est de valoriser les données de l'enquête prioritaire II et de compléter le dispositif statistique existant dans le cadre du suivi de la pauvreté à travers le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. L'étude fournira notamment des indicateurs supplémentaires pertinents dans le domaine de la santé en vue d'une meilleure connaissance de la relation « pauvreté et santé au Burkina Faso » dans le suivi des conditions de vie des ménages.

### **Objectifs spécifiques**

L'étude « santé et pauvreté devra » :

- partir de l'ensemble des travaux de recherche déjà effectués dans ce domaine notamment ceux réalisés en 1997 à partir des données de l'enquête prioritaire I de 1994 ;
- faire ressortir la situation sanitaire ainsi que la politique de développement sanitaire au Burkina Faso ;

- faire ressortir l'environnement sanitaire (cadre de vie des ménages selon le milieu de résidence) ainsi que les caractéristiques socio-économiques des ménages selon les milieux ;
- étudier de façon spécifique l'état sanitaire des ménages pauvres en mettant l'accent sur les enfants ;
- étudier l'accès des pauvres aux services de santé (accessibilité physique, financière et autres) ;
- faire des recommandations pertinentes en vue d'améliorer l'accès des pauvres aux services de santé

Le présent rapport comprend cinq parties. Elle aborde successivement la situation du secteur de la santé, l'environnement sanitaire des ménages burkinabé, l'état sanitaire des pauvres, l'état sanitaire des enfants des ménages pauvres et l'accès des pauvres aux services de santé.

## NOTE METHODOLOGIQUE

Cette section vise à préciser quelques concepts qui seront utilisés tout au long de l'analyse de la pauvreté et de la santé au Burkina Faso. Il s'agit notamment de la classification des individus et des ménages dans l'échelle du niveau de vie, et de la définition des groupes socio-économiques sur la base du statut du marché de travail du chef de ménage.

En ce qui concerne le premier concept, nous avons retenu la classification à trois niveaux : les **pauvres**, les **intermédiaires** et les **non pauvres**. Cette typologie est basée sur la définition du seuil absolu national de pauvreté qui tient compte des besoins nutritionnels mais aussi des dépenses non alimentaires. Cette ligne en dessous de laquelle l'individu est considéré comme pauvre est estimée à 72 690 Fcfa par adulte et par an<sup>1</sup>. Elle distingue donc les pauvres (moins de 72 690 Fcfa et qui représentent 45.27 % de la population) des deux dernières catégories. On a ensuite utilisé le septième décile de la dépense moyenne annuelle, qui divise la population en les 70% les plus pauvres et les 30% les plus riches, pour différencier les individus de niveau de vie intermédiaire et les non pauvres. L'exploitation des données de l'enquête prioritaire 1998 a permis d'estimer ce décile à 110 469.9 Fcfa. Ainsi, les ménages ayant une dépense moyenne annuelle comprise entre 72 690 Fcfa et 110 469.9 Fcfa sont considérés comme de niveau de vie intermédiaire, ceux qui dépensent plus de 110 469.9 Fcfa (soit 30% de la population étudiée) sont dans la catégorie des non pauvres.

La définition des groupes socio-économiques sur la base du statut de marché de travail est guidée par le souci de prendre en compte les relations étroites existant entre la participation au marché du travail, la pauvreté et la vulnérabilité des individus et des ménages. Ce concept est dû aux travaux de J. P. Lachaud<sup>2</sup> et s'appuie sur les notions de protection, de régularité et de dynamisme de l'emploi. Aussi les critères de segmentation sont-ils basés sur les termes « évolutifs », « involutifs », « progressifs » et « protégés ». La démarche méthodologique s'inspire largement de celle mise en œuvre lors de l'étude précédente menée sur le même thème en 1997<sup>3</sup>.

Concrètement, il s'agit de stratifier le marché du travail en segments homogènes dans la limite de l'information disponible. Cette segmentation tient ainsi compte de la nécessité de fournir des éléments de ciblage pertinents des groupes ou sous-groupes socio-économiques sur lesquels doivent converger en priorité les actions et programmes de lutte contre la pauvreté. Nous avons ainsi, en exploitant le fichier de base de l'enquête prioritaire 1998, pu isoler dix groupes homogènes sur la base des critères suscités.

Par rapport au critère de protection et de régularité de l'emploi, nous avons distingué les salariés protégés des salariés non protégés. Par rapport aux critères de dynamisme et d'autonomie, nous avons isolé les indépendants non agricoles évolutifs et involutifs, les agriculteurs progressifs, les agriculteurs de subsistance et les éleveurs. Les trois derniers groupes sont constitués des autres actifs, des chômeurs et des inactifs.

La typologie détaillée est décrite ci-après :

\* **Salariés protégés** : il s'agit des salariés du secteur public ou du secteur privé bénéficiant d'une « protection » sous la forme d'un emploi régulier ou permanent matérialisé par un contrat ou non, le droit à une pension de retraite, le droit à une couverture par la sécurité sociale formelle, le droit à des congés payés. Bien que ces éléments confèrent une certaine

---

<sup>1</sup> En fait ce chiffre est le montant ajusté de celui de 1994 qui était de 41 099 Fcfa.

<sup>2</sup> Pauvreté, vulnérabilité et marché du travail au Burkina Faso, février 1997, 173 pages

<sup>3</sup> Pauvreté et Santé au Burkina Faso, mars 1997, 80 pages

sécurité dans l'exercice de l'emploi et une régularité des revenus, leur existence ne signifie pas une non-vulnérabilité totale, car un emploi n'est pas toujours définitivement acquis (surtout dans le privé) et la garantie d'un salaire régulier n'est pas toujours totale.

- \* **Salariés non protégés** : ce sont les salariés du public et du privé qui ne répondent pas à la définition de salarié protégé. On y retrouve essentiellement les salariés temporaires, les occasionnels et les saisonniers qui sont généralement sans couverture sociale et dont le revenu est parfois sporadique. On y retrouve également les salariés permanents non couverts par la sécurité sociale formelle et ceux qui n'ont pas droit à des congés payés. Cette catégorie connaît une plus grande vulnérabilité par rapport au premier groupe de salariés.
- \* **Indépendants non agricoles évolutifs** : le critère de dynamisme, perçu à travers la taille de l'entreprise en termes d'effectif des personnes employées, est utilisé ici pour répartir les indépendants non agricoles. Ainsi, ce groupe qualifié d'évolutif se compose des travailleurs indépendants non agricoles, qu'ils soient employeurs (c'est-à-dire employant au moins un salarié) ou travailleurs à propre compte (n'employant pas de main d'œuvre salariée), qui ont à leur service au moins quatre (4) employés (salariés ou non).
- \* **Indépendants non agricoles involutifs** : ce sont les travailleurs indépendants non agricoles employant moins de quatre (4) personnes (salariées ou non).
- \* **Agriculteurs progressifs** : la partition du groupe des agriculteurs s'est réalisée à l'aide de la procédure de classification de SPSS appelée «cluster». Elle a été basée sur des critères de modernité tels que l'usage d'engrais, le recours au crédit agricole, la vente des produits auprès d'offices de commercialisation. Ont été également pris en compte d'autres aspects non moins importants comme la main d'œuvre employée, l'origine des revenus (revenus de rente ou non) et l'importance du cheptel. Tous ces critères ont été résumés dans seize (16) variables dichotomiques dont la liste figure en annexe. Ce premier groupe dit « progressif » se compose donc des agriculteurs caractérisés par une plus grande utilisation des engrais, un plus grand recours au crédit agricole et des débouchés constitués essentiellement par les offices de commercialisation. De plus, leurs revenus proviennent à plus de 50% des cultures de rente (coton, arachide, ...), ils emploient plus de cinq (5) personnes et possèdent un cheptel constitué de 1 à 4 bœufs utilisés probablement comme moyen de production.
- \* **Agriculteurs de subsistance** : on retrouve ici les agriculteurs qui ne peuvent pas être considérés comme progressifs. C'est ceux qui utilisent faiblement les engrais, ont recours très rarement au crédit agricole, écoulent en général leurs produits sur les marchés traditionnels et ont un cheptel très réduit.
- \* **Eleveurs** : ce groupe se caractérise par la possession d'un important cheptel (plus de quatre bœufs, plus de neuf moutons et plus de neuf chèvres) et par des revenus provenant à plus de 50% de l'élevage.
- \* **Autres actifs** : ce sont les actifs non pris en compte dans les catégories précédentes. Ils sont constitués essentiellement d'aides familiaux.
- \* **Chômeurs** : on a regroupé dans cette catégorie les personnes inoccupées ayant déjà travaillé et les personnes inoccupées n'ayant jamais travaillé (premières insertions). Cette définition du chômage qui n'est pas assez rigoureuse ne reflète bien sûr pas la réalité du phénomène au Burkina Faso.
- \* **Inactifs** : c'est la catégorie qui regroupe les personnes qui sont « supposées » ne pas contribuer à l'activité économique. On y retrouve les élèves, les étudiants, les retraités, les rentiers, les femmes au foyer et tous les autres inactifs.

## I. SITUATION DU SECTEUR DE LA SANTE

### 1.1. Situation sanitaire

#### 1.1.1. Morbidité et mortalité

##### 1.1.1.1. Morbidité

La morbidité générale de la population burkinabè est élevée : 15,8% en 1995; elle est principalement due aux endémo-épidémies locales et aux affections chroniques non transmissibles. Parmi les maladies transmissibles, certaines font l'objet d'immunisation (rougeole, méningite cérébro-spinale). La morbidité est surtout élevée chez les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées sans distinction de sexe.

Les principales causes de consultation dans les services de santé de base sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles. Les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques touchent particulièrement les enfants de moins de 5 ans.

Le taux de séroprévalence du VIH en fin 1998 se situe entre 7 et 10 % dans la population générale et fait du Burkina Faso un des pays de l'Afrique de l'Ouest le plus affecté. Il est de 7,17 % chez les femmes enceintes. Les 3/4 des personnes atteintes sont des adultes jeunes de 15 à 40 ans. Le nombre de cas de SIDA notifiés ne cesse d'augmenter malgré une sous notification des cas. Cette pandémie aura une influence négative à terme sur l'espérance de vie à la naissance (53 ans actuellement) si des actions énergiques ne sont pas mises en œuvre.

On observe des flambées épidémiques d'ampleur variable dues aux maladies tels que la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune et le choléra. Les autres endémies majeures sont :

- la tuberculose qui est en ré-émergence surtout à cause de son association avec le SIDA ;
- la lèpre dont l'évolution connaît une tendance à la hausse ces dernières années et la dracunculose ou "ver de Guinée" dont l'incidence annuelle a baissé de 6 861 cas rapportés en 1994 à 2 227 cas en 1998 ;
- la poliomyélite, maladie à éradiquer, et le tétanos néonatal, malgré les progrès enregistrés, restent encore des problèmes importants de santé ;
- la trypanosomiase humaine africaine et l'onchocercose bien que ne constituant plus des problèmes de santé publique, sont sous surveillance.

Les maladies non transmissibles, notamment les maladies chroniques, sont en augmentation. Désormais ces affections chroniques viennent s'ajouter aux maladies infectieuses auxquelles le pays doit parallèlement faire face. Il y a également un accroissement du nombre d'accidents de la circulation, des traumatismes et violences divers.

##### 1.1.1.2. Mortalité

La situation sanitaire du pays est caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifiques également élevés. Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille,



s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvénile et maternelle.

Le taux de mortalité infantile est passé de 94 pour mille en 1993 à 105 pour mille en 1998. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé, sur la même période, de 187 pour mille à 219 pour mille. Cette mortalité est due, entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV) du fait de la faible couverture vaccinale, la malnutrition (souvent due au sevrage précoce), les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës. La mortalité des jeunes de 15 à 40 ans est due essentiellement au SIDA.

Quant à la mortalité maternelle, elle est passée de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998. Les causes directes sont les infections, les hémorragies, les dystocies, les anémies et les avortements provoqués. En outre, il convient de signaler d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'absence de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé de reproduction.

L'évolution de quelques indicateurs de santé au cours de la dernière décennie est résumé dans le tableau n°1 ci dessous.

**Tableau n°1 : Evolution de quelques indicateurs de santé au cours de la dernière décennie**

Années	1993	1999
Mortalité infanto-juvénile (entre 0 et 5 ans ) pour mille	187	219
Mortalité juvénile (entre 1 et 5 ans ) pour mille	103	127
Mortalité infantile (moins d'un an ) pour mille	94	105
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes )	566	484
Indice synthétique de fécondité (femmes de 15-49 ans)	6,9	6,8
Taux de malnutrition		
Poids pour âge	29,4	32,7
Taille pour âge	29,4	33,3
Taux de couverture vaccinale chez les enfants de 0-11 mois		
BCG	72	60
DTCP3	47	42
Rougeole	42	53
Fièvre jaune	42	50

Sources : INSD et DMP

### **1.1.2. Handicaps et incapacités**

Le gouvernement accorde une grande importance à la réadaptation des personnes handicapées. Cependant, la situation des handicapés reste difficile du fait des difficultés d'insertion et de réadaptation.

Le nombre des handicaps et des incapacités croît constamment et ils représentent une part importante des états morbides du pays. On dénombre 168 698 personnes handicapées dont 52 % de sexe masculin en 1996. Les causes sont, entre autres, les accidents, les traumatismes et violences divers et les séquelles de certaines maladies comme la poliomyélite.

### **1.1.3 Déterminants de la santé**

L'évolution de la santé des populations du pays est influencée par plusieurs facteurs ou déterminants dont les plus importants sont :

#### **1.1.3.1. Facteurs politiques et institutionnels**

Le facteur positif est surtout l'engagement politique des autorités nationales et des partenaires au développement en faveur du secteur de la santé. Par contre, les insuffisances dans la coordination, la collaboration intersectorielle et dans la gestion rigoureuse entravent l'exécution des programmes de développement en général et des programmes de santé en particulier.

#### **1.1.3.2. Facteurs biologiques**

Ils sont à l'origine de nombreuses maladies infectieuses, parasitaires, génétiques et/ou héréditaires dont la prévention est rendue difficile par le bas niveau d'instruction des populations et les faibles moyens de diagnostic.

#### **1.1.3.3. Facteurs socioculturels**

Le faible niveau général d'instruction de la population (40% en 1998) et les pesanteurs socio-culturelles diminuent l'impact des activités d'Information-Education-Communication (IEC) pour l'acquisition d'attitudes favorables à la santé. Ainsi, certains comportements comme la pratique du lévirat, du mariage précoce, de l'excision sont défavorables à la santé et constituent des risques pour l'expansion de certaines maladies.

La perception de la maladie par les populations conditionne le choix du type de thérapeutique et peut par conséquent entraîner un retard à la consultation, ce qui ne favorise pas toujours une prise en charge adéquate des maladies.

#### **1.1.3.4. Facteurs socio-économiques**

Le faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier limite leur accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement ;

l'insécurité alimentaire dans les ménages favorise la malnutrition et fragilise ainsi la santé des femmes et des enfants.

La protection sociale est faible et le système moderne ne concerne qu'une partie des travailleurs du secteur formel de l'économie, tandis que la protection sociale traditionnelle constituée par les réseaux d'assistance familiaux et communautaires a tendance à disparaître. Cette situation de pauvreté favorise aussi la consommation d'aliments, de médicaments et autres produits non contrôlés ou prohibés, nocifs à la santé.

Le niveau socio-économique conditionne également le choix du type de thérapeutique et le moment de la consultation.

En raison des limitations des ressources consacrées à la santé, l'offre de soins tant en quantité qu'en qualité demeure insuffisante.

#### **1.1.3.5. Facteurs environnementaux**

L'approvisionnement en eau potable est insuffisant et l'utilisation d'eau polluée reste très importante, surtout en zone rurale. Ce qui explique la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses.

En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. L'utilisation des latrines reste très limitée en raison d'une part, de l'absence d'installations et d'autre part, de pratiques socioculturelles inadaptées.

En matière de traitement des déchets solides et liquides, il n'existe aucun système efficace. La pollution est devenue plus importante du fait de l'utilisation intensive des pesticides et de l'émission de gaz dans les grands centres urbains.

Les services de santé qui sont sensés donner l'exemple tant en matière d'hygiène/assainissement que de gestion des déchets sont loin d'être des cadres propices à la santé. En effet, ils sont souvent insalubres, toutes les sortes de déchets jonchant la cour et l'environnement immédiat de ces supposés havres de santé.

En ce qui concerne les conditions de vie, l'habitat en général est en banco et très vétuste. La cohabitation entre les animaux domestiques et les hommes crée des situations de promiscuité et d'insalubrité, favorisant le développement de certaines pathologies (leishmanioses, toxoplasmose...).

Quant aux conditions de travail, peu de travailleurs bénéficient de mesures d'hygiène et de sécurité.

#### **1.1.3.6. Facteurs démographiques**

L'accroissement démographique concernera davantage les groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes jeunes. L'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitera la mise en place de services adaptés à leurs besoins de santé.

Les mouvements de populations constituent des facteurs de propagation du VIH/SIDA et des autres maladies épidémiques (choléra, fièvre jaune, méningite...). Ils favorisent également la circulation illicite des médicaments, des aliments et des produits prohibés. L'urbanisation se développe de façon non contrôlée rendant difficile la gestion des problèmes de santé des populations.

## **1.2. Organisation du système de santé**

### **1.2.1. Organisation administrative**

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux :

- Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général et des directions centrales .
- Le niveau intermédiaire dans le schéma de déconcentration du système de santé qui était représenté au moment de l'enquête par 11 directions régionales de la Santé (DRS). Chacune d'elle regroupe un certain nombre de districts sanitaires. Les DRS ont pour mission la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de santé, la coordination, la supervision et l'appui technique des districts sanitaires.
- Le niveau périphérique est représenté par 53 districts sanitaires créés dans le cadre de la décentralisation technique du système de santé.

Le district sanitaire se définit comme l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé , le niveau de planification locale où l'équipe cadre de district (ECD) est chargée de la gestion des problèmes de santé des populations essentiellement pauvres. Cette entité regroupe une population de 150 000 à 200 000 habitants et est centré sur un Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA).

### **1.2.2. Organisation des structures de soins**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), structure de base du système de santé ;
- le deuxième échelon de soins du district est le CMA constituant l'hôpital de district de première référence pour les CSPS.

Certains districts sanitaires sont centrés sur des CHR.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier national (CHN) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

En plus des structures publiques de soins, il convient de noter l'existence des structures sanitaires parapubliques (Office de Santé des Travailleurs, Caisse Nationale de Sécurité Sociale, etc.) et privés à but lucratif ou non et le secteur sanitaire traditionnel qui font partie intégrante du système national de santé.

### 1.3. Ressources pour la santé

#### 1.3.1. Infrastructures sanitaires

Le Burkina Faso comptait en 1998, 2 CHN, 9 CHR, 29 CMA , 40 CM résiduels (ils doivent être transformés soit en CSPS soit en CMA), 769 CSPS ainsi que 126 dispensaires et 16 maternités isolés qui doivent être normalisés en CSPS.

Le tableau n°2 résume la répartition des infrastructures sanitaires publiques.

**Tableau n°2 : Situation des infrastructures sanitaires en 1998**

Régions sanitaires	CHN	CHR	CMA	CM	CSPS	Dispens. Isolé	Mater. isolée	Total Formations sanitaires
Banfora		1	1	1	34	4		41
Bobo	1		2	1	59	44	5	111
Dédougou		1	4	6	106			117
Dori		1	1	2	24			28
Fada		1	2	4	59	1		67
Gaoua		1	2	4	28	14		49
Kaya		1	2	3	66	5		77
Koudougou		1	2	3	113	7	3	137
Ouagadougou	1		8	8	155	24	2	197
Ouahigouya		1	3	4	59	22	6	95
Tenkodogo		1	2	4	66	5		78
<b>Ensemble du Pays</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>769</b>	<b>126</b>	<b>16</b>	<b>997</b>

Source : DEP/MS

D'une manière générale, la couverture du pays en infrastructures sanitaires n'est pas satisfaisante. En effet, elle se caractérise par son insuffisance et son inégale répartition selon les régions par rapport aux normes définies. La couverture effective est de 1 CSPS pour 13 192 habitants alors que la norme est de 1 CSPS pour 10 000 habitants et dans un rayon de 10 km.

Le rayon moyen d'action théorique des formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) est de 10,16 km.

Les rayons d'action les plus faibles sont détenus par les régions sanitaires de Ouagadougou (7,41km), de Koudougou (7,42 Km), de Bobo Dioulasso (8,05km) et de Tenkodogo (8,30 km).

Les rayons d'action les plus grands se retrouvent dans les régions sanitaires de Fada NGourma (19,73 km), de Dori (17,63 km), de Gaoua (12,84 km) et de Banfora (12,62km).

Quelque soit le groupe de régions sanitaires considéré, il existe d'énormes disparités à l'intérieur de chaque région sanitaire et qui méritent d'être prises en compte pour des actions de planification. A titre d'exemples ( données de l'annuaire statistique 1998 du Ministère de la Santé), dans le groupe des régions sanitaires qui semblent les plus couvertes en formations sanitaires, les districts sanitaires de Pissy (0,64 km) , secteur 30 de Ouagadougou (1,29 km) et secteur 22 de Bobo Dioulasso (3,22 km) sont plus couvertes que ceux de Pô(34,98 km), Manga(33,61 km). Il en est de même pour le groupe des régions sanitaires les moins

couvertes où les districts sanitaires comme Pama(25,24 km), Sebba (25,24 km) et Banfora ( 15,16 km) se distinguent par leur faible couverture en formations sanitaires.

Le pays connaît ces dernières années une expansion rapide des structures sanitaires privées à but lucratif qui sont passées de moins d'une dizaine dans les années 70, à plus de 300 en fin 1998, tous types confondus. Elles sont concentrées dans les deux grandes villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso en raison de l'existence d'une demande solvable.

Le secteur pharmaceutique privé comptait en fin 1998, 105 officines privées (dont 69 à Ouagadougou et 19 à Bobo-Dioulasso) et 2 grossistes privés à Ouagadougou avec leurs succursales à Bobo-Dioulasso.

L'approvisionnement en médicaments est actuellement assuré par six grossistes importateurs :

- CAMEG
- COPHADIS
- LABOREX
- FASO GALIEN
- SOCOPHARM
- PHARMADANIKA.

La production locale est assurée par MEDIFA, U. PHARMA et SOPAL. Chaque district sanitaire dispose d'un dépôt répartiteur de médicaments essentiels génériques (MEG). En 1998, 84% des CSPS disposaient d'un dépôt MEG pour ce qui est de l'accessibilité géographique.

Les infrastructures sanitaires pour être opérationnelles sont dotées de ressources humaines et matérielles durables dont les équipements, les médicaments et consommables médicaux et non médicaux.

### 1.3.2. Ressources humaines

Les ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes jouent un rôle de premier ordre dans les prestations de soins. C'est pourquoi, le secteur de la santé en raison de son caractère prioritaire, à l'instar d'autres secteurs, a des possibilités en matière de recrutement des ressources humaines depuis la mise en œuvre des réformes économiques et structurelles. Le tableau n°3 fournit des indications sur l'évolution de certaines catégories de ressources humaines selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau n°3 : Evolution du nombre d'habitants par unité de personnel

Personnel de santé	Norme OMS	1994	1995	1996	1997	1998
Médecins	10 000	30 385	28 673	29 815	29 589	21 457
Pharmaciens	20 000	177 466	156 930	115 872	101 520	982 666
Sages- Femmes	5 000	28 917	29 316	29 897	25 563	22 949
Infirmiers d'Etat	5 000	12 260	13 214	8 222	7 818	8 295
Infirmiers brevetés	5 000	8 490	8 164	8 415	8 276	8 650

Source : STC-PDES/MEF 2000  
DEP/MS

Les ratios connaissent une tendance à l'amélioration, avec cependant des mouvements erratiques autour de cette tendance. Néanmoins, ils demeurent nettement en dessous des normes OMS bien qu'ils se rapprochent de la norme pour les infirmiers d'Etat (IDE) et les infirmiers brevetés (IB). Il est noter que le pays s'est défini de nouvelles normes en personnel de santé pour le niveau CSPS qui sont de trois agents dont 1 IDE ou 1 IB ; 1 accoucheuse

auxiliaire ; 1 agent itinérant de santé (AIS) ou 1 manœuvre. C'est ainsi qu'on parle maintenant de en termes de proportion de formations sanitaires remplissant les normes en personnel. En 1997, 57% des CSPS remplissaient la norme requise en personnel.

De façon générale, les ressources humaines du secteur sanitaire public sont insuffisantes et par conséquent ne couvrent pas les besoins du pays. Qui plus est, leur répartition tant sur le territoire national qu'à l'intérieur des aires géographiques d'exercice n'est pas satisfaisante en ce sens que des disparités importantes subsistent. Elles sont relativement concentrées dans les deux principales zones urbaines au détriment des zones rurales où vit la majorité de la population surtout les couches les plus pauvres. En effet, les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso regroupent à elles seules 53,7 % des médecins, 57,3% des sages-femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers toutes catégories confondues, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10% de la population du pays.

Les études réalisées n'ont pas toujours servi à prendre des décisions conséquentes, toute chose qui aurait pu permettre une utilisation plus rationnelle des ressources humaines.

### **1.3.3. Ressources financières**

Le secteur de la santé fait partie du secteur social et entre dans les priorités du gouvernement. Son financement est une préoccupation majeure pour les différents acteurs de la santé. La part des richesses consacrée aux dépenses de santé est en dessous de la moyenne des pays les plus pauvres en Afrique au sud du Sahara qui est de 4% du PIB. A titre d'illustration, les dépenses de santé représentaient 2,34% du PIB en 1996. Durant les années 1997,1998 , elle s'est stabilisée autour de 2,2%.

Une des caractéristiques de la structure des sources de financement de la santé reste la combinaison du financement public par l'Etat central et les collectivités locales, du financement privé par les ménages, de l'aide extérieure et de l'assurance maladie. Cette partie traite essentiellement du budget de l'Etat qui prend en compte les ressources propres de l'Etat et celles des partenaires au développement.

L'appui de l'aide extérieure à l'effort budgétaire de l'Etat revêt deux formes : les subventions, les prêts projets/programmes et l'appui budgétaire. Le budget de l'Etat est le principal instrument de financement du développement économique et social et partant des politiques et stratégies en matière de santé. En effet, c'est le budget de l'Etat qui fournit les ressources financières nécessaires pour le fonctionnement des structures sanitaires, l'acquisition du matériel médical et non médical, la construction et la réhabilitation des infrastructures.

Du point de vue de la classification économique, le budget santé comprend deux parties: les dépenses de fonctionnement ( personnel, biens et services et transferts courants) et les dépenses d'investissement.

Au cours de la période 1994 à 1998, les dotations budgétaires allouées à la santé ont évolué à un rythme de 15% l'an en moyenne et à prix courant alors que le budget général a augmenté de 19,85% l'an. Au cours de cette période, la part du secteur de la santé ( hors dépenses communes interministérielles et hors dettes ) dans le budget total est restée inférieure à 10% avec un maximum de 9,23 % atteint en 1998. Toutefois en tenant compte de la dette (intérêt et principal), le ratio de 10% est atteint en 1996. Le tableau n° 4 ci dessous indique l'évolution des dotations budgétaires du secteur de la santé de 1994 à 1998.

**Tableau n° 4 : Evolution des dotations budgétaires du secteur de la santé  
( en millions de FCFA)**

RUBRIQUES	ANNEES				
	1994*	1995*	1996	1997	1998
FONCTIONNEMENT	12605,2	12612	12748,6	15156,5	16626,4
Personnel	6008,4	8283,4	5322,7	6113,9	6437,7
Biens et services	4285,3	4329	3128,3	3126,3	3079,2
Transferts courants	2311,5	-	4297,6	5916,3	7109,5
INVESTISSEMENTS	6181,1	5321	17444,3	15945,4	16232,6
Ressources propres			1067,3	1481,5	3594,8
Ressources extérieures			16377	14463,9	12637,8
TOTAL SANTE	18786,3	17933	30192,9	31101,9	32859
ENSEMBLE BUDGET	206540	225884	328095	359798	426135
Part de la santé	9,10	7,94	9,20	8,64	7,71
ENSEMBLE BUDGET HORS DETTES			285597	319020	381806
Part de la santé hors dettes			10,57	9,75	8,61

Sources : STC-PDES/MEF

\* INSD / Pauvreté et santé au Burkina Faso

Pour ce qui est de la variation annuelle des dotations notamment dans le sens de la diminution, elle concerne les dépenses de personnel et celles des biens et services et les ressources extérieures. De façon générale, le budget de la santé a connu des augmentations annuelles sur la période en dehors de l'année 1995. Le tableau n°5 ci dessous fournit des informations en la matière.

**Tableau n°5 : Variation annuelle (en %) des dotations budgétaires du secteur de la santé**

RUBRIQUES	1994	1995	1996	1997	1998
FONCTIONNEMENT		0,06	1,08	18,89	8,84
Personnel		37,86	-35,74	14,86	5,03
Biens et services		1,02	-27,74	-0,06	-1,53
Transferts courants				37,67	16,78
INVESTISSEMENTS		-13,91	227,84	-8,59	1,77
Ressources propres				38,81	58,79
Ressources extérieures				-11,68	-14,45
TOTAL		-4,54	68,36	3,01	5,35

Source : Calculs effectués à partir du tableau n° 4

La période de 1994 à 1998 a été marquée par la poursuite de la facilité d'ajustement structurel renforcé, la mise en oeuvre du test sur la reformulation des conditionnalités et le suivi des indicateurs de l'initiative pays pauvres très endettés (PPTE) ou initiative d'allègement de la dette. Le changement opéré dans la structure des dépenses de santé avant cette période a été poursuivi. Il s'est agi de restructurer d'une part les dépenses budgétaires au profit des secteurs prioritaires dont celui de la santé et d'autre part les dépenses d'investissement au détriment des dépenses courantes ou de fonctionnement.



Pour ce qui concerne la dernière restructuration, cette tendance est observée en 1996 et 1997 sur la base de la structure des dotations budgétaires du secteur de la santé dont le tableau n° 6 ci dessous fournit des indications.

**Tableau n°6 : Evolution (en %) de la structure des dotations budgétaires du secteur de la santé**

Rubriques	ANNEES					
	1994	1995	1996	1997	1998	
FONCTIONNEMENT	67,10	70,33	42,22	48,73	50,61	
Personnel	47,67	65,68	41,75	40,34	38,72	
Biens et services	34	34,32	24,54	20,63	18,52	
Transferts courants	18,34	-	33,71	39,03	42,76	
INVESTISSEMENTS	32,90	29,67	57,78	51,27	49,40	
Ressources propres			6,12	9,29	22,15	
Ressources extérieures			93,88	90,71	77,85	
TOTAL	100	100	100	100	100	

Source : Calculs effectués à partir du tableau n° 4

En analysant les dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel occupent une part importante de 1994 à 1997. Mais à partir de 1998, la tendance s'est inversée au profit des transferts courants. Toutefois, l'analyse mérite d'être nuancée dans la mesure où ce poste de dépenses comprend les salaires du personnel des établissements publics à caractère administratif. Du point de vue économique, certains transferts comme les bourses des élèves de l'Ecole nationale de santé publique et les indemnités de stage des étudiants de 7<sup>ème</sup> année de médecine et de 6<sup>ème</sup> année de pharmacie sont en réalité des investissements. En ce qui concerne les dépenses de biens et service, excepté les années 1994 et 1995 où elles étaient respectivement de 34% et 34,32%, elles ont connu de 1996 à 1998, une baisse en valeur nominale et relative comprises entre 18,52% et 24,54%.

S'agissant des dépenses d'investissement, elles sont financées principalement sur les ressources extérieures. La contribution des partenaires au développement a été de 93,88% en 1996 et de 77,85% en 1998.

Néanmoins, il convient de noter que d'un point de vue global, l'Etat à partir de 1997 accroît sa contribution à l'investissement public et le poids des ressources propres est passé de 6,12% en 1996 à 22,15% en 1998.

En ce qui concerne la répartition des crédits budgétaires par niveau, une des mesures contenues dans le document cadre de politique économique au titre de la facilité d'ajustement structurel renforcé est la ré-allocation du budget de la santé au profit des districts sanitaires décentralisés sur le plan technique qui devront recevoir au moins 50% des dotations en biens et services. Ce ratio n'a pu être atteint. La part allouée aux districts sanitaires en 1998 était de 30,24%. Quant à la part des directions centrales, elle était de 68,04%. Toutefois, il convient de noter que sur les parts qui reviennent aux directions centrales, une partie est par la suite destinée aux districts sanitaires. C'est le cas notamment des vaccins pour le programme élargi de vaccination. Les fortes dotations relatives des directions centrales s'expliquent également par le montant alloué aux évacuations sanitaires à l'extérieur. Signalons également que la plupart des activités menées par les directions centrales le sont au profit des districts sanitaires. C'est le cas des constructions et des équipements pour lesquels des appels d'offre sont lancés et des marchés octroyés selon la réglementation en vigueur.

Néanmoins, le constat est que les districts sanitaires dont la fonction principale est de fournir des prestations essentielles, ne reçoivent qu'une part des ressources internes du budget de la santé qui n'est pas à la mesure de la priorité accordée à la lutte contre les maladies et les soins de santé primaires. Cependant, les évaluations faites par les services centraux et les

projets/programmes montrent que parfois les ressources ne sont pas rationnellement utilisées et qu'en plus les taux d'absorption des budgets mis à la disposition des districts sanitaires demeurent faibles. A cela vient s'ajouter le fait que des districts sanitaires disposent de fonds propres importants qui ne sont pas utilisés. Dans certains cas, c'est la difficulté de coordonner les interventions des partenaires au développement compte tenu de leur multiplicité.

## **1.4. Politique sanitaire et plan national de développement sanitaire**

### **1.4.1. Présentation de la politique sanitaire nationale**

#### **1.4.1.1. Fondements, principes de base et valeurs de la politique sanitaire nationale.**

Le secteur de la santé reste un des secteurs sociaux sensibles et reconnus prioritaires par le Gouvernement et les partenaires au développement. Après la déclaration d'Alma Ata en 1978, le Burkina Faso a adopté les soins de santé primaires comme stratégie de base de sa politique de développement sanitaire.

Les soins de santé primaires sont des prestations de services essentiels, accessibles à la communauté, avec la pleine participation de celle-ci. Ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté et sont livrés sous forme d'action de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation.

En 1987, la Région Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté l'initiative de Bamako comme stratégie novatrice de revitalisation des soins de santé primaires. Cette initiative met l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant et le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires avec la pleine participation de la communauté à l'organisation et à la gestion des actions développées à son profit. Le Burkina Faso y a souscrit.

Sur le plan législatif, la constitution de la IV<sup>e</sup> République (02 juin 1991) consacre, en son article 18, la santé comme un droit fondamental de l'être humain. Cet article stipule en effet que «la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, constituent des droits sociaux reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir». Le code de Santé Publique du Burkina Faso de 1994 aborde les différents aspects de la jouissance de ce droit fondamental. Le code des personnes et de la famille et le code de l'environnement s'y impliquent.

Par ailleurs, le Burkina Faso a adhéré à différents instruments internationaux ou régionaux relatifs aux droits de l'homme, dont le droit à la santé fait partie intégrante. Au nombre de ces droits, on peut citer :

- - la Déclaration universelle des droits de l'homme;
  - \* - le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels;
  - \* - la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples;
  - \* - la Convention relative aux droits de l'enfant;
  - \* - la Déclaration d'Alma Ata sur la stratégie des soins de santé primaires;
  - \* - la Charte de développement sanitaire de la région africaine d'ici à l'an 2000;
  - \* - la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA: «Santé, base du développement».

Au titre des engagements auxquels a souscrit le Burkina Faso, on peut signaler également, la déclaration d'engagement de la 26<sup>ème</sup> session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2001 relative au renforcement de la lutte contre le SIDA.

Les principes et valeurs qui sous tendent alors cette politique peuvent être énoncés comme suit :

- \* - la santé est un droit fondamental de l'être humain ;

- \* - la santé est au cœur du développement ;
- \* - équité, éthique et solidarité doivent guider les choix en matière de santé ;
- \* - les femmes et les hommes ont des besoins de santé spécifiques ;
- \* - tout être humain a le devoir de participer individuellement et collectivement à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ;
- \* - le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire ;
- \* - les soins de santé doivent être de bonne qualité.

#### **1.4.1.2. But de la politique sanitaire nationale**

Le but de la politique sanitaire nationale adoptée en septembre 2000 est de contribuer au bien-être des populations. Ce but est défini à partir de la vision d'un système national de santé intégré, garantissant la santé pour tous avec solidarité, équité, éthique et offrant des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité, accessibles géographiquement et financièrement avec la participation effective et responsable de tous les acteurs. Le but de la politique sanitaire nationale ne pourra être atteint qu'avec un ferme engagement politique, un leadership fort, un travail d'équipe et l'enthousiasme à servir et à assister autrui.

#### **1.4.1.3. Objectifs de la politique sanitaire nationale**

La politique sanitaire nationale se fixe les objectifs ci-après :

##### **1.4.1.3.1. Objectif général**

L'objectif général de la politique sanitaire nationale est d'améliorer l'état de santé des populations.

##### **1.4.1.3.2. Objectifs intermédiaires**

Les objectifs intermédiaires de la politique sanitaire nationale sont les suivants :

- \* - réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations ;
- \* - renforcer la lutte contre le VIH/SIDA ;
- \* - améliorer le contrôle des facteurs de risque.

##### **1.4.1.3.3. Objectifs spécifiques**

La politique sanitaire nationale se fixe comme objectifs spécifiques :

- \* - accroître la couverture sanitaire nationale ;
- \* - améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- \* - optimiser la gestion des ressources humaines en santé ;
- \* - améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé;
- \* - réduire la propagation du VIH /SIDA ;
- \* - promouvoir la santé des groupes vulnérables ;
- \* - renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

Le continuum des valeurs qui sous tend les objectifs de la politique sanitaire se fonde sur une vision égalitariste et se résume essentiellement comme suit :

- \* - Equité,
- \* - Solidarité,
- \* - Efficacité,

\* - Efficience

Pour atteindre les objectifs, un certain nombre de stratégies ont été identifiées.

#### 1.4.1.4. Stratégies par objectif spécifique

Les stratégies par objectif spécifique sont résumées dans le tableau n° 7 suivant.

**Tableau n°7 : Stratégies par objectif spécifique**

<b>Objectifs</b>	<b>Stratégies</b>
Accroître la couverture sanitaire nationale	Développement des infrastructures sanitaires et des équipements Opérationnalisation des districts sanitaires Satisfaction des besoins des différents niveaux du système de santé en personnel Développement de services à base communautaire. Renforcement de l'implication des secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins.
Améliorer la qualité et l'utilisation des services de Santé	Mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels de qualité Renforcement des activités de soutien et de promotion de la santé Régulation des pratiques professionnelles
Optimiser la gestion des ressources humaines en santé	Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé Mise en place d'un mécanisme de suivi des formations en cours d'emploi
Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé	Renforcement de la participation de l'Etat et des collectivités locales au financement de la santé Rationalisation des soins Amélioration de la gestion et de l'utilisation des ressources mobilisées Promotion de modes alternatifs de financement de la santé
Réduire la propagation du VIH / SIDA	Renforcement des mesures de prévention de la transmission Renforcement de la surveillance épidémiologique Amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA Promotion du partenariat national et international
Promouvoir la santé des groupes vulnérables	Mise en œuvre de stratégies intégrées de prévention des risques et de prise en charge de la santé des groupes vulnérables.
Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé	Adaptation de la mission du Ministère de la Santé à sa vision du système de santé Renforcement des capacités en gestion et en plaidoyer du ministère de la santé Renforcement du cadre juridique Amélioration de la coordination des interventions des partenaires dans le secteur de la santé Renforcement de la collaboration intersectorielle Harmonisation de la décentralisation des services de santé avec la décentralisation administrative.

#### **1.4.2. Présentation du plan national de développement sanitaire**

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) adopté en juillet 2001, sur la base des orientations stratégiques de la politique sanitaire nationale a développé des programmes pertinents et des activités pour donner effet aux objectifs de la politique sanitaire. Il couvre la période 2001-2010.

L'objectif global est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. Le PNDS sera mis en œuvre à travers des plans triennaux. Le premier plan triennal de mise en œuvre, initialement prévu pour la période 2001-2003, a connu un glissement et couvre présentement la période 2002-2004. Le plan triennal détermine les priorités nationales de l'action sanitaire du pays, base des interventions des différents acteurs durant la période des trois (03) années concernées.

#### **1.4.3. Plan national de développement sanitaire et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté**

Le plan national de développement sanitaire qui s'inscrit dans les priorités gouvernementales est complémentaire au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). En effet, la plupart des objectifs du PNDS sont en cohérence avec les trois sous-axes de l'axe 2 « garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base » du CSLP : améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres, limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis et impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé.

Pour atteindre son but, le PNDS s'est fixé huit objectifs intermédiaires. Sans tenir compte de leur ordre de priorité, ces objectifs sont les suivants :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ;
- réduire la transmission du VIH ;
- développer les ressources humaines en santé ;
- améliorer l'efficacité des services de santé ;
- accroître les financements du secteur de la santé ;
- renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

A partir de ces objectifs intermédiaires, une vingtaine d'objectifs spécifiques ont été définis ainsi qu'il suit :

##### **1. Accroître la couverture sanitaire nationale**

- 1.1. développer les infrastructures sanitaires et les équipements ;
- 1.2. opérationnaliser les districts sanitaires ;
- 1.3. développer les services à base communautaire ;
- 1.4. renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins.

2. Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé
  - 2.1. développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services ;
  - 2.2. améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité ;
  - 2.3. renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé.
3. Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles
  - 3.1. promouvoir la santé des groupes spécifiques ;
  - 3.2. réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique.
4. Réduire la transmission du VIH
  - 4.1. renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;
  - 4.2. améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
5. Développer les ressources humaines en santé
  - 5.1. définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé ;
  - 5.2. satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines.
6. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé
  - 6.1. améliorer l'efficacité des services de santé ;
  - 6.2. promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé.
7. Accroître les financements du secteur de la santé
  - 7.1. mobiliser des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé ;
  - 7.2. améliorer le recouvrement des coûts.
8. Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé
  - 8.1. améliorer le cadre organisationnel du Ministère de la Santé ;
  - \* 8.2. renforcer le cadre juridique du Ministère de la Santé ;
  - \* 8.3. accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé ;
  - \* 8.4. améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé ;
  - \* 8.5. renforcer la collaboration intersectorielle.

## II- PAUVRETE, ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET TYPE DE LOGEMENT DES MENAGES BURKINABE

L'environnement sanitaire et le type de logement sont deux déterminants importants de l'état de santé de la population. Or ces deux éléments sont fortement tributaires du niveau de vie, ce qui nous conduit à les analyser à travers cette section en deux parties. La première partie est consacrée à une analyse descriptive du cadre de vie des ménages en tenant compte du niveau de vie. La seconde partie essaie de caractériser les ménages sur la base des variables de l'environnement sanitaire, de l'état de santé, de la promiscuité du logement, des caractéristiques socioéconomiques et du niveau de vie.

L'environnement sanitaire est perçu à travers les variables suivantes :

- \* - le mode d'évacuation des ordures ménagères ;
- \* - le type de lieu d'aisance ;
- \* - le mode d'approvisionnement en eau ;
- \* - le type de sanitaire.

Le type de logement est analysé à travers la nature des murs extérieurs. L'état de santé est perçu par le taux de morbidité par ménage et la promiscuité du logement par le nombre de personnes par pièce d'habitation. Quant aux caractéristiques socioéconomiques, elles sont cernées par l'intermédiaire de la variable relative au statut du chef de ménage sur le marché du travail.

### 2.1- Cadre de vie des ménages burkinabé

#### 2.1.1. Milieu rural

##### 2.1.1.1. L'habitat

En milieu rural, l'habitat dominant est celui de type traditionnel, constitué en majorité de cases. Ainsi, 67.8% des ménages ruraux utilisent ce genre de logement contre 26.9% seulement qui habitent dans une maison individuelle simple. Cette répartition de l'habitat en milieu rural ne tient pas compte du niveau de vie en ce sens que les pauvres et les non pauvres sont logés de la même façon.

**Tableau 8 : Répartition (en %) des ménages selon le type de logement en milieu rural.**

Milieu de résidence	Immeuble à appartement	Villa	Maison individuelle simple	Bâtiment à plusieurs logements	Maisons traditionnelles	Autres	Total
Rural	0,0	0,4	26,9	2,7	67,8	2,1	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

##### 2.1.1.2. L'évacuation des ordures ménagères

De façon générale en milieu rural l'évacuation des ordures ménagères se fait par l'usage du tas d'immondice individuel. En effet, 71.6% des ménages ont recours à ce mode d'évacuation contre moins de 1% qui utilisent la poubelle ou le bac.

En tenant compte du niveau de vie, on observe, à peu de choses près, la même répartition. Cela signifie que le comportement en matière d'évacuation des ordures en milieu rural est assez homogène. La prédominance de l'usage du tas d'immondice en milieu rural pourrait s'expliquer par la proximité des concessions et des champs, les ordures étant utilisées comme humus.



**Tableau N°9: Répartition (en %) des ménages ruraux selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie**

Niveau de vie	Evacuation des ordures						
	Poubelle	Tas d'immondice public	Tas d'immondice individuel	Fosse	Bac	Rue	Total
Pauvres	0,3	4,5	71,8	13,6	0,2	9,7	100,0
Intermédiaires	0	4,8	72,9	13,6	0,4	8,4	100,0
Non Pauvres	0,2	8,3	70,4	11,1	0,2	9,8	100,0
Total	0,2	5,8	71,6	12,8	0,3	9,3	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

### 2.1.1.3. Le type de lieu d'aisance

Au Burkina Faso, la majorité des ménages ruraux, soit 84 %, continuent d'utiliser la nature comme lieu d'aisance. Les latrines ordinaires restent peu utilisées avec environ 13% des ménages qui en possèdent.

Cette répartition d'ensemble ne présente pas de grandes différences avec celle tenant compte du niveau de vie. Toutefois, les non pauvres utilisent un peu plus les latrines ordinaires (21%) par rapport aux pauvres et aux intermédiaires. Cela semble conforme à la réalité quand on sait que l'installation des latrines demande un minimum d'investissement que ne peuvent se permettre les plus démunis, de surcroît en milieu rural.

**Tableau N°10: Répartition (en %) des ménages ruraux selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie**

Niveau de vie	Type de lieu d'aisance					
	Chasse avec fosse septique	Latrines à fosses ventilées	Latrines ordinaires	Dans la nature	Autres	Total
Pauvres	0	0	8	90	2	100
Intermédiaires	0,1	0	12	86	2	100
Non Pauvres	0,2	0	21	76	2	100
Total	0,1	0	13	84	2	100

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

### 2.1.1.4. Le mode d'approvisionnement en eau

Dans l'ensemble, les ménages ruraux utilisent en majorité deux principaux modes d'approvisionnement en eau : le puits (ordinaire ou busé) qui est l'apanage de 44.5% des ménages et le forage utilisé par 38% des ménages.

Par rapport à l'Enquête Prioritaire de 1994, on constate une amélioration dans l'usage des forages dont le pourcentage est passé de 30.6% à 38%, alors que celui du puits connaît une baisse passant de 54.4 à 44.5%. Par contre, les cours d'eau et les rivières continuent d'être utilisés par davantage de ménages (12.4% contre 11% en 1994).

Lorsqu'on prend en compte le niveau de vie, on remarque que la répartition des ménages ruraux selon le type d'approvisionnement en eau varie très peu par rapport à la situation d'ensemble. On note cependant une plus grande proportion de non pauvres qui utilise la fontaine publique. Cela semble logique car en milieu rural, l'accès à ce mode d'approvisionnement occasionne un certain coût qui est élevé pour les ménages pauvres.

**Tableau N°11: Répartition (en %) des ménages ruraux selon le mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie**

Niveau de vie	Mode d'approvisionnement en eau								
	Rivière, cours d'eau	Puits ordinaire	Puits busés	Forage	Fontaine publique	Robinet intérieur propre	Robinet intérieur partagé	Autres	Total
Pauvres	12,9	30,6	15,7	37,1	3,5	0	0,1	0,1	100,0
Intermédiaires	13,8	31,0	14,3	37,5	3,4	0	0	0	100,0
Non Pauvres	10,4	30,0	11,3	39,6	7,5	0,2	0,1	0,8	100,0
Total	12,4	30,5	14,0	38,0	4,8	0,1	0,1	0,3	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

### 2.1.1.5. Le type de sanitaire

L'écrasante majorité des ménages ruraux utilisent comme sanitaire la douche sans robinet ou d'autres types de sanitaire qui pourraient être les marres, les rivières, les cours d'eau ou les abords de puits. Cette réalité ne tient pas compte du niveau de vie car la même répartition semble se retrouver aussi bien chez les pauvres que chez les intermédiaires et les non pauvres.

Le taux très bas d'usage de la douche avec robinet (0.2%) pourrait s'expliquer par le fait que ce type de sanitaire est associé à un type de logement et à des installations d'équipements qu'on rencontre rarement en milieu rural.

**Tableau N°12: Répartition (en %) des ménages ruraux selon le type de sanitaire et le niveau de vie**

Niveau de vie	Type de sanitaire			Total
	Douche avec robinet	Douche sans robinet	Autres	
Pauvres	0,1	51,9	48,0	100,0
Intermédiaires	0,3	54,4	45,4	100,0
Non Pauvres	0,4	56,3	43,2	100,0
Total	0,2	54,0	45,8	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

En définitive, on peut relever que le cadre de vie en milieu rural n'est pas très influencé par le niveau de vie en ce sens qu'on observe une certaine homogénéité dans le comportement des ménages dans leur environnement sanitaire. Cet environnement sanitaire reste caractérisé par la précarité matérialisée par une méthode archaïque d'évacuation des ordures ménagères, le recours à des sources d'approvisionnement en eau et des lieux d'aisance peu salubres. Ainsi, à l'instar de l'étude de 1994, plus de 80% des ménages ruraux continuent d'utiliser le tas d'immondices ou la fosse comme mode d'évacuation des ordures, les forages ou les puits comme source d'approvisionnement en eau, et la nature comme lieu d'aisance. En ce qui concerne le type de sanitaire, la situation semble s'améliorer car 54% des ménages ruraux utilisent la douche sans conduite d'eau contre plus de 60% en 1994. Toutefois, il faut souligner le fait que la modalité « autres » de cette variable ait une fréquence assez élevée ; son éclatement pourrait permettre d'avoir une idée plus précise sur l'évolution réelle de cette variable. Compte tenu de l'homogénéité des comportements en matière d'environnement sanitaire et de type de logement en milieu rural, on peut s'attendre à ce que l'impact sur la santé de ces deux éléments soit uniforme, quel que soit le niveau de vie.

## 2.1.2. Milieu urbain

### 2.1.2.1. L'habitat

En milieu urbain, la plupart des ménages (60.7%) vivent dans une maison individuelle simple. Le type de logement constitué d'un bâtiment à plusieurs logements, communément appelé «célibatorium», y est aussi prédominant avec un taux d'usage d'environ 25%, soit près du quart des ménages urbains.

**Tableau 8 bis : Répartition (en %) des ménages selon le type de logement en milieu urbain.**

Milieu de résidence	Immeuble à appartement	Villa	Maison individuelle simple	Bâtiment à plusieurs logements	Maisons traditionnelles	Autres	Total
Urbain	0,5	7,6	60,7	25,2	5,7	0,2	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

### 2.1.2.2. L'évacuation des ordures ménagères

Le tas d'immondice (public ou privé) semble être le mode d'évacuation prédominant des ordures en milieu urbain (65.1% des ménages y ont recours). La poubelle et le bac d'une part, la fosse et la rue d'autre part, ont à peu près le même taux d'usage.

Le niveau de vie semble constituer un facteur discriminant du comportement des ménages urbains en matière d'évacuation des ordures. En effet, si les ménages pauvres et les intermédiaires s'identifient quelque peu au profil d'ensemble, il n'en est pas de même pour les non pauvres qui sont plus nombreux à utiliser la poubelle et le bac. Inversement, le tas d'immondice individuel et la rue semblent être l'apanage des pauvres et des intermédiaires.

**Tableau N°13: Répartition (en %) des ménages urbains selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie**

Niveau de vie	Evacuation des ordures						Total
	Poubelle	Tas d'immondice public	Tas d'immondice individuel	Fosse	Bac	Rue	
Pauvres	1,4	26,1	50,3	9,0	3,1	10,2	100,0
Intermédiaires	2,4	30,5	41,4	10,4	6,4	8,9	100,0
Non Pauvres	14,8	31,7	30,6	5,7	11,7	5,5	100,0
Total	11,7	31,0	34,1	6,7	10,1	6,5	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

### 2.1.2.3. Le type de lieu d'aisance

En milieu urbain au Burkina, la commodité la plus utilisée pour l'aisance est la latrine ordinaire avec un taux d'usage de 78.1%. Une proportion non négligeable des ménages urbains (11.4%) continuent d'utiliser la nature comme lieu d'aisance. Cette proportion est constituée majoritairement de ménages pauvres et intermédiaires. Les non pauvres quant à eux ont recours majoritairement aux types d'aisance modernes que sont la chasse avec fosse septique et les latrines à fosse ventilée.

**Tableau N°14: Répartition (en %) des ménages urbains selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie**

Niveau de vie	Type de lieu d'aisance					Total
	Chasse avec fosse septique	Latrines à fosses ventilées	Latrines ordinaires	Dans la nature	Autres	
Pauvres	0	0	66,4	30,3	3,3	100,0
Intermédiaires	0,3	1,2	73,8	22,2	2,5	100,0
Non Pauvres	7,5	2,5	80,4	6,8	2,7	100,0
Total	5,7	2,1	78,1	11,4	2,7	100

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

#### 2.1.2.4. Le mode d'approvisionnement en eau

La fontaine publique constitue le mode d'approvisionnement en eau le plus utilisé en milieu urbain avec un taux de 53%. Ensuite viennent le robinet intérieur propre et le puits ordinaire avec respectivement 16% et 13.7% de taux d'utilisation. Comme on le constate, plus de la moitié des ménages urbains continue de s'approvisionner à partir de la fontaine publique. Avec l'urbanisation galopante des villes, les populations des zones dites urbaines sont en majorité des péri urbains voire même des ruraux si bien que des infrastructures telles que les fontaines publiques et autres puits sont toujours utilisées.

Le niveau de vie constitue ici encore un facteur fortement discriminant du comportement des ménages vis à vis de l'approvisionnement en eau. On a ainsi d'une part, les ménages pauvres et intermédiaires qui sont plus nombreux à utiliser la fontaine publique et les autres sources d'approvisionnement (puits et forages), et d'autre part, les non pauvres qui ont beaucoup plus recours au robinet intérieur (propre ou partagé).

**Tableau N°15: Répartition (en %) des ménages urbains selon le mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie**

Niveau de vie	Mode d'approvisionnement en eau de boisson								Total
	Rivière, cours d'eau	Puits ordinaire	Puits busés	Forage	Fontaine publique	Robinet intérieur propre	Robinet intérieur partagé	Autres	
Pauvres	0,3	24,9	5,0	15,4	51,3	1,3	2,0	0	100,0
Intermédiaires	0,6	22,1	2,6	10,8	58,7	3,7	1,4	0	100,0
Non Pauvres	0,4	10,7	2,4	4,3	52,2	20,2	9,5	0,3	100,0
Total	0,4	13,7	2,7	6,3	53,0	16,0	7,6	0,2	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

#### 2.1.2.5. Le type de sanitaire

Le type de sanitaire le plus utilisé en milieu urbain est la douche sans robinet avec un taux de plus de 80%. La douche avec robinet est utilisée par seulement 7% des ménages urbains, tandis que la baignoire est très rarement utilisée (0.5%). Ces deux derniers types de sanitaire semblent être l'apanage exclusif des non pauvres.

**Tableau N°16: Répartition (en %) des ménages urbains selon le type de sanitaire et le niveau de vie**

Niveau de vie	Type de sanitaire				Total
	Baignoire	Douche avec robinet	Douche sans robinet	Autres	
Pauvres	0	0	81,2	18,8	100,0
Intermédiaires	0	0,3	84,9	14,8	100,0
Non Pauvres	0,7	9,2	83,3	6,8	100,0
Total	0,5	7,0	83,3	9,1	100,0

Source : Enquête Prioritaire INSD-1998

En résumé, on peut relever qu'en milieu urbain, contrairement au milieu rural, le niveau de vie a une certaine influence sur l'environnement sanitaire des ménages. Ainsi, plus des deux tiers des ménages pauvres et intermédiaires ont recours au tas d'immondice individuel et à la rue pour évacuer les ordures. C'est encore ces ménages qui sont les plus nombreux à utiliser les lieux d'aisance peu salubres que sont les latrines ordinaires et la nature. Si l'on considère les sources d'approvisionnement en eau, les ménages pauvres ont majoritairement recours aux sources peu potables (puits, fontaine publique). Enfin, la situation n'est guère reluisante pour les pauvres en ce qui concerne le type de sanitaire utilisé même si l'on observe une certaine homogénéité dans les comportements selon le niveau de vie pour cette variable. Cette situation n'a pas beaucoup évolué depuis l'Enquête Prioritaire de 1994, sauf pour le mode d'approvisionnement en eau où on observe une amélioration assez significative pour les ménages urbains pauvres. En effet, le taux d'accès à l'eau courante est passé de 42% en 1994 à 54.6% en 1998. Il faut noter toutefois que l'écrasante majorité de cette proportion, soit 51.3%, utilisent en fait la fontaine publique.

La différenciation des ménages urbains selon l'environnement sanitaire qui semble se dégager de cette analyse descriptive pourrait supposer un impact différent sur l'état de santé des pauvres et des non pauvres.

## **2.2. Caractérisation des ménages selon l'environnement sanitaire, l'état de santé et les caractéristiques socio-économiques**

Comme il a été mentionné dans la section précédente, l'état de santé d'une population est fortement tributaire de la promiscuité des logements et de l'environnement sanitaire qui eux-mêmes sont fortement influencés par le niveau de vie. Une caractérisation de la population selon ces facteurs permet donc d'avoir une idée de l'impact du niveau de vie sur le niveau de santé.

Compte tenu des disparités existant entre le milieu rural et le milieu urbain, l'analyse sera faite en distinguant ces deux milieux.

La méthode utilisée pour caractériser les ménages est l'analyse des correspondances multiples qui permet d'étudier une population de  $I$  individus (ici les individus sont les ménages) décrits par  $J$  variables qualitatives.

### **2.2.1. Caractérisation en milieu rural**

On a vu précédemment qu'en milieu rural, les comportements sont assez homogènes en matière de confort de logement et d'environnement sanitaire. Les variables relatives à ces deux facteurs ne sont donc pas pertinentes pour caractériser les ménages ruraux. C'est pourquoi nous utiliserons, en plus du taux de morbidité, des variables susceptibles d'engendrer une discrimination assez claire des ménages ruraux. Ces variables sont les dépenses annuelles de santé, la région économique, le niveau de vie, le nombre de couples au

sein du ménage, le nombre de personnes par pièce à usage d'habitation (qui traduit la promiscuité). Les variables relatives au type de logement, à l'environnement sanitaire et aux caractéristiques socio-économiques seront utilisées comme variables illustratives dans l'analyse.

Les résultats de la procédure de l'analyse des correspondances multiples sur les ménages ruraux font ressortir plusieurs particularités selon les trois principaux axes factoriels considérés.

Ainsi le premier axe factoriel oppose les deux groupes de ménages ruraux suivants.

\* D'une part, des ménages pauvres venant de la région économique du Centre Ouest et dans une moindre mesure de l'Ouest, dépensant annuellement pour la santé entre 50 000 et 250 000 FCFA, ayant un faible taux de morbidité compris entre 1 et 25% et caractérisés par une forte promiscuité (plus de 5 personnes par pièce à usage d'habitation).

Du point de vue de l'environnement sanitaire ce groupe se distingue par l'utilisation de la douche sans robinet comme type de sanitaire, du puits ordinaire comme source d'approvisionnement en eau et de la fosse comme lieu d'évacuation des ordures. Du point de vue des caractéristiques socio-économiques, ce groupe est composé majoritairement d'agriculteurs progressifs.

\* D'autre part, des ménages non pauvres du Centre Nord, n'ayant rien dépensé pour la santé au cours de l'année, ayant un taux de morbidité nul et ne connaissant pas de promiscuité du logement.

L'environnement sanitaire de ce groupe est caractérisé essentiellement par le recours aux autres types de sanitaire, au tas d'immondice individuel pour évacuer les ordures, au puits busé pour l'approvisionnement en eau et à l'usage de maisons traditionnelles comme type de logement. Ce sont en majorité des agriculteurs de subsistance et des indépendants évolutifs pour ce qui concerne les caractéristiques socio-économiques.

Le second axe distingue les deux groupes suivants.

\* Un premier groupe composé de ménages ruraux pauvres provenant du Centre Est et du Centre Ouest, ne dépensant rien pour la santé, connaissant une forte promiscuité du logement (plus de 5 personnes par pièce).

L'environnement sanitaire de ce groupe se caractérise par l'usage de la nature comme lieu d'aisance, la rivière comme mode d'approvisionnement en eau et la rue comme lieu d'évacuation des ordures. Il est composé essentiellement d'agriculteurs de subsistance et d'éleveurs.

\* Ce premier groupe s'oppose à celui composé en majorité de ménages ruraux non pauvres venant de l'Ouest et du Sud-Ouest, dépensant annuellement entre 50 001 et 250 000 FCFA pour se soigner, et ayant un taux de morbidité assez élevé compris entre 20 et 40%.

En matière d'environnement sanitaire ce groupe se distingue par l'usage de latrines comme lieu d'aisance, de douche sans robinet comme type de sanitaire, de fontaine comme mode d'approvisionnement en eau. Ce sont en général des salariés protégés, des agriculteurs progressifs et des indépendants évolutifs.

Enfin le troisième axe factoriel se définit comme suit.

\* D'une part, on a des ménages ruraux non pauvres originaires du Centre Ouest et caractérisés par un fort taux de promiscuité (plus de 5 personnes par pièce d'habitation) et une morbidité élevée (81 à 100%). Ce sont des salariés protégés et des indépendants évolutifs qui

utilisent la rue comme mode d'évacuation des ordures, la douche sans robinet comme type de sanitaire.

\* D'autre part, des ménages ruraux originaires de l'Est et du Centre Est, ayant des dépenses de santé faibles (moins de 50 000 FCFA par an), une certaine promiscuité (2 à 5 personnes par pièce). Ce sont en majorité des inactifs, évacuant leurs ordures par tas d'immondice public, s'approvisionnant en eau dans les fontaines et les puits ordinaires et logeant dans des maisons traditionnelles.

Comme on le constate, il est assez difficile de caractériser les ménages ruraux en fonction du niveau de vie et de l'environnement sanitaire. Il faut toutefois retenir que la différenciation s'opère surtout à partir du deuxième axe d'analyse qui distingue d'un côté les ménages pauvres agriculteurs de subsistance ou éleveurs qui ont un environnement sanitaire peu salubre, une dépense annuelle de santé nulle et une forte promiscuité du logement (plus de 5 personnes par pièce d'habitation), et de l'autre les ménages non pauvres salariés protégés, agriculteurs progressifs ou indépendants évolutifs caractérisés par un environnement sanitaire relativement salubre, une dépense annuelle de santé comprise entre 50 001 et 250 000 FCFA, mais un taux de morbidité assez élevé (entre 20 et 40 %). Cette classification en terme de répartition géographique différencie aussi le Centre Est et le Centre Ouest (pauvres) de l'Ouest et du Sud-Ouest (non pauvres).

Comparée à l'étude similaire réalisée à partir de l'Enquête Prioritaire de 1994, la présente analyse révèle les mêmes disparités en termes de niveau de vie. Les conditions d'un changement significatif du niveau de vie étant diverses et difficiles à réunir en un laps de temps, il y a nécessairement un minimum d'années à mettre pour avoir des différences significatives d'une période à l'autre. Sur une période de moins de 5 ans, il est assez souvent difficile d'observer un changement significatif de comportement.

### **2.2.1. Caractérisation en milieu urbain**

En milieu urbain, l'étude descriptive a révélé que les ménages, selon leur niveau de vie, ont des comportements assez distincts en matière d'environnement sanitaire. L'analyse des correspondances multiples qui sera menée en considérant les variables de l'environnement sanitaire comme actives va nous permettre de mieux préciser ces disparités. Les variables illustratives deviennent cette fois-ci le taux de morbidité, la dépense annuelle de santé, le groupe socio-économique et le nombre de personnes par pièce d'habitation.

L'analyse se fait comme précédemment suivant les axes factoriels principaux.

Le premier axe illustre bien le lien entre le niveau de vie, l'environnement sanitaire et le confort du logement. On a en effet :

\* - d'une part, des ménages urbains caractérisés par un environnement sanitaire et un confort du logement que l'on peut considérer comme décents : douche avec conduite d'eau, W.C avec chasse d'eau, robinet intérieur propre, poubelle pour l'évacuation des ordures, villa comme type de logement. Ce groupe est composé en général de ménages non pauvres provenant de la région économique du Centre. Ce sont des salariés, et des indépendants non agricoles évolutifs dans une moindre mesure, ne connaissant pas la promiscuité du logement (au plus une personne par pièce d'habitation) et dépensant plus de 250 000 FCFA par an pour la santé. Le taux de morbidité est relativement élevé dans ce groupe (entre 41 et 60%).

\* - d'autre part, en opposition au groupe précédent, on a des ménages urbains dont l'environnement sanitaire et le type de logement sont peu décents : approvisionnement en eau à partir de puits ordinaires et de forages, évacuation des ordures par des tas d'immondices

individuels, douche sans robinet comme type de sanitaire, recours à la nature comme lieu d'aisance, type de logement dominé par les maisons traditionnelles et individuelles. En outre, ce groupe se recrute majoritairement dans la région économique du Nord-Ouest et est composé essentiellement d'agriculteurs. Il connaît une certaine promiscuité au niveau du logement (2 à 5 personnes par pièce à usage d'habitation), dépense annuellement au plus 10 000 FCFA pour la santé et a un taux de morbidité peu élevé (1 à 20%).

Le second axe d'analyse fait une autre typologie entre :

- \* - d'une part, les ménages de niveau de vie intermédiaire ayant un environnement sanitaire caractérisé par l'évacuation des ordures ménagères dans la rue, le recours à la nature comme lieu d'aisance, le puits busé, le forage et la fontaine comme modes d'approvisionnement en eau, la maison individuelle comme type de logement. Ces ménages viennent en majorité du Centre Nord. Ce sont des salariés non protégés ou des agriculteurs de subsistance ne dépensant rien pour la santé, ayant un taux de morbidité compris entre 61 et 80%, une absence de promiscuité du logement (0 ou 1 personne par pièce d'habitation).
- \* - d'autre part, un groupe de ménages non pauvres venant de l'Ouest et du Nord Ouest, utilisant le puits ordinaire et le robinet, évacuant les ordures par le bac, ayant comme lieu d'aisance les latrines, comme type de sanitaire la douche sans robinet et comme type de logement le bâtiment à plusieurs logements. Ce sont des indépendants involutifs, et évolutifs dans une moindre mesure, dépensant annuellement au plus 10 000 FCFA pour la santé et connaissant une forte promiscuité du logement (plus de 5 personnes par pièce d'habitation).

En conclusion cette analyse sur le milieu urbain permet de confirmer la corrélation positive entre le niveau de vie, l'environnement sanitaire et le logement. Elle fait ressortir une distinction nette entre, d'une part, les ménages pauvres ou de niveau de vie intermédiaire, salariés non protégés ou agriculteurs, qui vivent dans un environnement sanitaire caractérisé par la précarité, et, d'autre part, les ménages non pauvres, salariés ou indépendants évolutifs, qui ont un environnement sanitaire décent. Paradoxalement, le taux de morbidité est plus élevé chez les ménages de niveau de vie intermédiaire et les ménages non pauvres que chez les ménages pauvres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la notion de maladie n'est pas perçue de la même façon partout. En général, le pauvre n'a tendance à se considérer vraiment comme malade que lorsqu'il souffre sérieusement, alors que le riche va déclarer le moindre bobo comme un mal sérieux.

Par rapport à l'étude de 1994, on note que les mêmes disparités subsistent entre les ménages urbains selon le niveau de vie et l'environnement sanitaire, et on retrouve pratiquement les mêmes types de regroupements.



### III. ETAT SANITAIRE DES PAUVRES

L'étude porte essentiellement sur le taux de morbidité calculé pour la période de 30 derniers jours ayant précédé l'enquête. C'est une période relativement courte par rapport aux possibilités d'épisodes de maladies durant toute une année pour chaque individu. Il est surtout question de morbidité d'ordre général sans pouvoir faire ressortir les causes. Plusieurs déterminants entrent dans l'analyse :

- le sexe
- l'âge
- le niveau de vie
- le mode d'approvisionnement en eau
- le lieu d'aisance
- le niveau d'instruction.

En outre, l'étude prend en compte le handicap du chef de ménage comme élément morbide.

#### 3.1. Morbidité générale

L'examen du tableau n°17 ci dessous indique que le taux de morbidité des individus dans l'ensemble des régions économiques est de 7,1% en 1998 contre 16% en 1994. Cette morbidité est plus élevée au Sud-Ouest (8,9%), au Centre (8,3%), à l'Est (8,3%), à l'Ouest (8,1%) et au Centre-Ouest (8%). Les taux les plus bas sont observés au Nord (3,9%) et au Centre Nord (5,3%). En tenant compte du mode d'approvisionnement en eau de boisson et pour l'ensemble des régions, les taux sont plus élevés pour ceux qui utilisent les robinets intérieurs partagés (12,6%), les robinets intérieurs propres (10,8%) et les fontaines publiques (9,5%). Les taux sont relativement plus faibles pour les ménages utilisant les puits busés (5,5%), les puits ordinaires (6,4%) et les rivières et cours d'eau (6,4%).

**Tableau n°17: Taux de morbidité (en %) selon la région économique et le mode d'approvisionnement en eau de boisson**

Région économique	Mode d'approvisionnement en eau								Total
	Rivière, cours d'eau	Puits ordinaire	Puits busés	Forage	Fontaine publique	Robinet intér.propre	Robinet intér.partagé	Autres	
Ouest	6,1	7,5	8,5	6,3	11,6	10,9	13,4	0,0	8,1
Nord-Ouest	7,1	6,2	6,0	6,1	5,5	0,0	50,0	0,0	6,2
Sahel	6,0	5,4	6,2	6,7	7,8	4,0	6,3	11,1	6,3
Est	6,4	8,3	5,8	8,6	14,8	19,9	0,0	0,0	8,3
Sud-Ouest	8,6	7,8	8,4	9,5	24,3	0,0	0,0	0,0	8,9
Centre Nord	4,6	5,1	3,7	5,8	7,1	12,6	6,2	0,0	5,3
Centre -Ouest	5,4	7,4	6,5	8,5	9,7	13,9	30,8	31,6	8,0
Centre	7,2	7,2	6,5	7,2	9,4	11,3	11,1	0,0	8,3
Nord	1,9	3,7	3,4	3,8	6,8	4,3	6,2	10,3	3,9
Centre-Est	6,6	4,7	5,1	7,5	8,8	9,1	50,0	0,0	6,4
Total	6,4	6,4	5,5	7,1	9,5	10,8	12,6	7,2	7,1

Il ressort des résultats du même tableau que l'utilisation des méthodes modernes d'approvisionnement (robinets en particulier) et la vie en zone urbaine semblent être des facteurs favorables à la morbidité. Selon le milieu de résidence, le taux de morbidité est de 15,7% en zone urbaine contre 10,4% en zone rurale. Ce paradoxe peut s'expliquer par la perception que ces individus en zones urbaines ont de la maladie, avec une tendance plus

grande à la déclarer contrairement aux ménages ruraux dont les membres ont été habitués à « étouffer » la maladie et ce pour des raisons multiples relevant de l'économique, du social, du culturel et de l'accessibilité géographique. Un mal bénin chez les pauvres peut être considéré comme une maladie chez les non pauvres.

C'est surtout la motivation à aller consulter les services de santé qui est déterminante. Les pauvres vont surtout chez les tradipraticiens et comme la notification ne se fait pas, les données ne sont pas disponibles à ce niveau.

En faisant intervenir le niveau de vie, on constate que les taux de morbidité sont plus élevés chez les non pauvres (14,8%) par rapport aux intermédiaires (11,2%) et aux pauvres (8%). En 1994, ces taux étaient respectivement de 25%, 17% et 11%.

Les lieux d'aisance les plus modernes utilisés souvent par les non pauvres enregistrent les taux de morbidité élevés avec 12,9% pour autres, 11,7% pour les latrines ordinaires et 11,3% pour les chasses d'eau avec fosse en comparaison avec d'autres types d'aisance moins modernes (latrines à fosses ventilées pour 7,8%, dans la nature pour 9,5%).

**Tableau n° 18: Taux de morbidité (en %) selon le niveau de vie et le type de lieu d'aisance du ménage**

Niveau de vie	Type de lieu d'aisance					Total
	Chasse avec fosse se	Latrines à fosses ventilée	Latrines ordinaires	Dans la nature	Autres	
Pauvres	0	9,9	5,4	4,6	4,0	4,7
Intermédiaires	15,7	7,6	7,6	7,0	4,2	7,1
Non Pauvres	11,3	7,8	11,7	9,5	12,9	10,6
Total	11,4	8,0	9,3	6,3	6,1	7,1

Le niveau d'instruction semble agir en faveur de la diminution de la morbidité. A titre d'illustration, le taux de morbidité enregistré chez les ménages non instruits qui sont généralement les pauvres est de 77 %. Les taux varient de 4,85% à 4% entre les différents niveaux : primaire complet (4,30%), secondaire complet (4,85%), supérieur (4%). Cette tendance a été observée en 1994.

En considérant les tranches d'âge et quel que soit le niveau de vie, le taux de morbidité varie entre 2,8% (50-54 ans) et 16,4% (0-4 ans). Pour les personnes âgées de 55 ans et plus, le taux est de 9,4%. Quel que soit l'âge, les taux sont plus élevés en zones urbaines (15,7%) par rapport aux zones rurales (10,4%) et pour toutes les modalités de niveau de vie.

Les différents résultats descriptifs sur la morbidité générale suggèrent une analyse plus approfondie du phénomène pour savoir quels en sont les déterminants principaux au niveau du ménage. Pour cela, nous allons procéder, dans les deux sections suivantes, à une analyse de la variance avec comme variable dépendante le taux de morbidité par ménage. Les variables indépendantes seront d'une part le niveau de vie et le mode d'approvisionnement en eau, et d'autre part le niveau de vie et la région économique.

### **3.1.1. Influence du niveau de vie et du mode d'approvisionnement en eau du ménage sur le taux de morbidité**

L'analyse porte uniquement sur les ménages du milieu urbain. Ce choix est guidé par le fait que c'est en milieu urbain surtout que le mode d'approvisionnement en eau constitue un facteur discriminant du niveau de vie des ménages. Il s'agit donc d'estimer l'influence du

niveau de vie et du mode d'approvisionnement sur le taux moyen de morbidité par ménage qui est de 13,31% au plan national.

Cette analyse révèle que le fait pour les ménages de s'approvisionner en eau dans les rivières, les forages, les robinets intérieurs propres et les robinets intérieurs partagés influence « positivement » le taux moyen de morbidité. L'augmentation respective du taux de morbidité dans les ménages utilisant ces modes par rapport à la moyenne urbaine est respectivement de 7,85 points 0,64 point et 0,35 point et 1,92 point. Les taux moyens diminuent de 0,39 point 0,6 point et 0,98 point respectivement pour les fontaines, les puits ordinaires et les puits busés.

En procédant aux multiples comparaisons par la méthode de Tamhane dont les résultats sont plus significatifs, les non pauvres ont des coefficients positifs et par conséquent influencent la morbidité par rapport aux pauvres et aux intermédiaires qui ont des coefficients négatifs.

En s'intéressant à l'interaction entre le niveau de vie et le mode d'approvisionnement en eau sur la moyenne du taux de morbidité par ménage, on peut noter que les ménages pauvres s'approvisionnant en eau dans les robinets intérieurs partagés ont un taux de morbidité inférieur à la moyenne urbaine de 8,75 points contre 5,7 points en 1994.

En milieu urbain, l'approvisionnement en eau potable par le robinet réduit le taux de morbidité surtout pour les ménages pauvres, sans perdre de vue les problèmes généralement liés à la modélisation, la morbidité étant le résultat de plusieurs paramètres.

Cependant, il reste indéniable que lorsqu'un pauvre a accès à de l'eau potable, la morbidité ne peut que diminuer en ce sens que les maladies liées au péril hydrique représentent une grande sinon la plus importante des phénomènes morbides au Burkina Faso. Rien que les maladies diarrhéiques constituent la troisième cause de consultation des services dans ce pays.

Les résultats du modèle sont disponibles en annexe.

### **3.1.2. Influence du niveau de vie et de la région économique sur le taux de morbidité**

Il s'agit en fait d'estimer les effets spécifiques de chaque modalité et de chaque variable sur la moyenne du taux de morbidité par ménage dont la moyenne nationale est de 9,55% contre 18,9% en 1994.

Il convient de noter que les coefficients des différentes modalités de la région sont significatifs et que ceux de la modalité « pauvres » du niveau de vie sont également significatifs.

Deux groupes de régions économiques sont à distinguer. Le premier groupe est constitué par l'Ouest, l'Est, le Sud -Ouest, le Centre -Sud et le Centre qui ont des taux de morbidité moyens supérieurs à la moyenne nationale de 0,26 point, 0,16 point, 1,72 point, 1,01 point et 0,08 point.

Le deuxième groupe est constitué par le Nord-Ouest, le Sahel, le Centre -Nord, le Nord et le Centre Est qui ont des taux de morbidité moyens inférieurs à la moyenne nationale de 0,9 point, 2,09 point, 0,87 point, 3,57 points et 0,92 point.

Cette approche a permis de distinguer davantage les régions par rapport à la morbidité. Les régions qui ont des taux de morbidité faibles sont les plus pauvres. A l'opposé, celles qui ont des taux de morbidité élevés sont les moins pauvres. Ce qui confirme le fait que les

pauvres ne consultent pas assez souvent ou qu'ils sont moins enclins à déclarer leurs maladies.

En considérant l'interaction entre le niveau de vie et la région de résidence sur le taux de morbidité dans le ménage, il convient de signaler que les ménages pauvres de toutes les régions économiques ont des taux moyens significativement inférieurs à la moyenne nationale. A titre indicatif, ces taux sont inférieurs de 3,12 points à l'Ouest, 1,74 point à l'Est, 2,44 points au Sud-Ouest et 3,95 points au Centre.

Cela met en évidence la spécificité des pauvres dans ces régions même s'il y a une tendance déjà observée pour les pauvres à ne pas déclarer la maladie.

Les résultats du modèle sont disponibles en annexe.

### **3.2. Handicaps des chefs de ménages**

Les résultats de l'enquête contenus dans le **tableau n°10** indiquent que parmi les types de handicap du chef de ménage, on a principalement les handicapés moteurs, visuels, mentaux et les lépreux.

#### **3.2.1. Handicaps moteurs**

Les handicaps moteurs sont constitués de traumatismes des membres inférieurs et supérieurs et de la colonne vertébrale avec limitation de mouvements de la vie quotidienne, des cas liés aux accidents tels que l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux et de la filariose lymphatique dans une moindre mesure. Les handicapés moteurs sont constitués de 44,6 % de pauvres, 17,9% d'intermédiaires et 37,5% de non pauvres. L'analyse par groupe socio-économique indique que parmi les handicapés moteurs, les agriculteurs de subsistance sont les plus nombreux (26%), suivis des inactifs (20%), des éleveurs (8,7%) et des indépendants involutifs (13,4%).

#### **3.2.2. Handicaps visuels**

Les maladies oculaires deviennent de plus en plus importantes. La répartition des handicapés visuels selon le niveau de vie est la suivante : 33,3% sont pauvres, 25,9% ont un niveau de vie intermédiaire et 40,8 % sont non pauvres. La prédisposition à la déclaration du handicap peut dépendre des capacités financières du groupe. Ainsi, pour les handicaps visuels, les non pauvres qui ont les moyens de faire face aux dépenses qui y sont liées déclarent sans gêne ce handicap. Cela pourrait expliquer le nombre élevé de handicapés visuels non pauvres.

En prenant en compte les groupes socio-économiques, les agriculteurs de subsistance sont les plus nombreux parmi les handicapés visuels (32,9%), viennent ensuite les inactifs (29,4%), les éleveurs (18,9%), les agriculteurs progressifs (8,8%) et les indépendants involutifs(2,7%).

#### **3.2.3. Handicaps mentaux**

Les maladies mentales constituent un problème de santé publique et n'ont pas d'étiologie précise. Les handicapés mentaux semblent se recruter le plus chez les non pauvres (46,6 % des handicapés mentaux) et chez les intermédiaires (41,8%). Les handicapés mentaux pauvres ne représentent que 11,6%. Cela semble s'expliquer, une fois de plus, par la propension à la sous-déclaration propre à ce groupe. S'agissant des non pauvres, les maladies mentales, généralement la démence, interviennent suite à des difficultés rencontrées (faillite dans les affaires, perte de bétail ou d'emploi, destruction de champ,...).

L'analyse sur la base des groupes socio-économiques révèle que les handicapés mentaux sont des éleveurs à 38,7% et des agriculteurs de subsistance à 32,8%. Suivent les indépendants involutifs (8,2%), les inactifs (7,9%), les agriculteurs progressifs (7,8%) et les salariés non protégés (4,5%).

### 3.2.4. Lèpre

La lèpre constitue une des plus vieilles endémies que le pays ait connues. Au plan national, les cas sont en augmentation depuis 1997. Cela s'explique par une amélioration de leur notification grâce à la dynamisation des activités de lutte contre cette maladie. En considérant le niveau de vie, l'étude de 1998 révèle que les pauvres constituent la plus grande proportion des lépreux (40%). Les intermédiaires et les non pauvres représentent respectivement 35% et 25% de la population des lépreux. Au niveau des groupes socio-économiques, 41% des lépreux sont des éleveurs, 24% sont des inactifs, 21% sont des agriculteurs de subsistance et 13 % sont des agriculteurs progressifs.

D'un point de vue global, on remarque une certaine similitude entre les pauvres et les non pauvres qui déclarent être handicapés moteurs et visuels dans des proportions plus fortes par rapport aux intermédiaires. Concernant les handicapés mentaux, les proportions sont plus fortes chez les intermédiaires et les non pauvres par rapport aux pauvres. Pour ce qui est de la lèpre, maladie des pauvres, ce sont effectivement les pauvres qui sont les plus touchés suivis des intermédiaires.

En ce qui concerne les handicapés moteurs, les proportions sont plus fortes chez les pauvres et les non pauvres. Cependant, la perception de certains handicaps (considérés par exemple comme le résultat d'envoûtement) ne font pas l'objet de consultation dans les services de santé. Cela n'est valable que lorsqu'on considère les données hospitalières ; le handicap étant en général visible, les résultats d'enquêtes sont plus faibles.

Dans l'ensemble, les handicaps touchent plus les chefs de ménages non pauvres que les autres contrairement à 1994 où les chefs de ménages pauvres étaient les plus touchés comme l'indique le **tableau n°19** ci dessous.

**Tableau n°19 : Comparaison des handicaps (en %) selon le niveau de vie en 1994 et 1998**

Type de handicap	Niveau de vie 1994			Niveau de vie 1998		
	Pauvres	Intermédiaires	Non pauvres	Pauvres	Intermédiaires	Non pauvres
Handicaps moteurs	29,9	45,9	24,2	46,6	17,9	37,5
Handicaps visuels	43,1	40,3	16,6	33,3	25,9	40,8
Lèpre	54,9	39,2	5,9	39,7	35,3	25,1
Handicaps mentaux	44,9	35,8	19,3	11,6	41,8	46,6

Les données de 1998 laissent penser que la pauvreté n'est pas un facteur aggravant de la survenue des handicaps ou vice versa. En effet, il y a au sein des ménages non pauvres en général 4,3% de chefs de ménages qui sont des handicapés. Parmi eux, les handicapés visuels sont les plus nombreux (2,6%). Les handicaps touchent les intermédiaires et les pauvres à hauteur de 6,4% pour chaque groupe avec toutefois, 2,8% de handicapés visuels chez les

intermédiaires et 2, 5% chez les pauvres. Quel que soit le niveau de vie, on compte 6,3% de chefs de ménages handicapés dont 77,2% en milieu urbain et 22,8% en milieu rural.

## IV. ETAT SANITAIRE DES ENFANTS DES MENAGES PAUVRES

### 4.1. Episodes de diarrhées

Les données sur les épisodes de diarrhées couvrent la période des «deux semaines ayant précédé l'enquête». Le taux de prévalence en 1998 est de 25% contre 18% en 1994. De façon spécifique, les différents résultats obtenus à partir du **tableau n°20** indiquent que 21,9% des enfants issus des ménages pauvres ont eu un ou plusieurs épisodes de diarrhées pendant la période de référence contre 30,4% dans les ménages ayant un niveau de vie intermédiaire et 27,5% chez les non pauvres. En 1994, les taux de prévalence dans ces différentes catégories de ménages étaient respectivement de 26,2%, 26,4% et 22%.

**Tableau n°20 : Taux de prévalence (en %) de diarrhée chez les enfants de 6 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon l'âge, le niveau de vie et le milieu de résidence.**

Age en mois	Pauvres			Intermédiaires			Non Pauvres			Ensemble		
	Milieu de résidence			Milieu de résidence			Milieu de résidence			Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
6-11 mois	26,5	29,9	29,7	32,5	31,7	31,8	18,3	35,0	28,6	22,3	31,5	29,9
12-23 mois	26,1	26,7	26,6	31,2	42,1	40,8	31,3	39,4	36,7	30,3	33,6	33,1
24-47 mois	11,8	21,8	21,2	24,5	32,4	31,6	15,9	28,4	24,9	16,6	26,0	24,8
48-59 mois	7,9	14,1	13,7	4,1	15,4	14,5	14,5	27,3	22,6	11,7	17,1	16,3
Total	15,4	22,3	21,9	24,4	31,1	30,4	19,4	31,3	27,5	19,5	26,6	25,6

Le groupe des intermédiaires et celui des non pauvres semblent se rapprocher avec des taux voisins. Par ailleurs, on constate que le taux de prévalence est plus élevé en zone rurale qu'en zone urbaine pour les pauvres (22,3% contre 15,4%), les intermédiaires (31,4% contre 24,4%) et les non pauvres (31,3% contre 19,4%). Ces tendances n'ont pas été observées en 1994 pour les pauvres et les intermédiaires. En effet, les taux de prévalence observés étaient plus élevés en zone urbaine qu'en zone rurale pour les pauvres (30% contre 26%) et les intermédiaires (31% contre 26%).

D'une façon générale, les non pauvres se rapprochent des intermédiaires avec une tendance à mieux déclarer les cas de diarrhée des enfants. Dans ce cas, le rôle et le statut des mères semblent jouer en faveur des femmes issues des ménages plus nantis. Cette situation fait qu'elles semblent plus regardantes envers la santé de leurs enfants. Les femmes en milieu rural ont un pouvoir décisionnel réduit en raison de leur statut socio-économique. Elles se retournent alors le plus fréquemment vers la médecine traditionnelle.

Quel que soit le niveau de vie, les enfants de 12-23 mois d'âge sont les plus touchés (33,1%) suivi de ceux de 6 à 11 mois (29,9%). Les enfants de 48 à 59 mois d'âge sont les moins touchés (16,3%). Ceci semble quelque peu conforme aux conclusions de l'enquête démographique et de santé (EDS 98-99). En effet, elles indiquent que c'est chez les enfants de 6-23 mois que la prévalence de la diarrhée est plus importante. A cet âge plus d'un quart des enfants ont eu un épisode de diarrhée durant les deux semaines ayant précédé l'enquête.

Parmi les autres déterminants de la diarrhée, l'étude fait intervenir l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation. Ainsi, l'examen porte-t-il sur les taux de diarrhée parmi les trois états nutritionnels.

La « relation » diarrhée et malnutrition se traduit par des taux respectifs de :

- \* 31,8% de cas chez les enfants ayant une insuffisance pondérale contre 33% en 1994
- \* 29,1% de cas chez les enfants ayant un retard de croissance tout comme en 1994
- \* 29,3% de cas chez les enfants ayant une émaciation contre 34% en 1994

Cette « relation » est quasiment identique pour les enfants de 12-23 mois et ceux de 6-11 mois si l'on considère respectivement l'insuffisance pondérale et le retard de croissance et l'émaciation.

Le taux de prévalence du premier type de malnutrition protéino-énergétique est plus élevé chez les enfants de 6-11 mois. En ce qui concerne le retard de croissance et l'émaciation, les taux observés chez les enfants de 12-23 mois sont les plus élevés avec respectivement 34,6% et 39,2%.

Ces résultats indiquent que les enfants de 12-23 mois semblent très vulnérables car c'est l'âge de sevrage pour les uns (les plus âgés) et pour les autres intervient l'alimentation de complément.

Dans le contexte de pauvreté, où la femme ne bénéficie pas toujours du minimum indispensable, l'étude a pu montrer une différence de taux de prévalence entre les enfants de sexe différent.

Compte tenu de l'importance des facteurs socioculturels dans la vie des populations, une étude sur les facteurs de risques peut mieux renseigner sur les raisons de cette différence entre garçons et filles.



**Tableau n°21 : Taux de prévalence (en %) de diarrhée chez les enfants de 6 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par région économique et par sexe et niveau de vie.**

Région économique		Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
Ouest	Masculin	24,0	38,1	25,1	27,7
	Féminin	17,0	31,6	24,0	23,2
	Total	20,7	35,0	24,5	25,4
Nord-Ouest	Masculin	30,0	39,3	36,7	33,2
	Féminin	29,2	27,7	39,4	30,7
	Total	29,6	32,5	38,0	31,9
Sahel	Masculin	41,6	44,5	74,5	50,8
	Féminin	41,7	52,4	55,9	48,9
	Total	41,6	48,4	65,4	49,9
Est	Masculin	4,6	18,2	12,4	11,6
	Féminin	13,3	8,4	17,0	13,0
	Total	9,2	14,3	14,6	12,3
Sud-Ouest	Masculin	31,1	49,8	42,9	38,3
	Féminin	27,2	46,7	41,0	34,7
	Total	29,3	48,3	42,2	36,7
Centre Nord	Masculin	25,8	43,7	41,7	32,5
	Féminin	25,2	55,0	30,1	33,5
	Total	25,5	49,6	36,0	33,0
Centre -Ouest	Masculin	20,6	35,8	27,0	25,7
	Féminin	29,5	23,3	25,8	26,5
	Total	24,7	28,4	26,3	26,1
Centre	Masculin	19,6	36,2	23,5	24,8
	Féminin	18,7	24,1	27,1	22,9
	Total	19,2	30,6	25,1	23,9
Nord	Masculin	19,3	24,8	25,2	21,5
	Féminin	16,5	32,2	10,5	19,2
	Total	18,1	27,9	18,9	20,5
Centre-Est	Masculin	8,3	8,6	18,7	10,7
	Féminin	13,7	6,6	13,6	11,7
	Total	10,5	7,7	16,3	11,1
Ensemble	Masculin	21,6	32,0	28,2	26,0
	Féminin	22,2	28,8	26,7	25,1
	Total	21,9	30,4	27,5	25,6

#### 4.2. Etat nutritionnel

L'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois est analysé à travers trois déterminants principaux : l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation.

Ainsi la présente étude révèle que le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale est de 40,30%, celui du retard de croissance est de 43,1% et celui de l'émaciation de 19,4%. Pour les deux premiers résultats (insuffisance pondérale et retard de croissance), la situation semble s'être améliorée par rapport à celle de 1994. En effet, on constate une baisse de ces deux taux par rapport aux chiffres de 1994 qui étaient respectivement de 47% et 53%. Par contre l'émaciation, qui mesure la sous-nutrition aiguë, semble connaître une situation moins favorable car son taux de prévalence est supérieur à celui observé en 1994 qui était de 18%.

L'analyse par groupe d'âge montre que l'insuffisance pondérale et le retard de croissance touchent plus les enfants de 12 à 23 mois (49,2% et 51,3% respectivement), alors que l'émaciation est beaucoup plus fréquente chez les enfants de 48 à 59 mois (27,8%). Ce dernier constat semble en contradiction avec les résultats de 1994 où l'émaciation touchait plutôt les enfants moins âgés (6 à 23 mois).

Par rapport au genre, les garçons semblent plus touchés par la malnutrition que les filles. En effet, l'étude révèle des taux plus élevés chez les premiers par rapport aux seconds pour chacun des trois indicateurs de malnutrition.

Lorsqu'on s'intéresse au niveau de vie, les enfants issus de ménages de niveau de vie intermédiaire semblent plus prédisposés à l'insuffisance pondérale et au retard de croissance, alors que l'émaciation est plus fréquente chez les enfants issus de ménages non pauvres.

L'analyse par région économique révèle que les régions du Sahel (49,7%), de l'Est (47%) et Centre Est (53,7%) sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale. Le retard de croissance est plus fréquent au Sud-Ouest (52,2%), au Sahel (55,1%) et au Centre-Est (46,2%). Enfin la malnutrition vue sous l'angle de l'émaciation se rencontre surtout au Centre-Est (27,1%), à l'Est (24,6%) et au Centre (21,1%).

Cette analyse descriptive de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois semble dégager des liens évidents entre les indicateurs de malnutrition et certaines variables telles que le sexe, le niveau de vie et la région économique. Pour mieux cerner ces influences, nous allons procéder à des régressions logistiques pour voir jusqu'à quel degré chacune de ces variables intervient dans la probabilité de survenue de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance et de l'émaciation chez un enfant de 6 à 59 mois. Le modèle utilisera donc tour à tour chacun des trois indicateurs comme variable dépendante.

#### **4.2.1. L'insuffisance pondérale**

La variable dépendante est égale à 1 si l'enfant souffre d'insuffisance pondérale et 0 si l'enfant ne souffre pas d'insuffisance pondérale. Les variables indépendantes sont ici :

- le niveau de vie (NIVEAU);
- le sexe (SEXE);
- le niveau d'instruction de la mère (MEREDUC);
- l'épisode de diarrhée (DIARRHEE) ;
- le poids de l'enfant (POIDSENF) ;
- la taille de l'enfant (TAILLE) ;
- le handicap du chef de ménage (CMHANDI).

Les résultats de la régression (voir annexe) montrent que les variables qui influencent de façon significative l'insuffisance pondérale sont le niveau de vie (à travers la modalité « intermédiaires »), le niveau d'instruction de la mère (par la première modalité « aucun niveau »), la taille, le poids, le sexe et l'épisode de diarrhée. Parmi ces variables, seul le poids a une influence négative, c'est-à-dire que la probabilité de survenue de l'insuffisance pondérale diminue avec le poids. Toutes les autres variables significatives (leurs modalités respectives pour les variables nominales) sont des facteurs favorables à la survenue de l'insuffisance pondérale. Ainsi, par exemple, si l'on considère le niveau de vie, on peut dire que lorsque l'on passe d'un enfant quelconque indépendamment du niveau de vie à un enfant de niveau de vie intermédiaire, la probabilité de survenue de l'insuffisance pondérale augmente. Il en est de même du niveau d'instruction de la mère pour lequel l'insuffisance pondérale a plus de chance d'atteindre les enfants dont la mère est sans niveau d'instruction.

Comme on le constate, le modèle a permis de confirmer les résultats de l'analyse descriptive en ce sens que le niveau de vie et le sexe influencent la survenue de l'insuffisance pondérale. Il faut noter toutefois que les plus fortes influences sont exercées par le niveau d'instruction de la mère, l'épisode de diarrhée et le niveau de vie qui ont les plus grands Odds ratios (voir la colonne Exp(B) dans l'annexe).

#### 4.2.2. Le retard de croissance

Ici la variable dépendante est égale à 1 si l'enfant est atteint de retard de croissance et 0 si l'enfant n'est pas atteint de retard de croissance. Les variables indépendantes sont les mêmes que précédemment avec en plus la région économique.

Les résultats (voir annexe) montrent que les variables significatives sont :

- \* - le niveau de vie à travers la modalité « intermédiaires » ;
- \* - le niveau d'instruction de la mère par la modalité « aucun niveau » ;
- \* - la taille ;
- \* - le poids ;
- \* - le sexe ;
- \* - l'épisode de diarrhée ;
- \* - la région économique à travers les modalités « Nord-Ouest » et « Centre-Ouest ».

La taille, les régions économiques du Nord-Ouest et du Centre-Ouest ont une influence négative sur le retard de croissance. Cela signifie que la probabilité de survenue du retard de croissance diminue avec ces variables. En d'autres termes, toute chose égale par ailleurs, les enfants provenant du Nord-Ouest et du Centre-Ouest ont moins de chance d'être victimes de retard de croissance.

Ici encore le niveau de vie et le niveau d'instruction de la mère semblent influencer plus fortement la probabilité de survenue du retard de croissance.

#### 4.2.3. L'émaciation

Dans ce modèle, la variable dépendante prend la valeur 1 si l'enfant est victime d'émaciation et 0 si l'enfant n'est pas victime d'émaciation. Les variables indépendantes restent les mêmes que précédemment.

Le poids, la taille, l'épisode de diarrhée et le handicap du chef de ménage semblent être les seules variables significatives du modèle. Le poids et le handicap du chef de ménage ont une influence négative tandis que la taille et l'épisode de diarrhée influencent positivement la probabilité de survenue de l'émaciation. Les plus fortes influences sont d'ailleurs exercées par ces deux dernières variables qui ont les Odds ratios les plus élevés.

En définitive, on peut relever que des trois indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois, l'insuffisance pondérale et le retard de croissance semblent subir le plus d'influence de la part des variables socio-économiques que sont le niveau de vie, le niveau d'instruction de la mère, le sexe, et la région économique. Ainsi, toute chose égale par ailleurs, les enfants de sexe masculin, issus de ménages de niveau de vie intermédiaire et dont la mère n'est pas instruite ont plus de chance de souffrir d'insuffisance pondérale. Parmi ceux-ci, ceux provenant des régions économiques du Nord-Ouest et du Centre-Ouest sont moins enclins au retard de croissance.

## V – ACCES DES PAUVRES AUX SERVICES DE BASE

### 5.1. Utilisation des services de santé par les pauvres

#### 5.1.1. Le taux d'utilisation des services de santé par les ménages

Les services de santé connaissent une forte utilisation par les ménages. En effet 91,5% des ménages déclarent utiliser un service de santé en 1998. Ce taux a connu une baisse par rapport à 1994 où il était de 94%.

Les ménages pauvres utilisent le moins les services de santé avec un taux d'utilisation de 90,1% contre 91,1% chez les intermédiaires et 92,9% chez les non pauvres.

Considérant toujours les ménages pauvres, on constate des disparités importantes entre les régions économiques dans l'utilisation des services de santé. La plus faible utilisation est enregistrée dans le Centre-Est (74,1%) et la plus forte utilisation dans le Centre-Ouest (99%).

Le taux d'utilisation en milieu urbain est nettement au-dessus de celui du milieu rural quel que soit le niveau de vie considéré.

**Tableau N°22: Taux d'utilisation (en %) des centres de santé par les ménages selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie**

Région économique	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
Ouest	91,5	93,8	90,6	91,5
Nord-Ouest	87,3	86,8	90,1	88,1
Sahel	90,7	92,2	92,9	92,0
Est	84,3	93,9	93,5	90,1
Sud-Ouest	97,9	95,4	98,5	97,4
Centre Nord	88,3	86,0	88,3	87,6
Centre -Ouest	99,0	99,5	95,0	97,4
Centre	94,4	93,9	95,9	95,2
Nord	98,6	98,7	95,5	97,8
Centre-Est	74,1	72,8	83,8	76,6
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	97,7	97,3	96,2	96,5
Rural	89,5	90,2	90,7	90,0
<b>Total</b>	90,1	91,1	92,9	91,5

#### 5.1.2. L'incidence de la consultation

Si les ménages affirment dans leur grande majorité utiliser les services de santé, l'on constate cependant que ces derniers connaissent une faible fréquentation de la population : le taux d'incidence des consultations dans les services de santé enregistré en 1998 est de 37,6%.

Comparativement à 1994, ce taux a connu une amélioration considérable puisque le taux de consultation pour toutes personnes consultées n'était que de 28%.

Plus son niveau de vie est élevé, plus le malade consulte les services de santé; en effet, les taux d'incidence des consultations sont de 27,4% pour les pauvres, 32,2% pour les intermédiaires et 47,5% pour les non pauvres, marquant ainsi une évolution positive en fonction du niveau de vie.

Le milieu urbain connaît un niveau de fréquentation plus élevé que le rural : 47,1% contre 34,5%. Cependant, cette différence entre milieux est plus importante au niveau des

intermédiaires et des non pauvres qu'au niveau des pauvres : en effet, le taux de consultation est de 28,4% en milieu urbain contre 27,3% en milieu rural pour les pauvres et respectivement de 40,6% et 50,8% pour les intermédiaires et non pauvres urbains contre 30,9% et 45,1% pour les intermédiaires et non pauvres ruraux.

Les femmes fréquentent les services de santé plus que les hommes : 38,7% contre 36,5%.

Des disparités importantes existent également entre les régions : les régions du Centre et du Centre-Est avec respectivement 50,7% et 43,4% connaissent des niveaux de fréquentation des services de santé au-dessus de la moyenne nationale. Le Sahel, le Sud-Ouest, le Nord-Ouest et le Centre-Nord avec respectivement 18,1%, 29,3%, 30,3% et 30,9% connaissent les plus faibles niveaux de fréquentation.

Les disparités observées entre les sexes, et entre les régions sur l'ensemble de la population restent valables si l'on se limite à la population des pauvres.

**Tableau N°23 : Incidence des consultations (en %) dans les services de santé selon la région économique, le sexe et le niveau de vie**

	NIVEAU DE VIE				
		Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
<b>Région économique</b>	<b>Sexe</b>				
Ouest	Masculin	18,0	27,1	40,6	32,0
	Féminin	36,4	33,5	49,4	42,5
	Total	26,8	30,4	44,9	37,2
Nord-Ouest	Masculin	15,6	23,3	40,0	27,2
	Féminin	28,5	25,1	41,8	33,2
	Total	22,0	24,2	41,0	30,3
Sahel	Masculin	9,2	14,6	31,7	18,3
	Féminin	14,2	16,0	23,3	17,9
	Total	11,9	15,2	27,1	18,1
Est	Masculin	25,7	20,0	57,6	34,1
	Féminin	34,0	28,7	39,5	34,9
	Total	30,2	23,9	47,3	34,5
Sud-Ouest	Masculin	17,6	29,4	39,5	30,0
	Féminin	11,7	25,8	44,4	28,7
	Total	14,7	27,4	41,8	29,3
Centre Nord	Masculin	21,8	39,5	44,1	32,8
	Féminin	27,8	27,1	33,6	29,2
	Total	24,6	32,9	37,9	30,9
Centre -Ouest	Masculin	32,7	30,1	36,6	33,9
	Féminin	31,7	35,7	37,5	35,4
	Total	32,2	32,9	37,1	34,7
Centre	Masculin	36,6	53,0	60,4	53,9
	Féminin	33,7	42,9	56,4	48,4
	Total	34,9	47,0	58,3	50,9
Nord	Masculin	30,0	48,1	55,2	41,5
	Féminin	27,0	30,1	48,5	33,6
	Total	28,4	38,2	51,7	37,3
Centre-Est	Masculin	35,4	21,9	42,3	34,1
	Féminin	32,7	41,6	68,1	50,7
	Total	34,0	32,8	57,2	43,4
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	Masculin	24,5	42,1	48,9	45,5
	Féminin	31,0	39,5	52,5	48,4
	Total	28,0	40,6	50,8	47,1
Rural	Masculin	25,1	29,9	45,9	33,5
	Féminin	29,4	31,8	44,5	35,4
	Total	27,3	30,9	45,1	34,5
<b>Ensemble</b>	Masculin	25,1	31,5	47,2	36,5
	Féminin	29,5	32,9	47,8	38,7
	Total	27,4	32,2	47,5	37,6

## 5.2. Difficultés d'utilisation des services de santé par les pauvres

Les difficultés d'utilisation des services de santé peuvent être identifiées sous divers aspects. De façon générale, on retient l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière ou économique et l'accessibilité culturelle. L'accessibilité géographique et l'accessibilité financière peuvent se comprendre aisément ; l'aspect culturel signifie que la culture d'une personne ou d'une communauté peut favoriser ou défavoriser l'utilisation des services de santé. Les données de l'enquête nous permettent d'aborder les aspects géographique et financier et dans une moindre mesure l'aspect culturel à travers l'utilisation des services du guérisseur traditionnel et du marabout.

### 5.2.1. Accessibilité géographique

#### 5.2.1.1. Les infrastructures de santé

Le tableau N°2 nous a renseignés sur la répartition des infrastructures sanitaires en 1998. La couverture sanitaire se caractérise par une insuffisance et une inégale répartition des formations sanitaires selon les régions. En 1998, le rayon d'action théorique moyen était de 10,16 km.

L'accessibilité géographique semble être une raison mineure à la non consultation des personnes malades. En effet en 1998, seulement 4,4% des malades déclarent n'avoir pas consulté pour raison d'éloignement du centre de santé (voir tableau n°24 ci-dessous). En 1994, ce taux était de 4,6%.

**Tableau N°24 : Répartition (en %) des personnes qui sont tombées malades et n'ayant pas consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon le niveau de vie et la raison de non consultation**

Raison de non consultation	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non pauvres	Total
Eloignement	4,7	4,3	4,1	4,4
Pas d argent	23,7	20,5	15,0	19,6
Coût élevé	7,6	4,0	2,9	4,8
Pas grave/ bénin	27,3	30,3	28,6	28,6
Automédication	29,1	32,5	37,9	33,3
Mauvais accueil	0,0	0,1	0,2	0,1
Mauvaise qualité	0,6	0,2	0,3	0,4
Autres	6,9	8,0	11,0	8,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Concernant les malades pauvres, 4,7% n'ont pas consulté pour raison d'éloignement en 1998 (voir tableau n°25) contre 6,4% en 1994. On peut cependant remarquer que l'éloignement n'est pas ressenti par les pauvres au même niveau dans toutes les régions économiques. Il est ressenti avec acuité dans le Sahel (8,8%), le Centre-Nord (9,6%) le Centre-Est (10%) et l'Ouest (6,9%).

**Tableau N°25: Répartition (en %) des personnes pauvres qui sont tombées malades et n'ayant pas consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon la raison de non consultation par Région économique**

Région économique	Raison de non consultation							Total
	Eloignement	Pas d'argent	Coût élevé	Pas grave/bénin	Automédication	Mauvaise qualité	Autres	
Ouest	6,9	32,1	2,7	22,5	31,3	0,6	3,9	100,0
Nord-Ouest	1,5	10,9	4,2	15,2	57,8	0	10,5	100,0
Sahel	8,8	27,7	0	15,6	38,6	0	9,3	100,0
Est	4,9	15,3	15,6	51,5	5,7	0	7,0	100,0
Sud-Ouest	4,8	32,6	12,9	36,6	9,0	0	4,1	100,0
Centre Nord	9,6	15,7	4,6	21,8	46,0	0	2,3	100,0
Centre -Ouest	1,4	7,4	12,8	38,9	36,1	0	3,3	100,0
Centre	1,0	33,7	4,5	26,7	31,2	0	2,9	100,0
Nord	2,4	20,2	9,2	23,0	11,7	5,7	27,9	100,0
Centre-Est	10,0	49,9	11,4	10,9	13,7	1,9	2,2	100,0
Total	4,7	23,7	7,6	27,3	29,1	0,6	6,9	100,0

### 5.2.1.2. Le temps mis et le moyen de déplacement le plus utilisé

L'accessibilité géographique peut être analysée en termes de temps mis et de moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre au centre de santé le plus proche. Ces deux éléments liés constituent des facteurs explicatifs de l'accessibilité géographique.

Le tableau N°26 donne la répartition des ménages selon le temps mis et le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au service de santé le plus proche ; il nous renseigne qu'en 1998, 40% de la population met moins d'une demi-heure pour se rendre au centre de santé le plus proche que ce soit à pieds ou par autre moyen. A une heure maximum, 65,7% y ont accès quel que soit le moyen utilisé.

**Tableau N°26 : Répartition (en %) des ménages selon le temps mis et le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au service de santé le plus proche**

Temps nécessaire	Moyen le plus utilisé						Total
	A pied	Bicyclette	Motocycle	Automobile	Autre	ND	
Moins d'une 1/2 heure	80,0	9,9	7,1	1,6	1,1	0,3	100,0
1/2 heure à 1 heure	55,5	38,1	3,6	0,3	2,5	0,1	100,0
1 heure à 2 heures	43,7	48,1	1,7	0,3	6,1	0,0	100,0
2 h à 1/2 journée	41,7	47,0	2,4	0,4	8,6	0,0	100,0
1/2 journée à 1 journée	41,4	44,6	1,4	0,4	11,5	0,7	100,0
Plus d'une journée	17,2	82,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Total	60,9	30,1	4,4	0,9	3,6	0,2	100,0

Cependant une partie non négligeable de la population éprouve de sérieuses difficultés à se rendre dans les formations sanitaires : 14% des ménages déclarent mettre plus de deux heures et 3,7% plus d'une demi-journée. La situation est encore plus difficile pour ceux qui se déplacent à pieds : 17,2% ont au moins une demi-journée de distance à parcourir pour accéder au lieu des soins.

Le tableau N°27 donne la répartition des ménages pauvres selon le temps mis et le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre au service de santé le plus proche. L'on peut constater que les pauvres connaissent plus de difficultés pour accéder aux services de santé. En effet, seulement 29% mettent moins d'une demi-heure pour y accéder et 57,5%



moins d'une heure. 18,1% ont plus de deux heures à mettre et 4,7% en ont plus d'une demi-journée. Cette situation peut s'expliquer en grande partie par l'inexistence de moyens de déplacement adéquats compte tenu de leur situation de pauvreté : seulement 0,6% peuvent s'y déplacer en motocycle et 0,1% en automobile contre 58,9% à pieds et 36,2% à bicyclette. Aussi la présence d'un guérisseur traditionnel et la mauvaise qualité des voies d'accès peuvent constituer une seconde motivation.

Même si l'éloignement est peu évoqué pour justifier la non fréquentation des centres de santé, l'existence de difficultés d'accès compte tenu des distances à parcourir et du manque de moyen de déplacement rapide est réelle. Ces difficultés sont encore plus perceptibles au sein des ménages pauvres.

**Tableau N°27 : Répartition (en %) des ménages pauvres selon le temps mis et le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au service de santé le plus proche**

Temps nécessaire	Moyen le plus utilisé						Total
	A pieds	Bicyclette	Motocycle	Automobile	Autre	ND	
Moins d 1/2 heure	84,8	12,4	0,3	0,0	2,1	0,3	100,0
1/2 à 1 heure	54,6	42,2	0,3	0,0	2,9	0,0	100,0
1 heure à 2 heures	44,4	48,0	0,7	0,3	6,6	0,0	100,0
2 h à 1/2 journée	44,9	48,2	1,8	0,2	4,9	0,0	100,0
1/2 j à 1 j	40,7	49,2	0,0	0,9	8,7	0,5	100,0
Plus d une journée	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Total	58,9	36,2	0,6	0,1	4,1	0,1	100,0

### 5.2.2. L'accessibilité financière

Le manque d'argent et le coût élevé de la consultation évoqués par les malades pour justifier la non consultation constituent des difficultés d'accessibilité financière des services de santé. Si en termes de raisons de non consultation, l'accessibilité financière occupe la troisième place (24,4% évoquent le manque d'argent et le coût élevé de la consultation) après l'automédication (33,3%) et le caractère jugé bénin de la maladie (28,6%), en termes de difficultés d'accès aux services de santé, elle est la première.

Pour les malades pauvres n'ayant pas consulté, l'accessibilité financière justifiant à 31,3% intervient non seulement comme première difficulté d'accès aux services de santé mais aussi comme première raison de non consultation avant l'automédication (29,1%) et le caractère jugé bénin de la maladie (27,3%). En termes de difficultés, nous pouvons analyser l'accessibilité financière à travers les dépenses effectuées par les malades dans la consultation, l'achat de médicaments et les analyses médicales.

#### 5.2.2.1. Les dépenses de consultation

Le tableau N°28 nous donne la répartition des malades ayant consulté selon la région et la tranche de dépenses en consultation. Il révèle que plus de la moitié (59,1% exactement) des consultations dans les centres de santé sont gratuites et seulement 13% des malades ont dépensé plus de 500 FCFA lors de la consultation.

Le taux de consultations gratuites est encore plus élevé chez les pauvres : il est de 69,2% contre 59,6% chez les intermédiaires et 55,1% chez les non pauvres.

Ce taux de consultations gratuites pour les pauvres est particulièrement élevé dans les régions du Centre-Est (95,3%), du Centre-Nord (88,4%), du Centre (83,9), du Nord (80%) et de l'Est (71,2%). Par contre, il est relativement faible au Nord-Ouest (28,56%), à l'Ouest (47,1%), au Su-Ouest (53,4%) et au Sahel (54,9%) (cf. Annexe).

**Tableau N°28: Répartition (en %) des personnes tombées malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon le niveau de vie et la tranche de dépense en consultation**

Montant de la consultation (en FCFA)	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
0	69,2	59,6	55,1	59,1
1-500	24,8	33,9	26,8	27,9
501-1000	3,5	3,9	8,6	6,5
1001-2000	2,3	1,3	4,1	3,1
2001-3000	0,1	0,6	1,2	0,8
3001-4000	0,0	0,0	1,2	0,7
4001-5000	0,0	0,4	1,3	0,8
5001-10000	0,0	0,2	1,6	0,9
20000 et +	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

La dépense moyenne par consultation croît avec le niveau de vie. En effet, le malade pauvre lors de sa consultation dépense en moyenne 123 FCFA contre 174 FCFA pour le malade intermédiaire et 747 FCFA pour le malade non pauvre. Cela veut dire que le pauvre même s'il va consulter, s'intéresse au centre de santé le moins cher ou à consultation gratuite.

C'est dans les régions du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud-Ouest que la dépense moyenne de consultation est particulièrement élevée, surtout pour les malades pauvres.

De façon générale en milieu urbain, la dépense moyenne de consultation est nettement plus élevée qu'en milieu rural. C'est peut-être avec l'avènement des structures de soins privées que le coût de la consultation revient effectivement cher pour les populations urbaines! Sinon, le paradoxe est que ce sont les non pauvres et les intermédiaires qui ont accès aux consultations gratuites dans les services de soins à cause de leurs relations ;même pour le médicament, ce sont les non pauvres qui peuvent les avoir gratuitement ou les acheter à moindre coût dans des dépôts normalement prévus pour les pauvres. Il en est de même pour le temps mis pour obtenir une consultation ;beaucoup de fois, les pauvres assistent impuissants au défilé incessant de non pauvres dans les bureaux de consultation tandis que eux qui sont assis sur les bancs depuis longtemps doivent attendre et souvent même pour s'entendre dire de revenir un autre jour;personne n'y pense mais cela a un coût qui n'est pris en compte par personne.

**Tableau N°29: Montant moyen (en FCFA) de la consultation dans les services de santé selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie**

Région économique	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non pauvres	Ensemble
Ouest	264,1	273,8	463,1	393,0
Nord-Ouest	364,8	215,0	374,2	337,0
Sahel	51,7	71,3	110,1	86,7
Est	100,8	63,0	200,6	141,3
Sud-Ouest	227,1	178,6	220,8	213,2
Centre Nord	36,1	83,7	206,9	107,6
Centre -Ouest	79,9	114,7	208,7	153,2
Centre	62,5	224,0	1574,1	1099,8
Nord	101,2	279,5	234,9	199,5
Centre-Est	7,1	67,8	153,3	105,5
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	125,7	269,9	1360,6	1160,6
Rural	122,6	154,3	230,7	179,6
<b>Ensemble</b>	122,9	173,5	747,4	488,9

### 5.2.2.2. Les dépenses en médicaments

Le tableau N°30 nous donne la répartition des malades ayant consulté un centre de santé selon la tranche de dépenses en médicaments. Contrairement à la consultation, très peu de malades (6,7% seulement) n'ont pas effectué de dépenses en médicaments. Ce taux est de 7,4% pour les malades pauvres. Cela signifierait que, soit ces derniers ont bénéficié gratuitement des médicaments, ou qu'ils n'en ont pas du tout eu accès à cause du coût insupportable. Pour ceux qui ont effectué des achats de médicaments, la plupart des dépenses se situent en dessous de 3.000 FCFA pour les pauvres et les intermédiaires et entre 1.000 FCFA et 20.000 FCFA pour les non pauvres.

**Tableau N°30: Répartition (en %) des personnes tombées malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon le niveau de vie et la tranche de dépense en médicaments**

Dépense en médicaments	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non pauvres	Ensemble
0	7,4	7,4	6,1	6,7
1-500	15,1	11,4	5,3	8,7
501-1000	14,0	12,4	6,7	9,5
1001-2000	22,7	24,4	15,6	19,1
2001-3000	15,3	12,8	11,2	12,4
3001-4000	8,7	8,1	12,2	10,6
4001-5000	3,8	8,3	7,5	6,8
5001-10000	10,3	10,0	18,2	14,7
10001-20000	2,6	5,0	11,5	8,2
20000 et +		0,2	5,7	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Tout comme la dépense moyenne en consultation, la dépense moyenne en médicaments croit et de façon significative avec le niveau de vie : elle est de 2448 FCFA pour les pauvres, de 2986 FCFA pour les intermédiaires et de 6565 FCFA pour les non pauvres. Les régions de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest s'illustrent une fois de plus par une dépense moyenne en médicaments très élevée.

La dépense moyenne des pauvres ruraux est légèrement au-dessus de celle des pauvres urbains (2469 FCFA contre 2232 FCFA). Par contre les intermédiaires et les non pauvres connaissent une dépense moyenne en médicaments plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

**Tableau N°31 : Montant moyen (en FCFA) des dépenses en médicaments pour ceux qui ont consulté dans les services de santé selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie**

Région économique	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
Ouest	3285,1	4428,6	6152,8	5335,2
Nord-Ouest	3005,0	2888,7	8090,4	5812,5
Sahel	2724,8	3124,3	4490,6	3740,0
Est	1802,8	2291,5	5631,7	3699,3
Sud-Ouest	2515,7	2298,8	5279,8	4189,1
Centre Nord	2690,8	1269,4	7198,0	3527,1
Centre -Ouest	1359,9	2876,3	6288,9	4207,8
Centre	2164,3	2930,7	6848,3	5419,2
Nord	3490,0	3523,7	5590,2	4288,7
Centre-Est	2838,4	3526,5	7617,9	5628,1
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	2232,0	3600,8	7333,1	6586,7
Rural	2469,2	2858,9	5919,2	4121,7
<b>Total</b>	<b>2448,2</b>	<b>2986,2</b>	<b>6564,9</b>	<b>4898,2</b>

### 5.2.2.3. Les dépenses en analyses médicales

Des dépenses en analyses médicales ont été effectuées seulement par 10% de tous les malades ayant consulté et par 5% des malades pauvres ayant consulté. Cela peut se comprendre aisément car toute consultation ne donne pas lieu à des analyses médicales et l'on peut dire que presque tous ceux qui n'ont pas dépensé n'ont pas effectué d'analyses médicales. Cependant il y a aussi des exonérations pour les analyses médicales surtout pour les pauvres.

**Tableau N°32: Répartition (en %) des personnes tombées malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon le niveau de vie et la tranche de dépense en analyses médicales**

Montant des dépenses (en FCFA)	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
0	95,1	95,3	86,6	90,3
1-500	2,0	1,0	2,5	2,1
501-1000	0,7	1,9	1,7	1,5
1001-2000	1,2	0,8	2,6	1,9
2001-3000	0,0	0,9	1,5	1,1
3001-4000	0,0	0,0	1,0	0,6
4001-5000	0,0	0,2	0,5	0,3
5001-10000	0,4	0,0	2,4	1,4
10001-20000	0,0	0,0	0,9	0,5
20000 et +	0,6	0,0	0,4	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Le tableau N°33 nous donne les dépenses moyennes en analyses médicales selon la région économique, le milieu de résidence et le niveau de vie : le malade dépense en moyenne 427 FCFA pour les analyses médicales. Cette moyenne est de 282 FCFA chez les pauvres, 64 FCFA chez les intermédiaires et 618 FCFA chez les non pauvres. De façon générale, la dépense moyenne en milieu urbain est six fois plus élevée qu'en milieu rural. Cependant, quand on se limite aux pauvres, la dépense moyenne en milieu rural dépasse celle du milieu urbain.

**Tableau N°33 : Montant moyen (en %) des analyses médicales selon la région économique et le niveau de vie**

Région économique	Niveau de vie			
	Pauvres	Intermédiaires	Non Pauvres	Total
Ouest	214,2	33,3	307,5	240,7
Nord-Ouest	2634,3	99,7	61,1	674,1
Sahel	0,0	53,7	234,0	137,1
Est	0,0	0,0	185,0	88,8
Sud-Ouest	0,0	105,1	23,5	36,3
Centre Nord	0,0	0,0	546,3	169,6
Centre-Ouest	3,1	125,4	974,8	530,6
Centre	75,8	94,6	1010,7	703,3
Nord	104,7	35,8	756,6	331,3
Centre-Est	96,9	37,0	436,0	278,8
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	226,1	134,6	1180,6	1000,5
Rural	287,3	49,8	145,3	160,9
<b>Total</b>	<b>281,5</b>	<b>64,2</b>	<b>617,8</b>	<b>427,1</b>

### 5.2.3. Autres obstacles à l'accès aux services de santé

#### 5.2.3.1. L'automédication

L'automédication est la première raison de non consultation: 33,3% des malades n'ayant pas consulté l'ont évoquée pour se justifier. Quand on se limite aux malades pauvres, elle vient avec 29,1% en deuxième position après les raisons d'ordre financier. Si elle ne constitue pas de difficulté d'accès en tant que telle, il n'en demeure pas moins que des difficultés de divers ordres peuvent se cacher derrière elle. L'examen du tableau N°24 révèle que l'automédication est beaucoup plus pratiquée par les riches : 32,5% des intermédiaires et 38% des non pauvres la pratiquent. Suivant le niveau d'instruction, ce sont ceux de niveaux d'instruction intermédiaires (secondaire, professionnels après CEPE et avant BEPC) et supérieur qui s'adonnent beaucoup plus à cette pratique avec des taux de 40% à 51% (cf. tableau A6 en annexe).

#### 5.2.3.2. Le caractère jugé bénin de la maladie

Le caractère jugé bénin de la maladie est la deuxième raison de non consultation : il constitue 28,6% des raisons évoquées. Il connaît à peu près les mêmes tendances que l'automédication : il est beaucoup plus avancé par les intermédiaires et les non pauvres suivant le niveau de vie et par les instruits suivant le niveau d'instruction.

Ces observations nous permettent de dire que le niveau élevé de vie et l'instruction favorisent d'une manière ou d'une autre la non fréquentation des services de santé quand la maladie est jugée pas grave.

### **5.2.3.3. L'utilisation des services du guérisseur traditionnel et du marabout**

La consultation des guérisseurs traditionnels et des marabouts revêt un caractère culturel. Les croyances traditionnelles et religieuses et l'analphabétisme en sont des éléments favorisants. Même si les pauvres et les intermédiaires sont les plus touchés par la pratique avec respectivement des proportions de consultations vers ces services de 12% et de 13,2%, les non pauvres sont aussi concernés car 7,5% de leurs consultations sont hors du secteur moderne de la santé. (Cf. tableau A2.en annexe).

### **5.3. Les facteurs déterminants de la fréquentation des services de santé**

La fréquentation des services de santé est influencée certes par plusieurs facteurs. Pour avoir une idée sur la contribution des différentes variables pouvant exercer une influence sur le comportement du malade par rapport à la consultation des services de santé, nous avons fait une régression logistique. La variable dépendante ou expliquée est bien sûr « Avoir consulté un service de santé au cours de la période de référence ». Les variables indépendantes ou explicatives sont :

- DPSANTE : la dépense totale en santé du malade
- STATUT : le statut socio-économique du chef de ménage
- REGION : la région économique
- TEMPS : le temps mis pour se rendre au service de santé le plus proche
- MOYEN : le moyen de déplacement le plus utilisé
- NIV\_VIE : le niveau de vie
- SEXE : le sexe
- AGE : l'âge

L'influence de chaque variable sera perçue à travers les coefficients de régression (B) de ses différentes modalités (voir annexe pour les résultats de la régression). Nous avons distingué trois groupes de variables : les variables peu significatives, les variables moyennement significatives et celles qui sont très significatives.

Le sexe, la dépense de santé du ménage, l'âge et le moyen de déplacement sont des variables peu significatives dans l'explication de la consultation des services de santé. Cela veut dire qu'à l'intérieur de chacune de ces variables, se déplacer d'une modalité à une autre n'influence pas significativement le comportement du malade par rapport à la consultation. La différence de comportement entre les femmes et les hommes par exemple n'est pas importante même si elle existe.

Le statut socio-économique du chef de ménage, le niveau de vie et la région influencent moyennement le comportement des malades.

Le statut socio-économique : l'appartenance du malade aux statuts des salariés protégés, des indépendants évolutifs, des agriculteurs progressifs et de subsistance favorise la consultation d'un service de santé ; par contre l'appartenance au statut des inactifs constitue un obstacle.

Le niveau de vie : Etre au niveau des non pauvres constitue un facteur très positif pour la consultation tandis que les autres niveaux de vie, surtout celui des pauvres, interviennent en défaveur.

La région économique : les régions économiques qui sont favorables à la consultation des services de santé sont le Centre, le Centre-Est, le Nord et dans une moindre mesure le Centre-Nord ; l'appartenance aux autres régions favorisant la non consultation.

Le temps mis pour se rendre au service de santé le plus proche, est la variable qui influence très significativement la fréquentation des services de santé. Il est le plus déterminant dans la consultation médicale. Plus le temps d'accès au centre de santé est court, plus la tendance à le fréquenter est forte.

Cette analyse milite en faveur d'une politique de rapprochement physique entre les services de santé et la population, de leur meilleure répartition spatiale et d'une élévation du niveau de vie des populations pour accroître l'accessibilité aussi bien géographique que financière des services de santé par les pauvres.

Une étude sur l'accessibilité culturelle permettrait d'identifier d'autres facteurs à la faible utilisation des centres de santé au Burkina.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La santé constitue un des secteurs prioritaires pour le Burkina Faso. Le gouvernement, à travers une politique sanitaire nationale dont l'objectif général est l'amélioration de l'état de santé des populations, a adopté les soins de santé primaires comme stratégie de base.

Malgré cette volonté de rendre les soins accessibles à toute la population, la situation demeure préoccupante compte tenu d'une part de la pauvreté et de l'environnement sanitaire insalubre des populations, de la sous-nutrition et des facteurs socioculturels, et d'autre part de l'insuffisance d'infrastructures, de personnel et de moyens financiers de l'Etat pour répondre aux besoins de santé.

L'analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages de 1998 fait apparaître un environnement sanitaire des populations influencé fortement par le niveau de vie : les ménages pauvres et intermédiaires ont recours au tas d'immondice individuel et à la rue comme mode d'évacuation des ordures, utilisent les latrines ordinaires et la nature comme lieu d'aisance, et s'approvisionnent en eau peu potable. D'où la nécessité d'intensifier les actions d'éducation et de sensibilisation des populations en matière d'hygiène surtout en milieu rural. Les efforts d'amélioration de l'accès à l'eau potable doivent y être également poursuivis.

Les épisodes de diarrhées des moins de 5 ans sont favorisés par l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation qui sont le plus souvent des conséquences de la malnutrition. D'où le besoin de campagnes de sensibilisation sur la nutrition à l'endroit des femmes; aussi des programmes de soutien alimentaire peuvent être développés à l'endroit des plus démunis.

Les ménages dans leur grande majorité déclarent utiliser les services de santé. Cependant très peu de malades les fréquentent compte tenu des difficultés d'accessibilité géographique et financière. Si le temps mis pour se rendre au centre de santé le plus proche est la variable la plus déterminante dans la consultation médicale compte tenu des longues distances à parcourir et du manque de moyens de déplacement rapides, les difficultés d'accessibilité financière (manque d'argent, cherté des services) constituent pour les pauvres, la première raison de non consultation et la première difficulté d'accessibilité des services de santé. Au vu de ces difficultés, une meilleure répartition des services de santé sur le territoire pourrait constituer un avantage.

Cependant, il reste affiché que c'est avec une véritable politique d'élévation du niveau de vie que les populations pourront se prendre en charge et participer au fonctionnement des formations sanitaires comme le recommande l'initiative de Bamako.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Institut National de la Statistique et de la Démographie. **Analyse des résultats de l'enquête prioritaire II sur les conditions de vie des ménages 1998**, Ouagadougou,
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. **Profil et évolution de la pauvreté au Burkina Faso**, Ouagadougou, mars 2000
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. **Enquête Démographique et de Santé 1998**, Ouagadougou,
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. **Pauvreté et Santé au Burkina Faso**, Ouagadougou, mars 1997
- Lachaud, J.-P. **Pauvreté, vulnérabilité et marché du travail au Burkina Faso**, Ministère de l'Economie et des Finances, février 1997
- Ministère de l'économie et des Finances. **Revue des dépenses publiques secteur santé (1996-1999)**, Ouagadougou, Ministère des Finances et du Budget, mars 2000
- Ministère de la Santé : **Document d'analyse de la situation sanitaire nationale**
- Ministère de la Santé : **Document de politique sanitaire nationale**, septembre 2000
- Ministère de la Santé : **Plan national de développement sanitaire 2001-2010**
- Ministère de la Santé : **Pauvreté et santé : Progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté**. Août 2001
- Ministère de l'Economie et des Finances : **Rapport 5<sup>ème</sup> mission d'évaluation du test sur reformulation des conditionnalités** ; 10-14 Juillet 2000

## ANNEXES

### Annexe 1 :

**Liste des seize (16) variables dichotomiques utilisées dans la procédure de classification « cluster » de SPSS pour éclater le groupe des agriculteurs en trois sous-groupes : agriculteurs progressifs, agriculteurs de subsistance et éleveurs.**

<b>Variables dichotomiques</b>	<b>N</b>	<b>Sum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>
NOBOEUF ( aucun bœufs)	5864	2411	0,41	0,49
UNQUATRB (1 à 4 bœufs)	5864	1385	0,24	0,42
PLUQUATB (plus de 4 bœufs)	5864	2068	0,35	0,48
NOMOUTON (aucun mouton)	5864	1994	0,34	0,47
UNNEUFM (1 à 9 moutons)	5864	1971	0,34	0,47
PLUNEUFM (plus de 9 moutons)	5864	1899	0,32	0,47
NOCHEVRE (aucune chèvre)	5864	1186	0,20	0,40
UNNEUFCH (1 à 9 chèvres)	5864	2525	0,43	0,50
PLUNEUFC (plus de 9 chèvres)	5864	2153	0,37	0,48
VENOFCOM (vente office de commercialisation)	5864	467	0,08	0,27
USENGRAI (usage d'engrais)	5857	1775	0,30	0,46
OBCREDIT (obtention de crédit)	5857	1031	0,18	0,38
NBEMPL (nombre d'employés au moins égal à 5 personnes)	5864	549	0,09	0,29
AGRIRENT (revenu provient à +50% de cultures de rente)	5864	948	0,16	0,37
AGRIVIVR (revenu provient à +50% de cultures vivrières)	5864	674	0,11	0,32
ELEVAGE (revenu provient à +50% de l'élevage)	5864	2082	0,36	0,48
Valid N (listwise)	5857			

**Annexe2 :**  
**Résultats de la régression logistique d'explication de la fréquentation  
des services de santé**

Variables explicatives	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
DPSANTE	0	0	15973,245	1	0	1
STATUT			2282,432	9	0	
STATUT(1)	0,645	0,016	1626,989	1	0	1,906
STATUT(2)	0,474	0,019	624,514	1	0	1,607
STATUT(3)	0,603	0,022	778,842	1	0	1,827
STATUT(4)	0,347	0,017	434,122	1	0	1,415
STATUT(5)	0,59	0,015	1545,838	1	0	1,804
STATUT(6)	0,509	0,014	1251,966	1	0	1,664
STATUT(7)	0,456	0,015	962,525	1	0	1,578
STATUT(8)	0,254	0,032	61,845	1	0	1,29
STATUT(9)	0,49	0,024	418,816	1	0	1,632
REGION			8787,031	9	0	
REGION(1)	-0,181	0,012	216,083	1	0	0,834
REGION(2)	-0,353	0,014	631,067	1	0	0,702
REGION(3)	-0,645	0,017	1456,618	1	0	0,525
REGION(4)	-0,06	0,014	19,739	1	0	0,942
REGION(5)	-0,299	0,015	378,887	1	0	0,741
REGION(6)	0,026	0,015	3	1	0,083	1,026
REGION(7)	-0,221	0,013	298,036	1	0	0,802
REGION(8)	0,313	0,012	707,615	1	0	1,367
REGION(9)	0,08	0,015	27,951	1	0	1,084
TEMPS			4032,112	5	0	
TEMPS(1)	1,326	0,086	240,184	1	0	3,766
TEMPS(2)	1,113	0,086	169,132	1	0	3,042
TEMPS(3)	1,025	0,086	143,305	1	0	2,788
TEMPS(4)	0,761	0,086	78,583	1	0	2,141
TEMPS(5)	0,706	0,087	66,24	1	0	2,026
MOYEN			894,469	5	0	
MOYEN(1)	-0,202	0,054	14,16	1	0	0,817
MOYEN(2)	-0,321	0,054	35,595	1	0	0,726
MOYEN(3)	-0,231	0,055	17,815	1	0	0,794
MOYEN(4)	-0,651	0,06	118,569	1	0	0,521
MOYEN(5)	-0,537	0,056	92,613	1	0	0,585
NIV_VIE			4516,04	2	0	
NIV_VIE(1)	-0,46	0,007	4373,178	1	0	0,631
NIV_VIE(2)	-0,29	0,007	1696,295	1	0	0,749
SEXE(1)	-0,066	0,005	158,914	1	0	0,936
AGE	-0,003	0	529,507	1	0	0,997
Constant	-1,757	0,103	292,713	1	0	0,173

NB. La dernière modalité de chaque variable a été prise comme base. Son coefficient B est égal à l'opposé de la somme des coefficients des autres modalités.

### Annexe 3 :

## Résultats de l'analyse de la variance du taux de morbidité par le niveau de vie et le mode d'approvisionnement en eau du ménage (milieu urbain seulement)

#### Between-Subjects Factors

	Value	Label	N
niveau de vie	1,00	pauvres	32420
	2,00	intermediaires	43790
	3,00	non pauvres	239663
mode d'appr. en eau de boisson	1,00	rivière, cours d'eau, lacs	1420
	2,00	puits ordinaires	43377
	3,00	puits busés	8510
	4,00	forages	19903
	5,00	fontaine	167390
	6,00	robinet intérieur propre	50459
	7,00	robinet intérieur partagé	24109
	8,00	autres	705

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: TAUXMORB

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	3638784,331 <sup>a</sup>	22	165399,288	324,750	,000	,022
Intercept	2844450,901	1	2844450,901	5584,875	,000	,017
NIVVIE	571985,837	2	285992,918	561,527	,000	,004
WATER	380706,477	7	54386,640	106,784	,000	,002
NIVVIE * WATER	555258,638	13	42712,203	83,862	,000	,003
Error	160866600	315850	509,313			
Total	220484840	315873				
Corrected Total	164505384	315872				

a. R Squared = ,022 (Adjusted R Squared = ,022)

## Estimated Marginal Means

### 1. niveau de vie

Dependent Variable: TAUXMORB

niveau de vie	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
pauvres	7,276 <sup>a</sup>	,270	6,746	7,805
intermediaires	11,265 <sup>a</sup>	,315	10,648	11,882
non pauvres	18,407 <sup>a</sup>	,170	18,073	18,741

a. Based on modified population marginal mean.

## 2. mode d'appr. en eau de boisson

Dependent Variable: TAUXMORB

mode d'appr. en eau de boisson	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
rivière,	21,384	,620	20,168	22,599
puits or	10,767	,129	10,513	11,021
puits bu	8,282	,391	7,515	9,048
forage	12,202	,169	11,871	12,532
fontaine	9,659	,080	9,502	9,816
robinet	12,969	,193	12,590	13,348
robinet	9,095	,431	8,250	9,940
autres	17,616 <sup>a</sup>	1,057	15,544	19,687

a. Based on modified population marginal mean.

## 3. niveau de vie \* mode d'appr. en eau de boisson

Dependent Variable: TAUXMORB

niveau de vie	mode d'appr. en eau de boisson	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
pauvres	rivière,	6,948	1,172	4,652	9,245
	puits or	7,238	,250	6,747	7,728
	puits bu	4,638	,890	2,893	6,382
	forage	7,772	,322	7,142	8,403
	fontaine	6,332	,181	5,977	6,686
	robinet	14,507	,473	13,579	15,434
	robinet	3,495	,994	1,546	5,444
	autres	, <sup>a</sup>	,	,	,
intermediaires	rivière,	37,720 <sup>b</sup>	1,149	35,469	39,972
	puits or	10,063 <sup>b</sup>	,265	9,544	10,581
	puits bu	6,272 <sup>b</sup>	,714	4,872	7,672
	forage	9,636 <sup>b</sup>	,318	9,012	10,260
	fontaine	7,977 <sup>b</sup>	,145	7,692	8,261
	robinet	10,401 <sup>b</sup>	,318	9,779	11,024
	robinet	8,051 <sup>b</sup>	,814	6,456	9,646
	autres	8,384E-13 <sup>b</sup>	1,887	-3,699	3,699
non pauvres	rivière,	19,482 <sup>b</sup>	,876	17,764	21,200
	puits or	15,000 <sup>b</sup>	,135	14,735	15,264
	puits bu	13,936 <sup>b</sup>	,272	13,402	14,469
	forage	19,197 <sup>b</sup>	,226	18,754	19,640
	fontaine	14,670 <sup>b</sup>	,063	14,546	14,793
	robinet	14,000 <sup>b</sup>	,109	13,787	14,213
	robinet	15,739 <sup>b</sup>	,149	15,446	16,032
	autres	35,231 <sup>b</sup>	,952	33,365	37,097

a. This level combination of factors is not observed, thus the corresponding population marginal mean is not estimable.

b. Based on modified population marginal mean.

#### Annexe 4 :

### Résultats de l'analyse de la variance du taux de morbidité par le niveau de vie et la région économique du ménage (milieu urbain et milieu rural )

#### Between-Subjects Factors

		Value Label	N
niveau de vie	1,00	pauvres	482640
	2,00	intermediaires	335738
	3,00	non pauvres	580587
région économique	1,00	ouest	177395
	2,00	nord-ouest	130251
	3,00	sahel	96384
	4,00	est	118820
	5,00	sud-ouest	66580
	6,00	centre nord	127940
	7,00	centre -ouest	128729
	8,00	centre	324366
	9,00	nord	99826
	10,00	centre-est	128674

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: TAUXMORB

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	22048194,5 <sup>a</sup>	29	760282,570	2497,666	,000	,049
Intercept	92816078,9	1	92816078,93	304917,6	,000	,179
NIVVIE	13988252,8	2	6994126,376	22976,971	,000	,032
G1	1993242,824	9	221471,425	727,574	,000	,005
NIVVIE * G1	1168329,088	18	64907,172	213,232	,000	,003
Error	425831950	1398935	304,397			
Total	575468862	1398965				
Corrected Total	447880144	1398964				

a. R Squared = ,049 (Adjusted R Squared = ,049)

### Estimated Marginal Means

#### 1. niveau de vie

Dependent Variable: TAUXMORB

niveau de vie	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
pauvres	5,600	,026	5,549	5,652
intermediaires	7,985	,031	7,923	8,046
non pauvres	13,544	,027	13,491	13,596

## 2. région économique

Dependent Variable: TAUXMORB

région économique	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ouest	9,817	,045	9,729	9,906
nord-oue	8,659	,049	8,563	8,755
sahel	7,460	,057	7,348	7,572
est	9,719	,051	9,619	9,819
sud-oues	11,272	,068	11,139	11,406
centre n	8,685	,049	8,588	8,781
centre -	10,560	,050	10,462	10,658
centre	9,634	,034	9,568	9,700
nord	5,986	,057	5,874	6,098
centre-e	8,638	,050	8,539	8,736

## 3. niveau de vie \* région économique

Dependent Variable: TAUXMORB

niveau de vie	région économique	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
pauvres	ouest	6,483	,084	6,318	6,649
	nord-oue	4,876	,076	4,726	5,025
	sahel	5,880	,098	5,688	6,073
	est	7,799	,082	7,638	7,960
	sud-oues	7,091	,112	6,872	7,310
	centre n	4,383	,077	4,233	4,534
	centre -	5,603	,084	5,439	5,767
	centre	6,347	,059	6,230	6,463
	nord	3,593	,081	3,434	3,752
	centre-e	3,950	,072	3,809	4,090
intermediaires	ouest	8,380	,090	8,203	8,557
	nord-oue	8,239	,094	8,054	8,424
	sahel	6,358	,110	6,142	6,573
	est	8,190	,097	8,000	8,380
	sud-oues	8,416	,127	8,166	8,666
	centre n	8,433	,089	8,259	8,608
	centre -	9,509	,099	9,315	9,704
	centre	8,786	,071	8,647	8,925
	nord	5,263	,108	5,051	5,475
	centre-e	8,274	,097	8,084	8,465
non pauvres	ouest	14,588	,056	14,478	14,697
	nord-oue	12,862	,083	12,699	13,025
	sahel	10,142	,088	9,971	10,314
	est	13,169	,086	13,001	13,338
	sud-oues	18,310	,114	18,086	18,534
	centre n	13,237	,089	13,062	13,413
	centre -	16,568	,075	16,421	16,714
	centre	13,770	,041	13,689	13,851
	nord	9,101	,105	8,895	9,308
	centre-e	13,689	,090	13,512	13,865

**Annexe5 :**  
**Résultats des régressions logistiques d'explication de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de 6 à 59 mois**

**Résultats de la régression logistique d'explication de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 6 à 59 mois**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
<sup>a</sup> NIVEAU			7,107	2	,029			
NIVEAU(1)	,160	,092	3,067	1	,080	1,174	,981	1,405
NIVEAU(2)	,273	,103	7,036	1	,008	1,314	1,074	1,608
MEREDUC			28,481	2	,000			
MEREDUC(1)	,818	,207	15,536	1	,000	2,266	1,509	3,402
MEREDUC(2)	,150	,254	,346	1	,557	1,161	,705	1,912
TAILLE	,106	,008	193,036	1	,000	1,111	1,095	1,128
POIDSENF	-,072	,003	447,689	1	,000	,931	,924	,937
SEXE(1)	,230	,073	9,866	1	,002	1,258	1,090	1,452
DIARRHEE(1)	,407	,081	24,970	1	,000	1,502	1,280	1,761
CMHANDI(1)	-,605	,695	,758	1	,384	,546	,140	2,131
Constant	-2,094	,811	6,662	1	,010	,123		

a. Variable(s) entered on step 1: NIVEAU, MEREDUC, TAILLE, POIDSENF, SEXE, DIARRHEE, CMHANDI.



**Résultats de la régression logistique d'explication du retard de croissance**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
<sup>a</sup> NIVEAU			5,888	2	,053			
NIVEAU(1)	,180	,087	4,219	1	,040	1,197	1,008	1,420
NIVEAU(2)	,218	,097	5,033	1	,025	1,243	1,028	1,504
MEREDUC			38,829	2	,000			
MEREDUC (1)	1,169	,225	27,075	1	,000	3,219	2,073	5,001
MEREDUC (2)	,554	,264	4,393	1	,036	1,740	1,037	2,920
TAILLE	-,086	,007	158,916	1	,000	,918	,905	,930
POIDSENF	,013	,003	22,191	1	,000	1,013	1,007	1,018
SEXE(1)	,170	,069	6,071	1	,014	1,185	1,035	1,357
DIARRHEE (1)	,284	,080	12,782	1	,000	1,329	1,137	1,553
CMHANDI(1)	-,375	,681	,304	1	,582	,687	,181	2,610
G1			37,333	9	,000			
G1(1)	-,272	,164	2,731	1	,098	,762	,552	1,052
G1(2)	-,436	,169	6,651	1	,010	,647	,465	,901
G1(3)	,171	,187	,837	1	,360	1,186	,823	1,710
G1(4)	-,112	,177	,398	1	,528	,894	,632	1,265
G1(5)	,223	,205	1,186	1	,276	1,250	,837	1,866
G1(6)	-,362	,193	3,511	1	,061	,697	,477	1,017
G1(7)	-,517	,181	8,137	1	,004	,597	,418	,851
G1(8)	-,113	,161	,496	1	,481	,893	,652	1,224
G1(9)	-,067	,171	,153	1	,696	,935	,669	1,308
Constant	4,617	,809	32,580	1	,000	101,21		

a. Variable(s) entered on step 1: NIVEAU, MEREDUC, TAILLE, POIDSENF, SEXE, DIARRHEE, CMHANDI, G1.

**Résultats de la régression logistique d'explication de l'émaciation chez les enfants de 6 à 59 mois**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
<sup>a</sup> NIVEAU			3,838	2	,147			
NIVEAU(1)	-,164	,116	1,985	1	,159	,849	,675	1,066
NIVEAU(2)	,040	,127	,102	1	,749	1,041	,812	1,335
MEREDUC			1,218	2	,544			
MEREDUC(1)	-,249	,226	1,213	1	,271	,780	,501	1,214
MEREDUC(2)	-,206	,277	,551	1	,458	,814	,473	1,401
TAILLE	,257	,011	508,21	1	,000	1,292	1,264	1,322
POIDSENF	-,096	,005	444,43	1	,000	,908	,900	,916
SEXE(1)	,162	,091	3,147	1	,076	1,176	,983	1,406
DIARRHEE(1)	,294	,103	8,099	1	,004	1,342	1,096	1,643
CMHANDI(1)	-1,987	,712	7,791	1	,005	,137	,034	,553
G1			15,538	9	,077			
G1(1)	,009	,211	,002	1	,964	1,009	,668	1,526
G1(2)	-,087	,212	,167	1	,683	,917	,605	1,390
G1(3)	-,423	,260	2,655	1	,103	,655	,394	1,090
G1(4)	,430	,218	3,900	1	,048	1,537	1,003	2,356
G1(5)	,142	,268	,280	1	,597	1,152	,682	1,948
G1(6)	,003	,249	,000	1	,992	1,003	,615	1,635
G1(7)	,084	,224	,143	1	,706	1,088	,702	1,687
G1(8)	,034	,202	,029	1	,865	1,035	,696	1,539
G1(9)	-,031	,220	,020	1	,889	,970	,630	1,493
Constant	-10,705	,936	130,82	1	,000	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: NIVEAU, MEREDUC, TAILLE, POIDSENF, SEXE, DIARRHEE, CMHANDI, G1.

**Annexe 6 :**  
**Tableaux donnant l'état nutritionnel en fonction du groupe d'âge, du sexe, du niveau de vie et de la région économique.**

**Groupe d'âge \* insuffisance ponderale Crosstabulation**

			insuffisance ponderale		Total
			0	1	
Groupe d'âge	6-11 moi	Count	58156	28041	86197
		% within Groupe d'âge	67,5%	32,5%	100,0%
	12-23 mo	Count	80638	78083	158721
		% within Groupe d'âge	50,8%	49,2%	100,0%
	24-47 mo	Count	213143	145085	358228
		% within Groupe d'âge	59,5%	40,5%	100,0%
	48-59 mo	Count	92616	49327	141943
		% within Groupe d'âge	65,2%	34,8%	100,0%
Total	Count		444553	300536	745089
	% within Groupe d'âge		59,7%	40,3%	100,0%

**Groupe d'âge \* retard de croissance Crosstabulation**

			retard de croissance		Total
			0	1	
Groupe d'âge	6-11 moi	Count	64102	22094	86196
		% within Groupe d'âge	74,4%	25,6%	100,0%
	12-23 mo	Count	77243	81478	158721
		% within Groupe d'âge	48,7%	51,3%	100,0%
	24-47 mo	Count	200283	157946	358229
		% within Groupe d'âge	55,9%	44,1%	100,0%
	48-59 mo	Count	79385	62558	141943
		% within Groupe d'âge	55,9%	44,1%	100,0%
Total	Count		421013	324076	745089
	% within Groupe d'âge		56,5%	43,5%	100,0%

**Groupe d'âge \* emaciation Crosstabulation**

			emaciation		Total
			0	1	
Groupe d'âge	6-11 moi	Count	71877	14319	86196
		% within Groupe d'âge	83,4%	16,6%	100,0%
	12-23 mo	Count	126526	32194	158720
		% within Groupe d'âge	79,7%	20,3%	100,0%
	24-47 mo	Count	300136	58093	358229
		% within Groupe d'âge	83,8%	16,2%	100,0%
	48-59 mo	Count	102432	39511	141943
		% within Groupe d'âge	72,2%	27,8%	100,0%
Total	Count		600971	144117	745088
	% within Groupe d'âge		80,7%	19,3%	100,0%

**Sexe \* insuffisance ponderale Crosstabulation**

			insuffisance ponderale		Total
			0	1	
Sexe	Masculin	Count	235217	159141	394358
		% within Sexe	59,6%	40,4%	100,0%
	Féminin	Count	218396	143079	361475
		% within Sexe	60,4%	39,6%	100,0%
Total		Count	453613	302220	755833
		% within Sexe	60,0%	40,0%	100,0%

**Sexe \* retard de croissance Crosstabulation**

			retard de croissance		Total
			0	1	
Sexe	Masculin	Count	218163	176194	394357
		% within Sexe	55,3%	44,7%	100,0%
	Féminin	Count	211607	149868	361475
		% within Sexe	58,5%	41,5%	100,0%
Total		Count	429770	326062	755832
		% within Sexe	56,9%	43,1%	100,0%

**Sexe \* emaciation Crosstabulation**

			emaciation		Total
			0	1	
Sexe	Masculin	Count	316435	77922	394357
		% within Sexe	80,2%	19,8%	100,0%
	Féminin	Count	293036	68439	361475
		% within Sexe	81,1%	18,9%	100,0%
Total		Count	609471	146361	755832
		% within Sexe	80,6%	19,4%	100,0%

**NIVEAU \* insuffisance ponderale Crosstabulation**

			insuffisance ponderale		Total
			0	1	
NIVEAU	Pauvres	Count	214065	141902	355967
		% within NIVEAU	60,1%	39,9%	100,0%
	Intermédi	Count	104817	84321	189138
		% within NIVEAU	55,4%	44,6%	100,0%
	Non Pauv	Count	134731	75997	210728
		% within NIVEAU	63,9%	36,1%	100,0%
Total		Count	453613	302220	755833
		% within NIVEAU	60,0%	40,0%	100,0%

**NIVEAU \* retard de croissance Crosstabulation**

			retard de croissance		Total
			0	1	
NIVEAU	Pauvres	Count	196903	159063	355966
		% within NIVEAU	55,3%	44,7%	100,0%
	Interméd	Count	101428	87710	189138
		% within NIVEAU	53,6%	46,4%	100,0%
	Non Pauv	Count	131439	79289	210728
		% within NIVEAU	62,4%	37,6%	100,0%
Total		Count	429770	326062	755832
		% within NIVEAU	56,9%	43,1%	100,0%

**NIVEAU \* emaciation Crosstabulation**

			emaciation		Total
			0	1	
NIVEAU	Pauvres	Count	295136	60830	355966
		% within NIVEAU	82,9%	17,1%	100,0%
	Interméd	Count	150846	38293	189139
		% within NIVEAU	79,8%	20,2%	100,0%
	Non Pauv	Count	163490	47239	210729
		% within NIVEAU	77,6%	22,4%	100,0%
Total		Count	609472	146362	755834
		% within NIVEAU	80,6%	19,4%	100,0%

**Région économique \* insuffisance ponderale Crosstabulation**

			insuffisance ponderale		Total
			0	1	
Région économique	Ouest	Count	68345	38366	106711
		% within Région économique	64,0%	36,0%	100,0%
	Nord-Oue	Count	49609	29093	78702
		% within Région économique	63,0%	37,0%	100,0%
	Sahel	Count	25300	24960	50260
		% within Région économique	50,3%	49,7%	100,0%
	Est	Count	41497	36805	78302
		% within Région économique	53,0%	47,0%	100,0%
	Sud-Oues	Count	15701	11991	27692
		% within Région économique	56,7%	43,3%	100,0%
	Centre n	Count	37295	22469	59764
		% within Région économique	62,4%	37,6%	100,0%
	Centre -	Count	54077	29059	83136
		% within Région économique	65,0%	35,0%	100,0%
	Centre	Count	89122	48099	137221
		% within Région économique	64,9%	35,1%	100,0%
	Nord	Count	45415	29790	75205
		% within Région économique	60,4%	39,6%	100,0%
	Centre-E	Count	27253	31590	58843
		% within Région économique	46,3%	53,7%	100,0%
Total		Count	453614	302222	755836
		% within Région économique	60,0%	40,0%	100,0%

**Région économique \* retard de croissance Crosstabulation**

			retard de croissance		Total
			0	1	
Région économique	Ouest	Count	60645	46066	106711
		% within Région économique	56,8%	43,2%	100,0%
	Nord-Oue	Count	49101	29601	78702
		% within Région économique	62,4%	37,6%	100,0%
	Sahel	Count	22588	27673	50261
		% within Région économique	44,9%	55,1%	100,0%
	Est	Count	43845	34456	78301
		% within Région économique	56,0%	44,0%	100,0%
	Sud-Oues	Count	13230	14461	27691
		% within Région économique	47,8%	52,2%	100,0%
	Centre n	Count	35731	24033	59764
		% within Région économique	59,8%	40,2%	100,0%
	Centre -	Count	52578	30558	83136
		% within Région économique	63,2%	36,8%	100,0%
Centre	Count	78130	59090	137220	
	% within Région économique	56,9%	43,1%	100,0%	
Nord	Count	42238	32966	75204	
	% within Région économique	56,2%	43,8%	100,0%	
Centre-E	Count	31683	27159	58842	
	% within Région économique	53,8%	46,2%	100,0%	
Total	Count	429769	326063	755832	
	% within Région économique	56,9%	43,1%	100,0%	

**Région économique \* emaciation Crosstabulation**

			emaciation		Total
			0	1	
Région économique	Ouest	Count	89613	17097	106710
		% within Région économique	84,0%	16,0%	100,0%
	Nord-Oue	Count	65290	13411	78701
		% within Région économique	83,0%	17,0%	100,0%
	Sahel	Count	43907	6353	50260
		% within Région économique	87,4%	12,6%	100,0%
	Est	Count	59042	19259	78301
		% within Région économique	75,4%	24,6%	100,0%
	Sud-Oues	Count	22729	4963	27692
		% within Région économique	82,1%	17,9%	100,0%
	Centre n	Count	49517	10248	59765
		% within Région économique	82,9%	17,1%	100,0%
	Centre -	Count	66198	16938	83136
		% within Région économique	79,6%	20,4%	100,0%
	Centre	Count	108226	28995	137221
		% within Région économique	78,9%	21,1%	100,0%
	Nord	Count	62083	13122	75205
		% within Région économique	82,6%	17,4%	100,0%
	Centre-E	Count	42867	15975	58842
		% within Région économique	72,9%	27,1%	100,0%
Total		Count	609472	146361	755833
		% within Région économique	80,6%	19,4%	100,0%



**Annexe 7:  
Autres tableaux**

Tableau A1 : Répartition des personnes malades ayant consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon le niveau de vie et la première personne consultée

	Personne consultée											
	Guéris.trad./Marabout	Médecin privé	Pharmacien privé	Infirmier privé	CHN	CHR	CMA/CM	CSPS	Privé / ONG	Autres	Non déclarés	Total
NIVEAU												
Pauvres	7464,9	295,5	324,0	368,6	902,3	938,9	7213,1	47889,4	1556,3	1811,2	576,8	69341,0
%ligne	10,8	0,4	0,5	0,5	1,3	1,4	10,4	69,1	2,2	2,6	0,8	100,0
Intermédiaires	8595,4	361,4		401,5	720,2	2497,1	8688,1	42594,0	2630,7	1002,1	264,5	67754,9
%ligne	12,7	0,5		0,6	1,1	3,7	12,8	62,9	3,9	1,5	0,4	100,0
Non Pauvres	10684,8	8548,8	939,4	3623,9	9510,7	12713,6	24395,3	85983,1	4620,2	7051,6	741,0	168812,2
%ligne	6,3	5,1	0,6	2,1	5,6	7,5	14,5	50,9	2,7	4,2	0,4	100,0
Total	26745,1	9205,7	1263,3	4394,0	11133,1	16149,6	40296,5	176466,5	8807,3	9864,8	1582,3	305908,1
%ligne	8,7	3,0	0,4	1,4	3,6	5,3	13,2	57,7	2,9	3,2	0,5	100,0

Tableau A2 : Répartition des personnes malades ayant consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon le niveau de vie et la dernière personne consultée

	Personne consultée											
	Guéris.trad./Marabout	Médecin privé	Pharmacien privé	Infirmier privé	CHN	CHR	CMA/CM	CSPS	Privé / ONG	Autres	Non déclarés	Total
NIVEAU												
Pauvres	7004,6	186,2	104,3	257,9	1157,0	1244,7	5779,5	38773,9	1062,7	1592,8	1099,0	58262,7
%ligne	12,0	0,3	0,2	0,4	2,0	2,1	9,9	66,6	1,8	2,7	1,9	100,0
Intermédiaires	7375,6	143,2		625,1	596,9	2245,0	6308,8	32052,2	2296,6	675,6	3681,4	56000,4
%ligne	13,2	0,3		1,1	1,1	4,0	11,3	57,2	4,1	1,2	6,6	100,0
Non Pauvres	9944,5	3335,7	121,7	2296,1	7463,7	10524,1	13609,4	65621,4	3477,8	5038,8	11332,6	132765,8
%ligne	7,5	2,5	0,1	1,7	5,6	7,9	10,3	49,4	2,6	3,8	8,5	100,0
Total	24324,7	3665,1	226,0	3179,2	9217,7	14013,7	25697,6	136447,5	6837,2	7307,1	16113,1	247028,8
%ligne	9,8	1,5	0,1	1,3	3,7	5,7	10,4	55,2	2,8	3,0	6,5	100,0

Tableau A3: Répartition des personnes pauvres tombées malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépense en consultation

	Montant de la consultation					Total
	0	1-500	501-1000	1001-2000	2001-3000	
Région économique						
Ouest	3549	2917	456	609		7531
%ligne	47,1	38,7	6,1	8,1		100,0
Nord-Ouest	1404	2620	600	196	82	4902
%ligne	28,6	53,5	12,2	4,0	1,7	100,0
Sahel	1086	892				1978
%ligne	54,9	45,1				100,0
Est	6455	2071	546			9072
%ligne	71,2	22,8	6,0			100,0
Sud-Ouest	1072	610	205	121		2008
%ligne	53,4	30,4	10,2	6,0		100,0
Centre Nord	4035	530				4565
%ligne	88,4	11,6				100,0
Centre -Ouest	5107	2656		168		7931
%ligne	64,4	33,5		2,1		100,0
Centre	10948	1804		297		13048
%ligne	83,9	13,8		2,3		100,0
Nord	4183	709	334			5226
%ligne	80,0	13,6	6,4			100,0
Centre-Est	3926	194				4119
%ligne	95,3	4,7				100,0
Total	41763	15002	2141	1390	82	60379
%ligne	69,2	24,8	3,5	2,3	0,1	100,0

Tableau A4: Répartition des personnes pauvres tombées malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépense en analyses médicales

Montant des analyses							
	0	1-500	501-1000	1001-2000	5001-10000	20000 et +	Total
Région économique							
Ouest	6759	141		518	113		7531
%ligne	89,7	1,9		6,9	1,5		100,0
Nord-Ouest	4421	110				371	4902
%ligne	90,2	2,2				7,6	100,0
Sahel	1843						1843
%ligne	100,0						100,0
Est	8103						8103
%ligne	100,0						100,0
Sud-Ouest	2008						2008
%ligne	100,0						100,0
Centre Nord	4565						4565
%ligne	100,0						100,0
Centre -Ouest	7447	242					7689
%ligne	96,9	3,1					100,0
Centre	12336	135			98		12570
%ligne	98,1	1,1			0,8		100,0
Nord	4539	527		159			5226
%ligne	86,9	10,1		3,1			100,0
Centre-Est	3496		430				3926
%ligne	89,1		10,9				100,0
Total	55517	1155	430	677	212	371	58362
%ligne	95,1	2,0	0,7	1,2	0,4	0,6	100,0

Tableau A5: Répartition des personnes pauvres tombées malades et ayant consulté un service de santé au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépense en médicaments

		Dépenses en médicaments									Total
		0	1-500	501-1000	1001-2000	2001-3000	3001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	
Région économique											
Ouest	Effectif	336,8	860,7	517,1	904,2	1010,7	1740,2	988,6	1063,8	109,4	7531,5
	%ligne	4,5	11,4	6,9	12,0	13,4	23,1	13,1	14,1	1,5	100,0
Nord-Ouest	Effectif	555,5	645,6	953,3	599,8	552,7	110,0	289,0	884,6	311,0	4901,5
	%ligne	11,3	13,2	19,4	12,2	11,3	2,2	5,9	18,0	6,3	100,0
Sahel	Effectif	431,7	124,0		300,4	555,1	356,6		134,2	75,5	1977,5
	%ligne	21,8	6,3		15,2	28,1	18,0		6,8	3,8	100,0
Est	Effectif	440,9	1439,8	1965,5	2612,3	1031,8	451,9	887,4	242,8		9072,4
	%ligne	4,9	15,9	21,7	28,8	11,4	5,0	9,8	2,7		100,0
Sud-Ouest	Effectif	120,8	200,2	229,8	608,6	353,5	102,5	180,9	211,5		2007,9
	%ligne	6,0	10,0	11,4	30,3	17,6	5,1	9,0	10,5		100,0
Centre Nord	Effectif	453,4	668,6	520,6	868,7	868,6	570,9		831,1		4781,9
	%ligne	9,5	14,0	10,9	18,2	18,2	11,9		17,4		100,0
Centre -Ouest	Effectif	981,7	1377,5	1046,9	3045,4	1399,1			230,8		8081,3
	%ligne	12,1	17,0	13,0	37,7	17,3			2,9		100,0
Centre	Effectif	901,5	2932,5	2245,5	3828,3	1138,1	671,8		689,0	754,5	13161,2
	%ligne	6,8	22,3	17,1	29,1	8,6	5,1		5,2	5,7	100,0
Nord	Effectif	276,2	704,5	276,4	487,2	1051,0	999,1		1272,1	159,5	5226,0
	%ligne	5,3	13,5	5,3	9,3	20,1	19,1		24,3	3,1	100,0
Centre-Est	Effectif	110,5	429,8	923,8	856,8	1520,0	416,2		857,5	181,6	5296,1
	%ligne	2,1	8,1	17,4	16,2	28,7	7,9		16,2	3,4	100,0
Total	Effectif	4608,9	9383,1	8678,9	14111,9	9480,6	5419,2	2345,9	6417,2	1591,5	62037,3
	%ligne	7,4	15,1	14,0	22,7	15,3	8,7	3,8	10,3	2,6	100,0

Tableau A6: Répartition des personnes qui sont tombées malades et n'ayant pas consulté au cours du mois ayant précédé l'enquête selon la raison de non consultation le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Raison de non consultation								Total
	Eloignement	Pas d'argent	Coût élevé	Pas grave/bénin	Automédication	Mauvais accueil	Mauvaise qualité	Autres	
Sans niveau	14200	57060	13054	64389	83086	378	1205	22734	256106
%ligne	5,5	22,3	5,1	25,1	32,4	0,1	0,5	8,9	100,0
Primaire	444,9	5135,5	1880,4	14743,7	16318,2		111,8	4109,8	42744,3
%ligne	1,0	12,0	4,4	34,5	38,2		0,3	9,6	100,0
Secondaire 1°Cycle	168,3	1329,4	271,5	3480,2	5565,1			2305,0	13119,4
%ligne	1,3	10,1	2,1	26,5	42,4			17,6	100,0
Secondaire 2°Cycle		225,0	114,4	1323,6	2625,8			871,9	5160,6
%ligne		4,4	2,2	25,6	50,9			16,9	100,0
Supérieur		227,1		1074,0	1348,6			770,3	3420,0
%ligne		6,6		31,4	39,4			22,5	100,0
Prof. avt CEPE		142,7		148,2	215,7				506,6
%ligne		28,2		29,2	42,6				100,0
Prof. après CEPE				132,1	263,9			116,8	512,7
%ligne				25,8	51,5			22,8	100,0
Prof. avt BEPC					731,9				731,9
%ligne					100,0				100,0
Non déclarés	4006,4	19909,7	5478,1	37688,6	33050,4	159,9	456,3	6704,6	107453,9
%ligne	3,7	18,5	5,1	35,1	30,8	0,1	0,4	6,2	100,0
Total	18819,3	84029,5	20798,6	122979,0	143205,8	538,0	1773,0	37611,9	429755,1
%ligne	4,4	19,6	4,8	28,6	33,3	0,1	0,4	8,8	100,0
%colonne	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0