

Ministère de l'Economie
et des Finances

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

Institut National de la Statistique et de la Démographie

(I.N.S.D)

PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AUX
DIMENSIONS SOCIALES DE L'AJUSTEMENT

Etudes spécifiques approfondies des
données de L'Enquête Prioritaire

PAUVRETE ET SANTE

AU BURKINA FASO

(Rapport Final)

Consultants :

Mme **Salimata OUEDRAOGO** /MCH/ D.E.P.-SANTE
Dr **Alain Dominique ZOUBGA** /MPH/ D.E.P.-SANTE
Mr **Eloi OUEDRAOGO** /ISE / I.N.S.D.-M.E.F

Ouagadougou

Mars 1997

S O M M A I R E

	Page
LISTE DES TABLEAUX-----	4
SIGLES ET ABREVIATION-----	7
RESUME-----	8
1- INTRODUCTION -----	11
2-NOTE METHODOLOGIQUE-----	11
3-LA SITUATION SANITAIRE DU BURKINA FASO-----	14
4-LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE-----	16
5-LES RESSOURCES POUR LA SANTE -----	17
5.1 LES RESSOURCES FINANCIERES-----	17
5.2 LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES-----	18
5.3 LES RESSOURCES HUMAINES-----	20
6-PAUVRETE ET SANTE AU BURKINA FASO-----	20
6.1 ENVIRONNEMENT SANITAIRE-----	20
6.1.1 PRESENTATION DU CADRE DE VIE DES MENAGES BURKINABE-----	20
6.1.1.1 Cadre de vie en milieu rural-----	21
6.1.1.1.1 Evacuation des ordures en milieu rural-----	21
6.1.1.1.2 Le type d'aisance en milieu rural-----	22
6.1.1.1.3 Le mode d'approvisionnement en eau-----	23
6.1.1.1.4 le type de sanitaire en milieu rural-----	24
6.1.1.2 Cadre de vie en milieu urbain-----	25
6.1.1.2.1 Evacuation des ordures en milieu urbain-----	25
6.1.1.2.2 Le type de lieu d'aisance en milieu urbain-----	26
6.1.1.2.3 Le mode d'approvisionnement en eau de boisson en milieu urbain-----	27
6.1.1.2.4 Le type de sanitaire en milieu urbain-----	28
6.1.2 ESSAI DE CARACTERISATION DES MENAGES-----	29

6.1.2.1 Environnement sanitaire, état de santé et caractéristiques socio-économiques des ménages en milieu rural burkinabé-----	29
6.1.2.2 Environnement sanitaire, état de santé et caractéristiques socio-économiques des ménages urbains burkinabé-----	32
6.2 ETAT SANITAIRE DES PAUVRES-----	33
6.2.1 Résultats et commentaires-----	33
6.2.1.1 Morbidité générale-----	33
6.2.1.2 Le handicap des chefs de ménage-----	35
6.2.2 Analyse des résultats -----	36
6.3 SANTE DES ENFANTS-----	37
6.3.1 RESULTATS ET COMMENTAIRES-----	37
6.3.1.1 Les épisodes de diarrhées-----	37
6.3.1.2 Etat nutritionnel des enfants-----	39
6.3.2 Analyse des résultats-----	41
7. ACCES AUX SERVICES DE SANTE PAR LES PAUVRES-----	45
7.1 UTILISATION DE S SERVICES DE SANTE-----	46
7.2 Les obstacles à l'utilisation des centres de santé-----	47
7.1.1 L'accessibilité géographique-----	48
7.1.1.1 Infrastructures-----	48
7.1.1.2 Temps d'accès-----	50
7.1.2 L'accessibilité financière-----	52
7.1.2.1 Consultation-----	52
7.1.2.2 Médicaments-----	54
7.1.3 Autres obstacles-----	54
7.2 LES FACTEURS DETERMINANTS DE LA CONSULTATION-----	55
8. CONCLUSION ET RECOMMANDATION-----	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES-----	62
ANNEXES 0: TABLEAUX-----	63
ANNEXE 1 : Analyse de la variance avec comme variable expliquée le taux de morbidité par ménage et comme variables de classe la région et le niveau de vie-----	72

ANNEXE 2 : Analyse de la variance avec comme variable expliquée le taux de morbidité par ménage et
comme variables de classe le niveau de vie et le mode d’approvisionnement en eau-----77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Indicateurs de santé au Burkina Faso 1992- 1995

Tableau N°1 : suite

Tableau N°2 : Evolution des dépenses budgétaires du secteur de la santé

Tableau N°3 : Evolution annuelle (en %) des dépenses budgétaires du secteur de la santé

Tableau N°4 : Evolution de la structure des dépenses budgétaires du secteur de la santé

Tableau N°5 : Situation des infrastructures de prestation de soins en 1995

Tableau N°6 : Répartition des ménages selon le type de logement et le milieu de résidence

Tableau N°7 : Répartition des ménages ruraux selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie

Tableau N°8 : Répartition des ménages ruraux selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie

Tableau N°9 : Répartition des ménages ruraux selon le mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie

Tableau N°10 : Répartition des ménage ruraux selon le type de sanitaire et le niveau de vie

Tableau N°11 : Répartition des ménages urbains selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie

Tableau N°12 : Répartition des ménages urbains selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie

Tableau N°13 : Répartition des ménages urbains selon le mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie

Tableau N°14 : Répartition des ménages urbains selon le type de sanitaire et le niveau de vie

Tableau N°15 : Taux de morbidité selon la région et le mode d'approvisionnement en eau du ménage

Tableau N°16 : Taux de morbidité selon le niveau de vie et le type de lieu d'aisance du ménage

Tableau N°17 : Répartition des chefs de ménages selon le handicap et le niveau de vie

Tableau N°18 : Taux de prévalence de diarrhée chez les enfants de 0 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°19: Taux de prévalence de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par région sexe et niveau de vie

Tableau N°20 : Taux de prévalence de retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois selon la classe d'âge en mois et la région

Tableau N°21: Coefficients de régression du modèle logistique d'explication de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 59 mois

Tableau N°22 : Coefficients de régression du modèle logistique d'explication du retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois

Tableau N°23 : Coefficients de régression du modèle logistique d'explication de l'émaciation chez les enfants de 0 à 59 mois

Tableau N°24 : Taux d'utilisation des centres de santé par les ménages selon la région et le niveau de vie

Tableau N°25 : Incidence des consultations selon la strate, le sexe et le niveau de vie

Tableau N°26 : 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 par région

Tableau N°26 Bis : 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 et par région

Tableau N°27 : 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° 28 : Répartition des personnes pauvres tombées malades et ayant consulté au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépense en consultation

Tableau N°29 : Coefficients de régression du modèle logistique d'explication de l'utilisation des services de santé par les malades

Tableau N° A23 : Répartition des ménages n'utilisant pas le centre de santé selon la raison ,la région et le niveau de vie

Tableau N° A24 : Répartition par province des consultants selon la distance en 1995

Tableau N° A25 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (pauvres)

Tableau N° A26 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (intermédiaires)

Tableau N° A27 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (non pauvres)

Tableau N° A28 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (Group Total)

Tableau N° A29 : Répartition des personnes tombées malades et ayant consulté au cours de la période de référence selon le type de consultation et la tranche de dépenses en visites médicales (niveau de vie pauvre)

SIGLES ET ABREVIATIONS

EDS 93	: Enquête Démographique et de Santé 1993
CHN	: Centre Hospitalier National
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CMA	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CM	: Centre Médical
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
SONPHARM	: Société Nationale d'Approvisionnement Pharmaceutique
COPHADIS	: Consortium Pharmaceutique de Distribution
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
MEDIFA	: Laboratoire des Médicaments du Faso
U.PHARMA	: Unité Pharmaceutique
SOPAL	: Société de Production d'Alcool
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
SIDA	: Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis

RESUME

L'étude sur la pauvreté et la santé a eu pour objectif de préciser le comportement sanitaire des individus et des ménages en mettant un accent particulier sur celui des pauvres. Ceci dans le but de fournir des informations nécessaires à la prise de décision pour la réduction de la pauvreté. Pour ce faire, la réflexion a été axée sur l'analyse du cadre de vie des ménages, la morbidité, la santé des enfants et l'accès aux soins de santé.

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 mode d'évacuation des ordures, le type de sanitaire, le type de lieu d'aisance et le mode d'approvisionnement en eau des ménages. Si en milieu rural les comportements sont homogènes, en milieu urbain, le niveau de vie conditionne le cadre de vie (83 % de ménages non pauvres ont accès à l'eau courante contre 42 % pour le ménage pauvres; 93 % de ménages non pauvres ont des W-C ou de latrines comme lieu d'aisance alors que 30 % de ménages pauvres utilisent toujours la nature). On peut noter une corrélation positive entre le niveau de vie, le cadre de vie et le statut du travail du chef de ménage aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Les ménages ruraux pauvres localisés principalement dans la région du Nord et du Centre-Nord et constitués principalement de ménages d'agriculteurs de subsistance ou d'éleveurs sont caractérisés par une certaine promiscuité du logement, un faible taux de morbidité et un environnement sanitaire défavorable (la douche sans conduite d'eau est le type de sanitaire utilisé, le tas d'immondice est le mode d'évacuation des ordures, la nature est le type de lieu d'aisance).

Les ménages non pauvres urbains qui sont en majorité des ménages de salariés protégés ou d'indépendants non agricoles évolutifs bénéficient d'un cadre de vie décent avec notamment un logement muni de W-C, de douche avec conduite d'eau, de robinet intérieur, de poubelle pour les ordures avec au moins une pièce à usage d'habitation pour chaque membre du ménage. Le deuxième type de ménage urbain, composé de ménages non pauvres et de ménages intermédiaires bénéficient d'un cadre de vie acceptable. Celui-ci est composé de latrines, de douche sans conduite d'eau ; les ordures sont jetées dans des décharges publiques ; l'approvisionnement en eau de boisson se fait auprès des fontaines publiques. C'est généralement des ménages des salariés non protégés, d'indépendants non agricoles involutifs ou de chômeurs. Le troisième type de ménages urbains, surtout localisés dans la strate Autres - villes et composés surtout de ménages pauvres ont un cadre de vie pas trop décent. Le type de logement est la case, l'approvisionnement en eau potable se fait à partir des forages et des puits, le tas d'immondice est le mode d'évacuation des ordures et la nature est le type de lieu d'aisance. C'est un cadre de vie propre aux ménages d'agriculteurs de subsistance.

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 (proportion des personnes déclarées être tombées malades au cours de la période de référence) est de 16 %. Il est plus élevé pour le milieu urbain que pour le milieu rural. Le taux de morbidité augmente avec le niveau de vie (25 % pour les non pauvres, 17 % pour les intermédiaires et 11 % pour les pauvres). Il est plus élevé pour les ménages s'approvisionnant en eau de boisson dans les robinets et fontaines publiques que pour ceux s'approvisionnant dans les puits et forages.

Il en est de même pour le lieu 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 au ménage urbain et non pauvres. Cette tendance pour les premiers à « étouffer » la maladie relève de raison multiple d'ordre économique, social et culturel.

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

En ce qui concerne la santé infantile, une analyse de l'état de santé des enfants à partir des informations sur les épisodes de diarrhées des enfants de 0 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et une appréciation de la malnutrition protéino-énergétique a été faite à partir des données anthropométriques.

Il s'avère que 26,2 % des enfants issus des ménages pauvres ont eu un ou plusieurs épisodes de diarrhée contre 26,4% dans les ménages intermédiaires et 22 % dans les ménages non pauvres. On observe par ailleurs que le taux de prévalence des diarrhées est plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale pour les enfants pauvres et intermédiaires alors que c'est l'inverse pour les non pauvres. Quel que soit le niveau de vie le taux de prévalence est plus élevé chez les enfants de 12 à 23 mois et le moins élevé chez les enfants de 0 à 5 mois.

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

- 33 % de cas de diarrhée chez les enfants ayant une insuffisance pondérale ;
- 22 % des cas de diarrhée chez les enfants ayant un retard de croissance ;
- 34 % de cas de diarrhée chez les enfants ayant une émaciation.

En considérant le sexe des enfants, les filles semblent plus touchées par les diarrhées quelle que soit la région en milieu rural.

Si on considère la malnutrition protéino-énergétique, on peut noter que le taux de prévalence de l'insuffisance pondéral est de 47 % pour les enfants de moins de 5 ans. Les garçons sont légèrement plus touchés (48 %) que les filles (46 %). Les enfants de 12-23 mois ont le taux le plus élevé (63 %). La différence du taux de prévalence est peu notable entre les pauvres, les intermédiaires et les non pauvres. Les régions les plus touchées sont le Nord et Centre Nord.

Quant à la prévalence du retard de croissance, le taux est de 53 % avec 4 % pour les enfants de 0 à 5 mois et 64 % pour les enfants de 12-23 mois. Les zones rurales sont plus touchées que les zones urbaines et parmi les zones rurales le nord est le plus touché (52 %).

Les enfants souffrant de la sous-nutrition aiguë (émaciation) représentent 18 %. Les enfants de 0-5 mois sont plus touchés (44 %). Les proportions semblent baissées de façon non régulière avec l'augmentation de l'âge des enfants. Les ménages non pauvres sont plus touchés que les ménages pauvres. Parmi les zones rurales, le taux le plus élevé s'observe à l'Ouest (28 %) et le plus bas au Sud/Sud-Est (14 %). Les zones urbaines ont des taux de prévalence plus fortes (28 % à Ouaga-Bobo et 31 % pour autres villes).

On a pu aussi isoler les facteurs déterminants de la survenue de la malnutrition chez les enfants. Le handicap des chefs de ménage, le niveau de vie des ménages (pauvre et intermédiaire), le sexe de l'enfant (garçon), l'absence d'instruction de la mère, le fait d'avoir eu une diarrhée sont des facteurs favorables à la survenue de l'insuffisance pondérale chez les enfants. En outre le fait pour un enfant d'être dans un ménage pauvre, l'absence d'instruction de la mère, les croyances animistes, le fait de résider dans la région Nord ont une influence favorable à la survenue du retard de croissance.

En matière de couverture sanitaire, le Burkina Faso est assez bien couvert ; le rayon moyen d'action des formations sanitaires est de 10,40 km. C'est surtout au Nord et à l'Est que la couverture sanitaire est le plus faible, le taux de fréquentation des formations sanitaires est de 18,17 %.

L'enquête prioritaire fournit une autre mesure de la fréquentation des formations sanitaires. On peut noter que 92 % des ménages déclarent utiliser les centres de santé mais l'incidence de consultation montre que seulement 39 % des malades ont consulté. L'incidence des consultations augmente avec le niveau de vie (28 % pour les pauvres et 54 % pour les non pauvres).

Le centre de santé constitue le premier choix pour la population dans tout le pays ; par ailleurs les malades continuent les soins où ils les ont commencés dans la majorité des cas (plus de 90 %).

Les obstacles à l'utilisation des centres de santé sont de plusieurs ordres (géographique, financière et économique). L'accessibilité géographique ne semble pas constitué un frein à l'utilisation des services de santé car seulement 1,1 % des malades qui n'ont pas consulté le lient au manque d'infrastructure et 4,6% à l'éloignement. Mais le problème se pose plus au Nord et au Centre-Nord où le taux de non-consultation est respectivement de 13% et 9,5 % pour raison de manque d'infrastructure et 8,6 % pour raison d'éloignement au Nord. Concernant les pauvres, c'est encore au Nord du pays que le problème de manque d'infrastructure se pose à eux comme obstacle à la consultation médicale (16,9 % au Nord contre 1,4 % total pauvre).

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

En utilisant la variable temps d'accès, il peut remarquer une certaine proximité des centres de santé. Moins de 47,4% des ménages mettent moins d'une demi-heure pour se rendre à la formation sanitaire et parmi ceux qui vont à pied, plus de la moitié (54,2 %) mettent moins d'une demi-heure. En considérant seulement les pauvres, 66,6 % des ménages sont situés à au plus une heure d'une formation sanitaire.

La barrière financière est plus importante. Ainsi 35 % des pauvres malades n'ont pas consulté pour raison de coût élevé de la consultation. Les médicaments constituent un autre aspect de cette barrière financière ; on note que 38% de personnes malades n'ont pas acheté de médicaments. Ce taux est de 53 % pour les pauvres.

Au-delà de ces deux barrières plusieurs autres facteurs influencent la visite médicale. En empruntant un autre outil d'analyse (régression logistique) on a pu noter que le facteur qui influencent négativement le comportement des individus par rapport à la consultation médicale toutes choses égales par ailleurs sont :

- la pauvreté : le fait d'être pauvre ou d'avoir un niveau de vie intermédiaire ;
- le statut du marché de travail du chef de ménage : le fait d'être dans un ménage dont le chef est un indépendant non-agricole involutif, un chômeur ou un agriculteur ;
- le moyen de déplacement : le fait de se déplacer à pied pour se rendre au centre de santé ;
- la région de résidence : le fait de résider au Nord, au Centre-Nord et dans les villes ;
- l'âge : la probabilité de consulter quand on est malade diminue avec l'âge au Burkina Faso.

1-INTRODUCTION

Depuis l'indépendance du Burkina, des efforts ont été déployés pour l'élévation du niveau de vie de la population à travers l'élaboration et la mise en oeuvre de plans nationaux de développement. En ce qui concerne l'amélioration des ressources humaines, les résultats sont satisfaisants. En matière de santé, on note une augmentation de l'espérance de vie à la naissance, la baisse des taux de mortalité et une couverture sanitaire et vaccinale de plus en plus large. Mais des efforts restent à faire.

Depuis 1991 le Gouvernement du Burkina Faso a mis en place, avec l'aide de la Banque Mondiale et du F.M.I., deux programmes d'ajustement structurel (PAS). Ces programmes ne sont pas sans effet sur les conditions de vie des ménages en général et des pauvres en particulier. C'est pourquoi l'aspect Dimension Sociale de l'Ajustement (DSA) a été développé visant à associer aux mesures du PAS des programmes de lutte contre la pauvreté pour permettre aux différentes couches de la population de participer à la croissance économique.

L'enquête prioritaire réalisée en 1994 a eu pour objet de fournir les 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. L'étude sur le profil de pauvreté au Burkina a révélé que 44,5 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvre. L'étude spécifique Pauvreté et Santé, qui fait l'objet du présent rapport, constitue la suite de l'étude sur le profil de pauvreté. Elle essaie de mieux préciser les comportements sanitaires des pauvres.

Le présent rapport comprend trois parties. L'étude fait d'abord une économie des principaux concepts utilisés et présente la situation sanitaire du Burkina, la politique sanitaire actuelle et les moyens dont dispose le secteur de la santé. Ensuite elle tente d'étudier la situation sanitaire des pauvres à travers une description des conditions sanitaires du cadre de vie, la morbidité, la santé des enfants et l'accès des populations en général et des pauvres en particulier au service de santé.

2-NOTE METHODOLOGIQUE

Avant d'aborder le sujet, il est opportun de préciser certains concepts auxquels il sera fait référence dans le présent rapport. Il s'agit de la classification des individus et des ménages dans l'échelle du niveau de vie en **pauvre**, **intermédiaire** et **non pauvre**. Il s'agit aussi de la définition de groupes socio-économiques sur la base du statut du marché du travail du chef de ménage compte tenu des relations étroites qui existent entre la participation au marché du travail, la pauvreté et la vulnérabilité des individus et des ménages.

L'étude du profil de pauvreté au Burkina Faso¹ a permis de déterminer un seuil de pauvreté au Burkina sur la base des besoins nutritionnels en prenant toutefois en compte les dépenses non-alimentaires. Ce seuil en dessous duquel, l'individu est considéré comme **pauvre** a été estimé à 41.099 FCFA par adulte et par an en fin 1994. Ces individus pauvres occupent le premier palier sur l'échelle du niveau de vie qui en comporte deux autres : les **intermédiaires** et les **non pauvres**. Les intermédiaires ont une dépense moyenne annuelle comprise entre 41.099 FCFA et 98.349,9 FCFA. La borne supérieure correspond au septième décile de la dépense annuelle moyenne qui divise la population en les 70% les plus pauvres et les 30% les plus riches. La catégorie des non pauvres correspond donc aux ménages qui totalisent une dépense moyenne annuelle supérieure à 98.349,9 FCFA et qui représente 30% de la population.

¹ le profil de pauvreté au Burkina Faso, première édition, MEF/INSD, février 1996, 170 pages.

La segmentation du marché du travail qui a été utilisée dans l'analyse est issue des travaux de Monsieur J.P LACHAUD² sur la base des données de l'enquête prioritaire qui s'appuie sur les concepts de protection, de régularité et d'autonomie. Les critères de segmentation s'appuient donc essentiellement sur la protection et le dynamisme, d'où les qualificatifs «évolutif», «involutif», «progressif» et «protégé» utilisés dans la dénomination de certains groupes socio-économiques qui seront spécifiés ci-après.

L'exploitation du fichier de base de l'enquête a permis de stratifier le marché du travail en dix segments homogènes dans la limite des informations disponibles. Cette segmentation tient ainsi compte de la nécessité de fournir des éléments de ciblage pertinents des groupes ou sous-groupes socio-économiques sur lesquelles doivent converger en priorité les actions et programmes de lutte contre la pauvreté. Les salariés ont été ainsi rattachés à deux pôles (protégés et non-protégés); la répartition des agriculteurs en trois classes (agriculteurs progressifs, agriculteurs de subsistance et éleveurs) a été préférée à la distinction agriculteurs de rente et agriculteurs vivriers adoptée dans le cadre de l'étude du profil de pauvreté du Burkina. Enfin les indépendants ont été répartis en deux groupes suivant un critère de dynamisme (indépendants évolutifs et involutifs). La typologie détaillée qui en découle est la suivante :

i- SALARIES PROTEGES : 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. Ce qui leur confère une certaine sécurité dans l'exercice de leur emploi et une régularité de leurs revenus. Toutefois, cette protection ne signifie pas une non-vulnérabilité, 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.

ii- SALARIES NON-PROTEGES : 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. Ce qui signifie une plus grande vulnérabilité par rapport au premier groupe de salariés. 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.

iii- INDEPENDANTS NON AGRICOLES EVOLUTIFS : la taille de l'entreprise en terme d'effectifs des personnes employées est un critère de dynamisme, qui a servi à partitionner les travailleurs indépendants et employeurs. Ainsi, ce groupe qualifié d'évolutif se compose d'une part, des travailleurs **indépendants non-agricoles** (travailleurs à propre compte qui n'emploient pas de main-d'oeuvre salariée) qui ont à leur service au moins 4 travailleurs (aides-familiaux pour la plupart, mais aussi des apprentis et quelques rares bénévoles) et d'autre part, des **employeurs** non-agricoles (propriétaires d'entreprises non-agricoles ayant une main-d'oeuvre salariée) employant 4 personnes ou plus dont au moins un salarié.

iv- INDEPENDANTS NON AGRICOLES INVOLUTIFS : Ce sont les travailleurs indépendants et les employeurs non-agricoles employant moins de 4 personnes (salariés ou non) ;

v- AGRICULTEURS PROGRESSIFS : Ce groupe se caractérise par une plus grande utilisation des engrais, un plus grand recours au crédit agricole et une vente des produits auprès des offices de commercialisation. La proportion de ceux d'entre-eux qui emploient une main-d'oeuvre salariée est importante et leurs revenus

² Pauvreté, vulnérabilité et marché du travail au BurkinaFaso, février 1997, 173 pages.

proviennent essentiellement de l'agriculture de rente (coton, arachide). De plus, dans ce groupe, la quasi-totalité a 1 à 4 bœufs et il est fort probable qu'ils servent de moyen de production chez certains d'entre-eux.

vi- AGRICULTEURS DE SUBSISTANCE : ce groupe s'oppose au groupe des agriculteurs progressifs par leur faible utilisation d'engrais, le faible recours au crédit agricole, la vente de leurs produits dans des circuits autres que les offices de commercialisation. Enfin, plus du 1/3 d'entre-eux n'ont aucun bœuf.

vii - ELEVEURS : la plupart des actifs de ce groupe disposent d'un important cheptel (plus de 4 bœufs, plus de neuf moutons et plus de 9 chèvres) et leurs revenus proviennent à plus de 50% de l'élevage.

viii- CHOMEURS : ce sont les personnes ayant travaillé moins de 3 jours pendant la semaine de référence et ceux qui sont à la recherche d'un premier emploi (nouvelles insertions).

ix-AUTRES ACTIFS : actifs non pris en compte ailleurs, composés essentiellement d'aides-familiaux ;

x- INACTIFS : Elèves, étudiants, retraités, rentiers, femmes au foyer, autres inactifs.

3-LA SITUATION SANITAIRE DU BURKINA FASO

La situation sanitaire au Burkina Faso est caractérisée par une morbidité et une mortalité générale élevées du fait des endémo-épidémies, lesquelles sont favorisées par la pauvreté, un environnement nocif, une couverture sanitaire et vaccinale moyenne, un état nutritionnel déficient et un taux d'analphabétisme élevé. L'apparition du SIDA dans ce contexte aggrave la situation.

Tableau N°1 : Indicateurs de santé au Burkina Faso 1992- 1995

PARAMETRES	ANNEES			
	1992	1993	1994	1995
Ressources financières				
Dépenses publiques sur santé : % budget Etat	7,46	6,78	9,10	7,94
Investissement santé : % budget investissement	9,6	11,4	14,8	3,9
Fonctionnement : % budget fonctionnement	5,5	3,6	5,1	10,0
Dépenses santé par tête d'habitant (CFA)		842	1.334	1.338
Infrastructures sanitaires				
Centre Hospitalier National (CHN)	2	2	2	2
Centre Hospitalier Régional (CHR)	9	9	9	9
Centre Médical avec Antenne chirurgicale(CMA)	-	14	16	17
Centre de Santé / promotion Sociale (CSPS)	602	-	628	677
Personnels de Santé				
Nombre d'habitants par :				
Médecin		34027 (30,6%)*	30038 (33%)*	29316 (34,1%)*
Pharmacien	-	170722(11,7%)*	89289 (11%)*	16103 (10%)*
Sage-femme & Maëuticien		31435 (15,9%)*	28917 (17,3%)*	27415 (17%)*
Infirmier d'Etat		12002 (42%)*	11260 (44,4%)*	13214 (38%)*
Infirmiers Brevetés		9018 (33,3%)*	8490 (35,3%)*	8164 (37%)*
)*Tx de satisfaction / normes O.M.S.				
Perspective de suivi				
Espérance de vie à la naissance(1991)				
Homme	52,2	-	-	-
Femme	50,7	-	-	-
Urbain	53,6	-	-	-
Rural	56,6	-	-	-
Mortalité infantile	124%	94%	93,7% _o	93,7% _o
Zone urbaine	117%	116% _o	116% _o	116% _o
Zone rurale	142%	141,6% _o	141,6% _o	141,6% _o

Source: Statistiques sanitaires/DEP SANTE - Revue des dépenses publiques 1995-INSD

Tableau N°1 : suite

PARAMETRES	ANNEES			
	1992	1993	1994	1995
Taux mortalité maternelle (100.000 naissances vivantes)	566	566	566	566
Zone urbaine	538	538	538	538
Zone rurale	592	592	592	592
Démographie				
Taux de fécondité générale	223,4%	223,4%	223,4%	223,4%
Indice synthétique de fécondité (enfants/femmes)	7,3	7,3	6,9	6,9
Malnutrition infantile				
Malnutrition modérée et sévère (enfant <5 ans)				29%
dont malnutrition sévère (< 5 ans)				11%
Prévalence Avitaminose A (enfants 2 - 10 ans)				4-18%
Déficiences en Iode				1,13-1,17% endémique dans 25 provinces enquêtées /30
Immunitisation (PEV 0 - 11 mois)				
BCG	64,57%	72%	66,08%	78,03%
Rougeole	70%	43%	45,74%	55,59%
DTC 3	40%	48%	40,70	47,29%
Accès : Santé, Eau et Assainissement				
Taux de couverture en installation adéquate pour l'élimination des excréta			19% M. rural 70% M. urbain	
Eau potable			70% population	
Dracunculose	11 784 cas	8 281 cas	6381 cas	6 281

Source: Statistiques sanitaires/DEP SANTE - INSD

La morbidité générale

Elle est fortement dominée par les affections couramment diagnostiquées et qui représentent à elles seules 79,56% de l'ensemble des consultations.

Il s'agit pour l'année 1995 des affections suivantes :

- le Paludisme : 30,71%
- les affections des voies respiratoires : 19,62%
- les affections de la peau : 14,74%
- les maladies diarrhéiques : 10,80%
- les affections de l'appareil digestif : 5,95%
- les parasitoses intestinales : 5,43%
- les parasitoses de l'œil et ses annexes : 4,55%
- les affections de l'appareil génito-urinaire: 4,04%
- les otites : 2,18%
- les affections de l'appareil ostéo-articulaire: 1,97%

Les handicaps

Le gouvernement du Burkina Faso 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 recensement de la population de 1985 a permis de dénombrier plus de 140163 personnes handicapées dont 42842 hommes et 90321 femmes. Ces chiffres semblent être en dessous de la réalité car les spécialistes estiment qu'il y a environ 989.000 personnes handicapées dans le pays pour l'année 1993 (Profil du Burkina - O.M.S. Janvier 1996). Ceci représente 9,8% de l'ensemble de la population.

L'état nutritionnel des enfants

Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 1993 (EDS 93), la malnutrition infantile sous les formes modérée et sévère frappe surtout les enfants de 24 à 59 mois.

Par ailleurs la prévalence en Avitaminose A des enfants de 2 à 10 ans varie entre 4 et 18%.

La mortalité

Les enquêtes réalisées par le pays ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base portant sur la mortalité.

Au nombre de ces enquêtes nous retenons :

- l'enquête démographique par sondage 1991
- l'enquête post-censitaire INSD en 1976
- le recensement général de la population en 1985
- l'enquête démographique et de santé en 1993 (EDS 93).

Les indicateurs obtenus permettent de dire qu'il y a une certaine amélioration des taux de mortalité générale et infantile.

4-LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Le Burkina Faso a adopté, à l'instar de plusieurs pays de la sous-région, la stratégie des soins de santé primaires après la conférence d'Alma-Ata en 1978.

La mise en œuvre de la Programmation Sanitaire Nationale a permis d'atteindre une partie des objectifs fixés. Cependant devant la dégradation de la situation socio-sanitaire, le Gouvernement a adopté l'Initiative de Bamako comme approche permettant de renforcer les Soins de Santé Primaire.

C'est ainsi que l'accent est mis sur la décentralisation avec la mise en place des 53 districts de santé qui couvrent tout le pays.

Le niveau intermédiaire a subi une modification avec la suppression des Directions Provinciales de la Santé. Elles ont été remplacées par onze (11) Directions Régionales de la Santé en 1996.

La préparation de la table ronde a donné l'occasion de reformuler les grandes orientations et programmations de santé.

Les priorités portent sur les programmes suivants :

Renforcement des structures de base et de première référence ;

Amélioration de l'accessibilité aux médicaments essentiels ;

Renforcement des Centres Hospitaliers Nationaux et Régionaux ;

Alternatives pour le financement des Soins de Santé ;

Renforcement du Système National Sanitaire ;

Renforcement Institutionnel du Ministère de la Santé ;

Lutte contre la maladie et les endémies majeures et épidémies ;

Lutte contre le SIDA ;

Protection des groupes spécifiques ;

Promotion de l'hygiène publique ;

Amélioration de l'alimentation et de l'état nutritionnel.

5-LES RESSOURCES POUR LA SANTE

5-1 LES RESSOURCES FINANCIERES

Le secteur de la santé faisant partie du secteur social, le budget constitue l'une des principales ressources et l'un des instruments de politique sanitaire au Burkina Faso.

En effet, c'est le budget de l'Etat qui fournit les ressources nécessaires pour le fonctionnement des structures sanitaires et la mise en place des infrastructures nécessaires. Le budget est composé d'un budget de fonctionnement et d'un budget d'investissement.

Au cours de la période 1990 à 1995 les dépenses budgétaires de santé ont évolué à un rythme de 1,14 % l'an en moyenne et à prix courant alors que le budget général a crû à 1,66 % l'an. Au cours de la même période, la part du secteur de la santé dans le budget total est restée inférieure à 10 % avec un maximum de 9,10 % atteint en 1994.

La période 1990 à 1995, au cours de laquelle deux programmes d'Ajustement Structurel ont été appliqués, on peut noter le changement dans la structure des dépenses de santé. Ce changement rentre dans le cadre de la nouvelle politique budgétaire qui voulait une restructuration des dépenses budgétaires au profit des secteurs prioritaires dont le secteur de la santé et une restructuration au profit des dépenses d'investissement au détriment des dépenses courantes notamment de personnel.

En ce qui concerne donc le secteur de la santé, on peut observer une réduction de la part des dépenses courantes (salaire, matériel, transfert courant) au profit des dépenses d'investissement. En 1990, les dépenses de fonctionnement représentaient 83,42 % du total des dépenses. En 1991 elles n'ont représenté que 58,83 % et sont restés en deçà de 70 % jusqu'en 1995. A l'intérieur des dépenses de fonctionnement on note aussi une diminution de la part des dépenses de personnel au profit des dépenses de matériel et de transfert.

Tableau N°2 : Evolution des dépenses budgétaires du secteur de la santé

(en milliers de FCFA)

RUBRIQUE	ANNEE					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
FONCTIONNEMENT	7046,3	7204,2	7424,5	8244,1	12605,2	12612,4
Personnel	5506,3	5379	5125,5	5468,9	6008,4	8283,4
Matériel	1193,8	1439,3	1841,6	2170,8	4285,3	4329
Transfert courant	346,2	385,9	457,4	604,4	2311,5	-
INVESTISSEMENT	1400,8	5041,8	4830,6	3898,8	6181,1	5321
TOTAL SANTE	8447,1	12246	12255,1	12142,9	18786,3	17933,4
ENSEMBLE BUDGET	137570	148700	164190	179000	206540	225884
Part de la santé	6,14	8,24	7,46	6,78	9,10	7,94

Source: Revue des dépenses publiques/PNUD

Tableau N°3 : Evolution annuelle (en %) des dépenses budgétaires du secteur de la santé

RUBRIQUE	ANNEE					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
FONCTIONNEMENT		2,24	3,06	11,04	52,90	0,06
Personnel		-2,31	-4,71	6,70	9,86	37,86
Matériel		20,56	27,95	17,88	97,41	1,02
Transfert courant		11,47	18,53	32,14	282,45	-
INVESTISSEMENT		259,92	-4,19	-19,29	58,54	-13,91
TOTAL		44,97	0,07	-0,92	54,71	-4,54

Source: Revue des dépenses publiques/PNUD

Tableau N°4 : Evolution de la structure des dépenses budgétaires du secteur de la santé

RUBRIQUE	ANNEE					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
FONCTIONNEMENT	83,42	58,83	60,58	67,89	67,10	70,33
Personnel	78,14	74,66	69,03	66,34	47,67	65,68
Matériel	16,94	19,98	24,80	26,33	34,00	34,32
Transfert courant	4,91	5,36	6,16	7,33	18,34	0,00
INVESTISSEMENT	16,58	41,17	39,42	32,11	32,90	29,67
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Source: Revue des dépenses publiques/PNUD

5-2 LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES

En dépit des disparités constatées, la couverture sanitaire générale est satisfaisante. Les deux grandes villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso concentrent le plus grand nombre de formations sanitaires privées.

Le rayon d'action moyen de toutes les formations sanitaires est estimé à 10,08 Km. Les rayons les plus faibles sont détenus par le Kadiogo (2,88 Km) et le Kouritenga (5,09 Km), au centre du pays.

Les plus grands rayons d'action sont détenus par le Seno (17,51 Km) et l'Oudalan (17,05 Km), deux provinces du nord du pays.

Le rayon d'action théorique des CSPS est de 10,40 Km au plan national.

Le tableau ci-dessous résume la répartition des infrastructures publiques de santé.

Tableau N° 5 : Situation des infrastructures de prestation de soins en 1995

ROVINCES	CHN	CHR	CMA	CM	CSPS	Dispensaire	Maternité	Total
UAGADOUGOU(ville)	1	0	4	5	28	1	2	41
OBO-DIOULASSO(ville)	1	0	0	1	2	1	3	9
AM	0	0	1	1	12	1	0	15
AZEGA	0	0	0	3	30	3	0	36
OUGOURIBA	0	0	1	2	16	3	0	22
OULGOU	0	1	1	3	40	0	0	45
OULKIEMDE	0	1	0	3	30	10	0	45
OMOE	0	1	0	3	29	2	0	35
ANZOURGOU	0	0	0	1	19	4	0	24
NAGNA	0	0	1	0	19	0	0	20
OURMA	0	1	0	2	27	2	0	32
OJET	0	0	1	0	41	6	0	48
ADIOGO	0	0	0	0	8	0	0	8
ENEDOUGOU	0	0	1	1	20	4	0	26
OSSI	0	0	1	2	30	1	0	34
OURITENGA	0	0	0	2	15	3	0	20
OUHOUN	0	1	2	3	36	2	0	44
AHOURI	0	0	0	1	11	1	0	13
AMENTENGA	0	0	1	1	11	2	0	15
UBRITENGA	0	0	0	3	25	12	1	41
UDALAN	0	0	0	2	9	0	0	11
ASSORE	0	0	0	3	18	6	2	29
ONI	0	1	0	3	11	13	0	28
ANGUIE	0	0	0	1	16	4	1	22
ANMATENGA	0	1	0	2	25	2	0	30
ENO	0	1	0	1	12	2	0	16
SSILI	0	0	1	0	31	1	0	33
OUM	0	0	0	2	5	10	0	17
OUROU	0	0	1	3	28	1	0	33
APOA	0	0	1	1	17	0	0	19
ATENGA	0	1	0	5	38	18	6	68
OUNDWEOGO	0	0	0	1	18	0	0	19
OTAUX	2	9	17	61	677	116	16	898

Il faut noter l'existence d'un réseau d'officines pharmaceutiques au nombre de 68 dont 58 privées et 10 publiques.

La ville de Ouagadougou à elle seule dispose de 40 officines privées.

L'Approvisionnement en médicaments est assuré par les grossistes importateurs tels:

- la SONAPHARM
- la COPHADIS
- la CAMEG
- le LABOREX

Les pharmacies privées, les ONG et les projets de Santé interviennent largement dans cette action.

Quant à la production locale elle est assurée par MEDIFA , U. PHARMA et SOPAL.

5-3 LES RESSOURCES HUMAINES

Les agents publics travaillant au sein du département sont environ 6500.

La répartition du personnel et sa qualification sont telles qu'à tous les niveaux du système de santé il y a une insuffisance quantitative et qualitative.

Malgré les efforts, la tendance générale à l'augmentation est faible du fait des déperditions et des contraintes du PAS.

Si le nombre des agents de première ligne a légèrement augmenté de 1991 à 1995, le nombre des cadres supérieurs (médecins, dentiste...) est resté quasi stationnaire. Le nombre des pharmaciens dans le secteur public a nettement diminué (plus de 50%).

La mauvaise répartition se traduit par un déséquilibre en faveur des villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso qui comptent 50% du personnel pour 16% de la population.

6-PAUVRETE ET SANTE AU BURKINA FASO

6-1 ENVIRONNEMENT SANITAIRE

Il est reconnu que le manque d'infrastructure pour l'assainissement (surtout en milieu urbain) et pour l'approvisionnement en eau potable a une influence sur l'état de santé des populations. Le type de logement et l'environnement sanitaire c'est à dire le type de lieu d'aisance des ménages, le type de sanitaire utilisé, le mode d'approvisionnement en eau de boisson, le mode d'évacuation des ordures constituent le cadre de vie des ménages. La promiscuité du logement et l'insalubrité du cadre de vie des ménages constituent des facteurs importants de la morbidité des populations. Il est donc important d'analyser le cadre de vie des ménages burkinabè en général et d'apprécier particulièrement celui des ménages pauvres.

6-1-1 - Présentation du cadre de vie des ménages burkinabè

Avant d'apprécier l'insalubrité du cadre de vie, il serait bon d'apprécier d'abord le type d'habitation. Le type de logement le plus répandu au Burkina Faso est la concession constituée de cases et la concession constituée de plusieurs bâtiments parmi lesquels il n'est pas exclu de trouver des cases. Ils concernent respectivement 34,4 % et 35,6% de l'ensemble des ménages burkinabé. Les logements à un seul bâtiment abritent 27,1% des ménages. Les villas et les immeubles sont l'apanage de 2,5 % des ménages. La différence selon le milieu de résidence vient du fait

qu'en milieu rural le logement est constitué principalement de cases (42,0% de ménages) et de logement à plusieurs bâtiments (35,5%), alors qu'en milieu urbain c'est plutôt le logement à bâtiment unique (51,7%) et le logement à plusieurs bâtiments 37,1%.

On peut noter que le type de logement est quelque peu corrélé avec l'environnement sanitaire du logement surtout en milieu urbain, et le logement étant un élément de patrimoine est assez corrélé avec le niveau de vie. Il est donc important d'analyser le cadre de vie des ménages burkinabé selon le milieu de résidence et le niveau de vie.

Tableau N° 6 : Répartition des ménages selon le type de logement et le milieu de résidence

ZONE	TYPE DE LOGEMENT						Total du groupe
	Immeuble	Villa	Bâtiment unique	Plusieurs bâtiments	Cases	Autres	
rural							
Effectif	2405	8736	206903	343824	410426	4717	977012
% ligne	0,20%	0,90%	21,20%	35,20%	42,00%	0,50%	100,00%
urbain							
Effectif	1574	18070	121210	87033	6157	582	234625
% ligne	0,70%	7,70%	51,70%	37,10%	2,60%	0,20%	100,00%
Total							
Effectif	3979	26806	328113	430857	416583	5299	1211637
% ligne	0,30%	2,20%	27,10%	35,60%	34,40%	0,40%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-1 Cadre de vie en milieu rural

6-1-1-1-1 Evacuation des ordures en milieu rural

En matière d'évacuation des ordures, le tableau n°7 ci-dessous indique que les ¾ soit précisément 76% des ménages utilisent le tas d'immondice comme mode d'évacuation des ordures. L'utilisation de la fosse est faite par 7,2 % des ménages ruraux. La décharge publique et la poubelle sont pratiquement inutilisées (respectivement 1,5 % et 2 % de ménages ruraux y recourent). Il y a 18,2 % des ménages ruraux qui utilisent d'autres types de mode d'évacuation des ordures qu'il serait intéressant de découvrir.

La discrimination des ménages selon le niveau de vie en pauvres, intermédiaires et non pauvres n'entraîne pas un changement dans leur distribution selon le mode d'évacuation des ordures. Le tas d'immondice reste le mode le plus utilisé quel soit le niveau de vie en milieu rural. Ici le milieu de résidence semble déterminant plus le comportement en matière de mode d'évacuation des ordures ; la proximité des concessions et des champs explique cet état de fait.

Tableau N° 7 : Répartition des ménages ruraux selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	EVACUATION DES ORDURES					Total du groupe
	Poubelle	Tas d'immondice	Fosse	Décharge publique	Autres	
pauvres						

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Effectif	11891	299647	24711	2505	62738	401492
% ligne	3,00%	74,60%	6,20%	0,60%	15,60%	100,00%
% colonne	59,70%	41,50%	35,20%	17,40%	42,40%	41,20%
intermédiaires						
Effectif	3619	307148	31613	6932	66159	415471
% ligne	0,90%	73,90%	7,60%	1,70%	15,90%	100,00%
% colonne	18,20%	42,50%	45,10%	48,00%	44,70%	42,60%
non pauvres						
Effectif	4392	115444	13805	4994	19009	157644
% ligne	2,80%	73,20%	8,80%	3,20%	12,10%	100,00%
% colonne	22,10%	16,00%	19,70%	34,60%	12,90%	16,20%
Total						
Effectif	19902	722239	70129	14431	147906	974607
% ligne	2,00%	74,10%	7,20%	1,50%	15,20%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-2 Le type de lieu d'aisance

En milieu rural, le tableau N° 8 montre que le type de lieu d'aisance le plus utilisé est la nature à laquelle recourt plus de 83,3% des ménages pour leurs besoins. Les latrines sont utilisées par 13,9% des ménages ruraux dont 6,7 pour les latrines privées et 7,2% pour les latrines communes ; les W-C ne sont utilisés que par 0,2 % de ménages ruraux et 2,2% d'entre eux utilisent les toilettes publiques.

En discriminant les ménages selon le niveau de vie, on peut noter que seuls les ménages de niveau de vie intermédiaire ont la même distribution selon le type de lieu d'aisance que l'ensemble des ménages ruraux. Cette distribution est légèrement différente pour les groupes des pauvres dont la proportion des ménages ayant recours à la nature comme type de lieu d'aisance est plus élevée (92%) et l'utilisation des latrines beaucoup plus réduite (6,5% des ménages). Pour le groupe de ménages ruraux non pauvres, la distribution change avec le recours moindre à la nature (62,3%) et une augmentation de l'utilisation des latrines possédées par 31,4% des ménages ruraux non pauvres.

Le comportement des ménages ruraux en matière de type de lieu d'aisance semble être légèrement différencié entre les ménages pauvres et les ménages non pauvres. Le type de lieu d'aisance étant un élément de l'habitat et le type de l'habitat étant fonction du milieu de résidence et du niveau de vie, on peut comprendre aisément cette différenciation. On peut noter qu'en milieu rural 96,9% des ménages ayant comme type de logement les cases ont comme type de lieu d'aisance la nature et 48,8% des ménages qui recourent à la nature comme lieu d'aisance vivent dans les cases en milieu rural.

Tableau N° 8 : Répartition des ménages ruraux selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	TYPE D' AISANCE						Total du groupe
	W-C	Latrines privées	Latrines communes	Toilettes publiques	Dans la nature	Autres	
pauvres							
Effectif	871	8702	15470	6163	369183	1102	401492
% ligne	0,20%	2,20%	3,90%	1,50%	92,00%	0,30%	100,00%
% colonne	41,30%	13,40%	22,20%	28,70%	45,50%	25,20%	41,20%

intermédiaires							
Effectif	683	31216	29797	7604	344634	1538	415471
% ligne	0,20%	7,50%	7,20%	1,80%	83,00%	0,40%	100,00%
% colonne	32,40%	48,10%	42,70%	35,50%	42,40%	35,10%	42,60%
non pauvres							
Effectif	555	24936	24514	7683	98221	1737	157644
% ligne	0,40%	15,80%	15,60%	4,90%	62,30%	1,10%	100,00%
% colonne	26,30%	38,40%	35,10%	35,80%	12,10%	39,70%	16,20%
Total du groupe							
Effectif	2109	64854	69781	21450	812038	4376	974607
% ligne	0,20%	6,70%	7,20%	2,20%	83,30%	0,40%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-3 Le mode d'approvisionnement en eau en milieu rural

En milieu rural, l'approvisionnement en eau de boisson se fait à partir des puits et des forages qui constituent le mode d'approvisionnement pour respectivement 54,4% et 30,6% des ménages ruraux. Les cours d'eau continuent à être le lieu d'approvisionnement en eau de boisson pour 11,0% des ménages ruraux. Les fontaines publiques, les robinets, en somme l'eau courante ne concernent que respectivement 3,3 % et 0,5 % des ménages ruraux.

Le profil d'approvisionnement en eau des ménages ruraux ne change pas beaucoup selon le niveau de vie du ménage. Pour chaque niveau de vie on observe à peu près les mêmes proportions pour chaque type de mode d'approvisionnement.

Tableau N° 9 : Répartition des ménages ruraux selon le mode d’approvisionnement en eau et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	MODE APPROVISIONNEMENT EN EAU							Total du groupe
	Cours d'eau	Puits	Forage	Fontaine publique	Robinet intér.propre	Robinet intér.partagé	Autre	
pauvres								
Effectif	46480	222475	126216	5912	0	0	410	401492
% ligne	11,60%	55,40%	31,40%	1,50%	0,00%	0,00%	0,10%	100,00%
% colonne	43,30%	41,90%	42,30%	18,30%	0,00%	0,00%	29,80%	41,20%
intermédiaires								
Effectif	44273	230141	127054	13010	84	301	608	415471
% ligne	10,70%	55,40%	30,60%	3,10%	0,00%	0,10%	0,10%	100,00%
% colonne	41,20%	43,40%	42,60%	40,30%	4,90%	9,90%	44,30%	42,60%
non pauvres								
Effectif	16613	77941	44985	13361	1646	2742	356	157644
% ligne	10,50%	49,40%	28,50%	8,50%	1,00%	1,70%	0,20%	100,00%
% colonne	15,50%	14,70%	15,10%	41,40%	95,10%	90,10%	25,90%	16,20%
Total du groupe								
Effectif	107365	530557	298255	32284	1730	3043	1373	974607
% ligne	11,00%	54,40%	30,60%	3,30%	0,20%	0,30%	0,10%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-1-4 Le type sanitaire en milieu rural

Tableau N° 10 : Répartition des ménage ruraux selon le type de sanitaire et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	TYPE DE SANITAIRES					Total du groupe
	Baignoire	Douche avec conduite	Douche sans conduite	Douche publique	Autres	
pauvres						
Effectif	906	345	239187	55142	105911	401492
% ligne	0,20%	0,10%	59,60%	13,70%	26,40%	100,00%
% colonne	40,80%	5,30%	38,20%	45,30%	48,50%	41,20%
intermédiaires						
Effectif	1317	2300	280263	44780	86811	415471
% ligne	0,30%	0,60%	67,50%	10,80%	20,90%	100,00%
% colonne	59,20%	35,50%	44,80%	36,80%	39,80%	42,60%
non pauvres						
Effectif	0	3839	106336	21834	25635	157644
% ligne	0,00%	2,40%	67,50%	13,90%	16,30%	100,00%
% colonne	0,00%	59,20%	17,00%	17,90%	11,70%	16,20%
Total						
Effectif	2223	6485	625787	121756	218357	974607
% ligne	0,20%	0,70%	64,20%	12,50%	22,40%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

En milieu rural le type de sanitaire le plus utilisé est la douche sans conduite d’eau que possèdent 64,2% des ménages ruraux et la douche publique qu’utilisent 12,5% des ménages ruraux. La baignoire et la douche avec

conduite qui sont associés à un type d'habitat précis ne sont presque pas utilisés en milieu rural. On note que 22,4% des ménages ruraux utilisent d'autres types de sanitaire qui pourraient être les marres, les cours d'eau et les abords des puits qu'il serait intéressant de préciser compte tenu de l'impact que cela peut avoir sur la salubrité et donc sur l'état de santé des populations. La distribution des ménages ruraux selon le type sanitaire utilisé semble varier peu quand on passe des pauvres, aux intermédiaires et aux non pauvres.

En conclusion, en milieu rural, le niveau de vie semble influencer peu sur le choix du mode d'évacuation des ordures, le type de lieu d'aisance, le mode d'approvisionnement en eau et le type de sanitaire. Le tas d'immondice et la fosse sont utilisés par plus de 80% des ménages ruraux ; les forages et les puits constituent le mode d'approvisionnement en eau pour plus de 80% des ménages ruraux ; la nature est le lieu d'aisance pour plus de 80% des ménages et plus de 60% des ménages ruraux ont comme type de sanitaire la douche sans conduite d'eau. L'impact de l'environnement sanitaire sur l'état de santé des populations rurales pourrait être quelque peu uniforme pour tous les niveaux de vie en milieu rural.

6-1-1-2 - Cadre de vie en milieu urbain

6-1-1-2-1 Evacuation des ordures en milieu urbain

En milieu urbain, comme le montre le tableau n°11, le tas d'immondices comme mode d'évacuation des ordures concerne 42,2% des ménages donc moins de la moitié d'entre eux. Une bonne moitié utilise la poubelle, la fosse ou la décharge publique soit respectivement 18,0%, 13,8% et 8,8% des ménages urbains.

Ce profil change quand on passe d'un niveau de vie à un autre. Pour les ménages urbains non pauvres le profil change légèrement avec néanmoins une augmentation de la proportion des ménages utilisant la poubelle et la décharge publique (23,7% et 20,7% respectivement) par rapport au profil urbain global, et une diminution de la proportion de ménages utilisant le tas d'immondice et la fosse.

Pour les ménages pauvres et intermédiaires, le profil change quelque peu. L'utilisation du tas d'immondice concerne maintenant 61,6% de ménages pauvres et 51,4% des ménages intermédiaires. Une proportion moindre des ménages pauvres et intermédiaires par rapport aux ménages non pauvres utilise la poubelle (6,9% et 7,3%). Il en est de même pour la décharge publique.

Tableau N° 11 : Répartition des ménages urbains selon le mode d'évacuation des ordures et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	EVACUATION DES ORDURES					
	Poubelle	Tas d'immondice	Fosse	Décharge publique	Autres	Total du groupe
pauvres						
Effectif	1204	10668	2235	1840	1384	17330
% ligne	6,90%	61,60%	12,90%	10,60%	8,00%	100,00%
% colonne	2,90%	10,80%	6,90%	4,20%	8,10%	7,40%
intermédiaires						
Effectif	4709	33185	10866	10623	5232	64615
% ligne	7,30%	51,40%	16,80%	16,40%	8,10%	100,00%
% colonne	11,20%	33,50%	33,60%	24,10%	30,80%	27,60%
non pauvres						
Effectif	36225	55159	19222	31553	10392	152551
% ligne	23,70%	36,20%	12,60%	20,70%	6,80%	100,00%
% colonne	86,00%	55,70%	59,50%	71,70%	61,10%	65,10%
Total						
Effectif	42138	99013	32322	44016	17007	234496
% ligne	18,00%	42,20%	13,80%	18,80%	7,30%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-2-2 Le type de lieu d'aisance en milieu urbain

La distribution des ménages urbains selon le type de lieu d'aisance montre, selon le tableau N°12, que les latrines sont les plus utilisées et concerne 74,9% des ménages dont 42,0% de latrines privées et 32,9% de latrines communes. Les W-C et les toilettes publiques concernent respectivement 6,1% et 7,3% des ménages. La nature reste le lieu d'aisance pour 10,2% des ménages urbains.

Cette distribution des ménages change quelque peu quand on passe d'un niveau de vie à un autre. Pour les ménages urbains non pauvres, on constate une augmentation de la proportion des ménages disposant d'un W-C comme type de lieu d'aisance (9,1%) et une diminution de ceux ayant recours à la nature comme lieu d'aisance (5,5%). Pour les ménages de niveau de vie intermédiaire c'est plutôt la proportion des ménages utilisant le W-C et les latrines qui diminuent au profit d'une augmentation de la proportion des ménages utilisant les latrines privées (47,8%) et celle des ménages ayant recours à la nature (15,7%). Pour les ménages pauvres on constate la presque inexistence de ménage disposant de W-C et une augmentation de la proportion de ceux utilisant la nature (31,2%) comme lieu d'aisance.

Le comportement en matière de lieu d'aisance semble être quelque peu différencié selon le niveau de vie. On observe une tendance à l'utilisation des latrines et des W-C pour les ménages non pauvres et intermédiaires et une tendance à l'utilisation des latrines et de la nature pour les ménages pauvres.

Tableau N° 12 : Répartition des ménages urbains selon le type de lieu d'aisance et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	TYPE D' AISANCE						Total du groupe
	W-C	Latrines privées	Latrines communes	Toilettes publiques	Dans la nature	Autres	
pauvres							
Effectif	95	6036	4335	1156	5402	306	17330
% ligne	0,50%	34,80%	25,00%	6,70%	31,20%	1,80%	100,00%
% colonne	0,70%	6,10%	5,60%	6,70%	22,60%	9,20%	7,40%
intermédiaires							
Effectif	430	30886	17831	4278	10145	1045	64615
% ligne	0,70%	47,80%	27,60%	6,60%	15,70%	1,60%	100,00%
% colonne	3,00%	31,30%	23,10%	25,00%	42,50%	31,40%	27,60%
non pauvres							
Effectif	13845	61609	55074	11702	8341	1979	152551
% ligne	9,10%	40,40%	36,10%	7,70%	5,50%	1,30%	100,00%
% colonne	96,40%	62,50%	71,30%	68,30%	34,90%	59,40%	65,10%
Total							
Effectif	14370	98531	77240	17136	23888	3331	234496
% ligne	6,10%	42,00%	32,90%	7,30%	10,20%	1,40%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-2-3 Le mode d'approvisionnement en eau de boisson en milieu urbain

En milieu urbain, la moitié des ménages s'approvisionnent en eau de boisson dans les fontaines publiques (50,2%), 14,7% possèdent des robinets intérieurs propres, 9,3% possèdent des robinets intérieurs partagés. Les puits et les forages sont utilisés par respectivement 19,2% et 4,6% des ménages urbains. Le mode d'approvisionnement en eau des ménages pauvres est beaucoup différent par rapport à l'ensemble des ménages urbains. Ils utilisent les puits (43,2%) et la fontaine publique (40,9%). Les robinets intérieurs sont utilisés par moins de 3 % des ménages pauvres.

Pour les ménages intermédiaires, ils ont plus accès aux fontaines publiques où 58,1% de ménages s'approvisionnent en eau potable ou aux puits pour 26,6% des ménages. Seulement 8 % des ménages urbains de niveau de vie intermédiaire s'approvisionnent dans des robinets intérieurs.

Les ménages non pauvres ont plus accès à l'eau courante car 81,1% des ménages urbains non pauvres s'approvisionnent soit dans les fontaines publiques (47,2%) soit par le biais des robinets intérieurs (33,3%).

En milieu urbain l'inégalité de niveau de vie s'observe aussi dans le mode d'approvisionnement en eau. Plus on remonte sur l'échelle du niveau de vie plus les ménages ont accès aux infrastructures modernes de distribution d'eau.

Tableau N°13 : Répartition des ménages urbains selon le mode d’approvisionnement en eau et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	MODE APPROVISIONNEMENT EN EAU							Total du groupe
	Cours d'eau	Puits	Forage	Fontaine publique	Robinet intér.propre	Robinet intér.partagé	Autre	
pauvres								
Effectif	390	7482	1922	7081	213	187	55	17330
% ligne	2,30%	43,20%	11,10%	40,90%	1,20%	1,10%	0,30%	100,00%
% colonne	14,40%	16,60%	18,00%	6,00%	0,60%	0,90%	2,70%	7,40%
intermédiaires								
Effectif	611	17156	3974	37513	2763	2361	236	64615
% ligne	0,90%	26,60%	6,10%	58,10%	4,30%	3,70%	0,40%	100,00%
% colonne	22,60%	38,00%	37,20%	31,90%	8,00%	10,80%	11,60%	27,60%
non pauvres								
Effectif	1706	20489	4780	73023	31431	19370	1753	152551
% ligne	1,10%	13,40%	3,10%	47,90%	20,60%	12,70%	1,10%	100,00%
% colonne	63,00%	45,40%	44,80%	62,10%	91,30%	88,40%	85,80%	65,10%
Total								
Effectif	2707	45126	10676	117617	34407	21918	2044	234496
% ligne	1,20%	19,20%	4,60%	50,20%	14,70%	9,30%	0,90%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

6-1-1-2-4 Le type de sanitaire en milieu urbain

Tableau N° 14 : Répartition des ménages urbains selon le type de sanitaire et le niveau de vie

NIVEAU DE VIE	TYPE DE SANITAIRES					Total du groupe
	Baignoire	Douche avec conduite	Douche sans conduite	Douche publique	Autres	
pauvres						
Effectif	0	150	13011	3013	1157	17330
% ligne	0,00%	0,90%	75,10%	17,40%	6,70%	100,00%
% colonne	0,00%	0,80%	7,80%	8,40%	10,30%	7,40%
intermédiaires						
Effectif	0	639	49533	10191	4252	64615
% ligne	0,00%	1,00%	76,70%	15,80%	6,60%	100,00%
% colonne	0,00%	3,50%	29,60%	28,50%	37,80%	27,60%
non pauvres						
Effectif	1616	17554	104940	22611	5829	152551
% ligne	1,10%	11,50%	68,80%	14,80%	3,80%	100,00%
% colonne	100,00%	95,70%	62,70%	63,10%	51,90%	65,10%
Total						
Effectif	1616	18343	167483	35816	11238	234496
% ligne	0,70%	7,80%	71,40%	15,30%	4,80%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Si plus de 20% des ménages urbains disposent de robinet intérieur, seulement 7,8% disposent de douches avec conduite d'eau. Le type de sanitaire le plus répandu reste la douche sans conduite utilisée par 71,4% des ménages. La différence entre les ménages pauvres et intermédiaires et les ménages non pauvres est l'utilisation plus accrue des douches avec conduite d'eau pour ces derniers (11,5%). Le tableau n°14 nous en donne l'illustration

En conclusion, en milieu urbain, le niveau de vie influe quelque peu sur l'environnement sanitaire des ménages. Si seulement le tiers des ménages non pauvres jettent leurs ordures sur des tas d'immondices, deux tiers des ménages pauvres le font. Si 93% des ménages non pauvres ont comme type de lieu d'aisance des structures appropriées pour cela (W-C et latrines), 30% des ménages pauvres ont toujours recours à la nature comme lieu d'aisance. En ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable, 83% des ménages urbains non pauvres ont accès à l'eau courante dont 33% disposent de robinets intérieurs. Pour les ménages pauvres, seulement 42% ont accès à l'eau courante et pour la presque totalité (41%) il s'agit des fontaines publiques. Cette différenciation des ménages urbains quant au cadre de vie pourrait supposer un impact différent de l'insalubrité de l'environnement sanitaire sur l'état de santé des pauvres et non pauvres.

6-1-2- Essai de caractérisation des ménages

6-1-2-1 Environnement sanitaire, état de santé et caractéristiques socio-économiques des ménages en milieu rural burkinabé

En milieu rural, les données portant sur les ménages et sur les variables relatives à la morbidité, à la promiscuité des logements et l'environnement sanitaire vont nous permettre de préciser quelques disparités au sein des ménages à l'aide d'une analyse factorielle.

Au prime abord, on peut noter que les variables de confort du logement et d'environnement sanitaire ne permettent pas de déceler à elles seules une discrimination des ménages en milieu rural. En la matière, les comportements sont quasi homogènes comme nous l'avons observé précédemment.

Pour permettre une discrimination des ménages ruraux, une analyse en correspondances multiples a été utilisée ; ce qui a permis de mettre en liaison les modalités d'un certain nombre de variables d'étude telles que les dépenses annuelles de santé, la région, le niveau de vie, le taux de morbidité du ménage, le nombre de couples du ménage, le nombre de personnes par pièce à usage d'habitation. Les variables relatives à l'environnement sanitaire et au confort du logement ont été introduites comme variables illustratives.

Dans un premier temps, on observe au sein des données une originalité des ménages ruraux qui ont un taux de morbidité nul, qui ne dépensent rien pour leur santé et qui ne connaissent pas la promiscuité du logement (le nombre de personnes par pièce à usage d'habitation est faible entre 0,25 et 1 personne). Cette originalité est faite par rapport à un autre type de ménages ruraux dont une caractéristique essentielle est que le taux de morbidité est non nul mais faible (moins de 25 % des personnes du ménage sont déclarées malades au cours de la période de référence).

Le deuxième type d'originalité au sein des données est faite à travers une discrimination assez claire entre les ménages ruraux pauvres et les ménages ruraux non pauvres.

La troisième originalité est faite à travers une particularisation des ménages de la région Nord dont une caractéristique essentielle est la promiscuité du logement. La majorité des ménages du Nord ont un nombre d'habitants par pièce à usage d'habitation supérieur à 3.

La quatrième originalité est faite à travers une particularisation des ménages de niveau de vie intermédiaire par rapport aux ménages pauvres.

Enfin une dernière originalité discrimine les ménages de la région du Sud/Sud-Ouest qui ont le plus souvent des dépenses de santé non nulles mais faibles (inférieur à 10 000 FCFA), d'avec les ménages de la région du Centre -Nord.

Le croisement de ces types d'originalité observés au sein des données permet de caractériser les ménages ruraux par rapport à la morbidité, à la promiscuité du logement, à l'environnement sanitaire et au niveau de vie. On peut observer les principales caractéristiques suivantes des ménages :

* Un premier groupe des ménages se distingue à travers le comportement suivant :

- ce sont des ménages ruraux non pauvres ;

- le taux de morbidité au cours des 30 derniers jours ayant précédé l'enquête est assez élevé (plus de 50% des personnes du ménage ont déclaré être tombées malades au cours de la période de référence) ;

- Du point de vue de l'environnement sanitaire, on peut noter que ce sont des ménages qui disposent en majorité de robinet intérieur partagé et de robinet intérieur privé dans une moindre mesure, le type de sanitaire utilisé est la douche avec conduite d'eau.

- Du point de vue des conditions du logement, ce sont des ménages qui ne connaissent pas la promiscuité ; ils ont généralement une personne ou moins par pièce à usage d'habitation.

- Du point de vue des caractéristiques socio-économiques, ce sont généralement des ménages dont le chef est salarié protégé et dans une moindre mesure un indépendant non agricole involutif. Les dépenses de santé de ces ménages sont situées au dessus de 150 000 FCFA par an.

- Les ménages ruraux dont le comportement vient d'être décrit plus haut sont localisés dans la région de l'Ouest principalement.

* Le deuxième groupe de ménages se distingue par :

- leur bas niveau de vie ; ce sont en majorité des ménages pauvres ;

- on note une certaine promiscuité du logement ; il y a plus de 3 personnes par pièce à usage d'habitation ;

- il y a généralement deux (2) couples ou plus dans chaque ménage ;

- le taux de morbidité des ménages est faible. Moins d'un quart des personnes du ménage ont déclaré avoir été malades au cours de la période de référence ;

- les dépenses de santé sont généralement nulles ou faibles (moins de 10 000 CFA par ménage et par an) ;
- le mode d'approvisionnement en eau est le forage en majorité ;
- le type de sanitaire utilisé est la douche sans conduite d'eau ;
- le mode d'évacuation des ordures est le tas d'immondice ou la fosse ;
- le type de lieu d'aisance est la nature ;
- ce sont des ménages dont le chef est un agriculteur de subsistance ou est un éleveur.

Cette description caractérise beaucoup des ménages pauvres et principalement ceux de la région du Nord et une proportion non moins importante des ménages du Centre Nord.

* On peut observer aussi une certaine particularité des ménages de niveau de vie intermédiaire. Leurs caractéristiques essentielles sont :

- une non promiscuité du logement (une à deux personnes au plus par pièce à usage d'habitation) ;
- le nombre de couples dans les ménages est généralement inférieur ou égal à 1 ;
- les taux de morbidité sont non nuls et moyens (supérieur à 25 %) ;
- les dépenses de santé sont généralement moyennes (plus de 50 000 FCFA par ménage et par an) ;

Ce type de ménage se recrute majoritairement dans la région du Centre-Sud et du Sud/Sud- Ouest ;

* Un deuxième type de ménages pauvres ont été identifiés à travers les caractéristiques suivantes

- le taux de morbidité est faible (inférieur 25 %) ;
- les dépenses de santé dépassent celles du premier groupe de ménages pauvres déjà identifié (inférieur 50 000 FCFA par an) ;
- la promiscuité est beaucoup plus élevée que les ménages intermédiaires (1 à 3 personnes par pièce à usage d'habitation) ;
- le mode d'évacuation des ordures est la fosse principalement ;
- le type de lieu d'aisance reste la nature ;

Ceci semble particulariser une autre bonne proportion des ménages de la région du Centre-Nord.

En milieu rural, le comportement individuel des ménages en matière d'environnement sanitaire apparaît maintenant assez positivement corrélé avec le niveau de vie. La situation se détériore quand on passe du niveau de vie supérieur au niveau de vie le plus bas. Les faits les plus frappants sont :

- une augmentation de la promiscuité du logement quand on passe des ménages non pauvres aux ménages pauvres ;
- On passe des latrines à la nature comme lieu d'aisance quand on passe des ménages non pauvres aux ménages pauvres ;
- On passe de la douche avec conduite d'eau pour les ménages non pauvres à la douche sans conduite d'eau pour les ménages de niveau intermédiaire, aux toilettes publiques et autres types de sanitaires pour les ménages pauvres ;
- On passe aussi du robinet intérieur comme mode d'approvisionnement en eau pour les ménages ruraux non pauvres aux puits et aux forages pour les ménages ruraux pauvres ;
- La poubelle est le lieu d'évacuation des ordures pour les ménages ruraux non pauvres alors que le tas d'immondice caractérise aussi bien les ménages ruraux de niveau de vie intermédiaire et les ménages ruraux pauvres.

Il est difficile de localiser les comportements ci-dessus décrits compte tenu du fait que dans chaque région il y a aussi bien des ménages riches intermédiaires et pauvres. Mais on peut dire que les ménages ruraux riches avec le comportement afférent sont dans leur majorité dans la région de l'Ouest, les ménages intermédiaires sont dans leur majorité dans la région de Sud/Sud-Ouest et dans la région du Centre-Sud. Les ménages pauvres sont dans la région du Nord et du Centre-Nord.

6-1- 2-2 Environnement sanitaire, état de santé et caractéristiques socio-économiques des ménages en milieu urbain burkinabè

Contrairement au milieu rural, les informations sur les ménages urbains et sur les variables du confort du logement et d'environnement sanitaire permettent de bien discriminer les ménages.

On observe donc une distinction assez nette des ménages urbains dont le logement est du type villa, dont le type de sanitaire est la douche avec conduite d'eau, le type de lieu d'aisance est le W-C, le mode d'évacuation des ordures est la poubelle et le mode d'approvisionnement en eau est le robinet intérieur privé. Cette distinction est faite par rapport aux autres types de ménages qui ne possèdent pas en commun ces caractéristiques. On peut ajouter que ces ménages ne connaissent pas la promiscuité (le nombre de personnes par pièce à usage d'habitation est généralement inférieur ou égal à 1). Leur dépense de santé est généralement supérieure à 100 000 FCFA par an. Ce sont des ménages dont le chef est un salarié protégé ou dans une moindre mesure un indépendant non agricole évolutif. Ce sont en majorité des ménages non pauvres et sont localisés en majorité dans la strate Ouaga-Bobo.

Cette distinction est faite par rapport à deux autres types de ménages urbains. Il y a d'abord ceux dont les caractéristiques principales sont qu'ils habitent non pas des villas mais des logements du type bâtiment unique en majorité, ils s'approvisionnent en eau dans les fontaines publiques majoritairement, le type de sanitaire utilisé est la douche sans conduite d'eau, le type de lieu d'aisance utilisé c'est les latrines privées ou communes, le mode d'évacuation des ordures est la fosse ou la décharge publique. Ce type de ménages est généralement dirigé par un indépendant non agricole involutif, un salarié non protégé ou un chômeur. Ce sont

généralement des ménages non pauvres ou des ménages de niveau de vie intermédiaires. Ils sont localisés en majorité de la strate Ouaga-Bobo.

Il y a ensuite un troisième groupe de ménages dont les caractéristiques essentielles sont qu'ils habitent des logements du type plusieurs bâtiments ou des cases, le mode d'évacuation des ordures est le tas d'immondice, le mode d'approvisionnement en eau est le puits ou le forage, le type de lieu d'aisance est la nature. Ce sont des ménages dont le chef est le plus souvent un agriculteur de subsistance. Ces ménages se rencontrent dans la strate des autres villes et sont en majorité des ménages pauvres ou dans une moindre mesure des ménages de niveau de vie intermédiaire.

En milieu urbain burkinabè, il existe une corrélation positive entre le niveau de vie, le confort du cadre de vie et le statut du marché du travail du chef de ménage.

Les ménages non pauvres urbains qui sont en majorité des ménages de salariés protégés ou d'indépendants non agricoles évolutifs bénéficient d'un cadre de vie décent avec notamment un logement muni de W-C, de douche avec conduite d'eau, de robinet intérieur, de poubelle pour les ordures avec au moins une pièce à usage d'habitation pour chaque membre du ménage. Le deuxième type de ménage urbain, composé de ménages non pauvres et de ménages intermédiaires bénéficient d'un cadre de vie acceptable. Celui-ci est composé de latrines, de douche sans conduite d'eau ; les ordures sont jetées dans des décharges publiques ; l'approvisionnement en eau de boisson se fait auprès des fontaines publiques. C'est généralement des ménages des salariés non protégés, d'indépendants non agricoles involutifs ou de chômeurs. Le troisième type de ménages urbains, surtout localisés dans la strate Autres-villes et composés surtout de ménages pauvres ont un cadre de vie pas trop décent ; le type de logement est la case, l'approvisionnement en eau potable se fait à partir des forages et des puits, le tas d'immondice est le mode d'évacuation des ordures et la nature est le type de lieu d'aisance. C'est un cadre de vie propre aux ménages d'agriculteurs de subsistance.

6 -2 ETAT SANITAIRE DES PAUVRES

L'étude porte essentiellement sur le taux de morbidité calculé pour la période des 30 derniers jours qui précèdent 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 de ces morbidités. Plusieurs déterminants entrent dans notre analyse :

- le sexe
- le niveau de vie
- l'âge
- la région
- 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.

6--2- 1 Les résultats et commentaires

6-2-1-1 Morbidité générale

L'examen du tableau 15 ci-dessous montre que les taux de morbidité sont plus élevés dans les zones urbaines avec 28% à Ouaga et Bobo-Dioulasso et 25% dans les autres villes. En zones rurales les taux sont à un

niveau maximum de 16% au Centre Sud, tandis que le Nord enregistre le taux le plus bas à savoir 9%. En tenant compte du mode d'approvisionnement en eau et pour l'ensemble des régions, les taux sont élevés de l'ordre de 28% et 27% pour ceux qui utilisent les robinets, alors que les plus faibles taux sont enregistrés dans les ménages qui utilisent les puits et forages (14%).

Par région, le centre-sud (100%), le centre-nord (67%) et l'ouest (48%) détiennent les taux de morbidité les plus élevés dans les ménages qui s'approvisionnent dans les robinets intérieurs partagés.

Tableau N° 15 : Taux de morbidité selon la région et le mode d'approvisionnement en eau du ménage

MODE APPROV. EAU	STRATE							Total
	Ouest	Sud et sud ouest	Centre nord	Centre sud	Nord	Autres villes	Ouaga bobo	
Cours d'eau	0,14	0,14	0,19	0,2	0,11	0,33	0,18	0,16
Puits	0,13	0,12	0,13	0,15	0,08	0,22	0,31	0,14
Forage	0,1	0,12	0,15	0,15	0,09	0,22	0,31	0,14
Fontaine publique	0,23	0,06	0,22	0,14	0,15	0,26	0,27	0,24
Robinet intér. propre	0,26	.	0,1	0,5	.	0,3	0,27	0,27
Robinet intér. partag	0,48	.	0,67	1	0	0,27	0,25	0,28
Autre	0,47	.	0,11	0,36	0,1	0,07	0,47	0,35
Total	0,13	0,12	0,14	0,16	0,09	0,25	0,28	0,16

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Il ressort des résultats du même tableau que l'utilisation des méthodes modernes d'approvisionnement (robinets en particuliers) et la vie en zone urbaine semblent être des facteurs favorables à la morbidité. 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 qui relèvent de l'économique, du social et du culturel.

Si l'on fait intervenir le niveau de vie on constate que les taux de morbidité sont plus élevés chez les non pauvres (25%) par rapport aux intermédiaires (17%) et aux ménages pauvres (11%).

Les lieux d'aisance les plus modernes souvent utilisés par les non pauvres enregistrent des taux élevés (24% pour les latrines privées, 23% pour les W-C...) en comparaison avec les autres types d'aisance moins modernes (nature : 13%, toilettes publiques : 15%).

Tableau N° 16 : Taux de morbidité selon le niveau de vie et le type de lieu d'aisance du ménage

Type de lieu d'aisance	niveau de vie			Total
	pauvres	intermédiaire	non pauvre	
W-C	0,06	0,17	0,27	0,23
Latrines privées	0,14	0,22	0,29	0,24
Latrines communes	0,14	0,2	0,26	0,21
Toilettes publiques	0,04	0,19	0,21	0,15
Dans la nature	0,1	0,16	0,22	0,13
Autres	0,12	0,13	0,2	0,16
Total	0,11	0,17	0,25	0,16

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Le niveau d'instruction semble agir en faveur de la diminution de la morbidité. Ainsi, l'absence d'instruction (en général l'apanage des ménages pauvres) enregistre 10% tandis que les taux varient de 12% à 0% entre les différents niveaux : secondaire (12%), supérieur (0%) et professionnel (0%).

En considérant l'âge, les taux de morbidité sont plus élevés d'une part pour les personnes de 0 - 4 ans (15%) et d'autre part pour les 50 ans et plus (19%) quel que soit le niveau de vie considéré. Quel que soit l'âge, les taux sont plus élevés en zones urbaines par rapport aux zones rurales et pour toutes les catégories de niveau de vie.

Au total, la morbidité générale est d'environ 17% pour la période des 30 jours qui précèdent l'enquête.

6-2-1-2- Le Handicap des chefs de ménages

Les résultats de l'enquête contenus dans le tableau 17 révèlent que parmi les types de handicap du chef de ménage, on a :

- * Handicapés moteurs
29,9% sont des pauvres
45,9% sont des intermédiaires
24,2% sont des non pauvres
- * Handicapés visuels
43,1% sont des pauvres
40,3% sont des intermédiaires
16,6% sont des non pauvres
- * Lépreux
54,9% sont des pauvres
39,2% sont des intermédiaires
5,9% sont des non pauvres
- * Handicapés mentaux
44,9% sont des pauvres
35,8% sont des intermédiaires
19,3% sont des non pauvres

Tableau N° 17 : Répartition des chefs de ménages selon le handicap et le niveau de vie

HANDICAP DU CM	niveau de vie									Total	
	pauvres			intermédiaires			non pauvre				
	Effectif	% ligne	% Col	Effectif	% ligne	% Col	Effectif	% ligne	% Col	Effectif	% Col
Aucun handicap	392137	34,30%	93,60%	452369	39,60%	94,20%	297111	26,00%	95,80%	1141617	94,40%
Moteur	4877	29,90%	1,20%	7484	45,90%	1,60%	3940	24,20%	1,30%	16301	1,30%
Visuel	13155	43,10%	3,10%	12277	40,30%	2,60%	5068	16,60%	1,60%	30500	2,50%
Lépreux	717	54,90%	0,20%	511	39,20%	0,10%	77	5,90%	0,00%	1305	0,10%
Mental	1017	44,90%	0,20%	809	35,80%	0,20%	437	19,30%	0,10%	2263	0,20%
Autre	6919	40,40%	1,70%	6636	38,80%	1,40%	3563	20,80%	1,10%	17118	1,40%
Total	418822	34,60%	100,00%	480086	39,70%	100,00%	310195	25,70%	100,00%	1209103	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

On remarque une certaine similitude entre les pauvres et les intermédiaires qui déclarent être handicapés, dans des proportions plus fortes par rapport aux non pauvres. Ceci semble être conforme aux habitudes car au-delà des réalités exprimées par les chiffres, les pauvres manifestent moins de gêne pour déclarer leur handicap.

Dans l'ensemble, les handicaps touchent plus les chefs de ménages pauvres que les autres. Ceci peut faire penser que la pauvreté est un facteur aggravant de la survenue des handicaps ou vice-versa.

En effet, il y a au sein des ménages pauvres en général, 6,4% de chefs de ménage pauvres qui sont des handicapés ; parmi eux les handicapés visuels sont les plus nombreux (3,1%).

Les handicaps frappent les intermédiaires à hauteur de 5,8% avec plus de handicapés visuels (2,6%) tandis que les non pauvres en comptent 4,2% avec encore une fois de plus des handicapés visuels (1,6%) plus nombreux.

Quel que soit le niveau de vie on compte 5,6% des chefs de ménages handicapés. Si l'on prend en compte les données régionales, il y a une proportion plus élevée de chefs de ménages handicapés au centre-nord et à l'ouest par rapport aux autres régions. Il n'existe pas de différence notable entre les zones rurales et les zones urbaines.

6-2-2 Analyse des résultats

C'est une analyse explicative multivariée sur la morbidité générale. Il s'agit essentiellement d'une analyse de la variance avec comme variable à expliquer le taux de morbidité calculé par ménage. Il est question de rechercher au niveau du ménage les facteurs qui influencent la morbidité.

* Influence du niveau de vie et du mode d'approvisionnement en eau du ménage sur le taux de morbidité (voir les résultats du modèle en annexe 1)

L'analyse porte uniquement sur les ménages du milieu urbain. Il s'agit ici d'estimer l'influence du mode d'approvisionnement en eau et le niveau de vie sur le taux moyen de morbidité par ménage.

Cette analyse révèle que le fait pour les ménages urbains de s'approvisionner en eau dans les cours d'eau, les puits et les forages influence « positivement » le taux de morbidité moyen. L'augmentation respective du taux dans les ménages utilisant ces modes par rapport à la moyenne urbaine est de 3,27 points 1,64 points et 2,8 points. Tandis que pour les ménages utilisant le robinet intérieur propre et le robinet intérieur partagé le taux moyen diminue respectivement de 2,24 points et de 6,5 points. 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 des robinets intérieurs ont un taux de morbidité moyen inférieur à la moyenne urbaine de 5,7 points.

En milieu urbain, l'approvisionnement en eau potable par le robinet réduit le taux de morbidité surtout pour les ménages pauvres.

* L'influence du niveau de vie et la région sur le taux de morbidité (voir annexe 2)

L'analyse porte sur toutes les strates sans distinction entre les zones urbaines et rurales. Il s'agit d'estimer les effets spécifiques de chaque modalité de chaque variable mentionnée sur la moyenne du taux de morbidité par ménage. La moyenne nationale de ce taux est de 18,9%.

On peut noter que les coefficients des différentes modalités de la région sont significatifs et que celui de la modalité « pauvre » du niveau de vie est aussi significatif.

En milieu rural, on distingue deux groupes : L'ouest, le sud/sud-ouest et le nord ont des taux de morbidité moyens par ménage inférieurs à la moyenne nationale respectivement de 2,7 points, de 5,3 points et de 8,2 points. Le Centre-Nord et le centre-sud ont au contraire des taux moyens supérieurs à la moyenne nationale respectivement de 2,3 points et de 2,5 points.

Cette approche nous a permis de distinguer davantage les régions par rapport à la morbidité. Malgré les taux de morbidité faibles des zones rurales on peut maintenant apprécier la spécificité de ces deux régions, le centre-nord et le centre-sud.

En considérant l'interaction entre le niveau de vie et la région de résidence sur le taux de morbidité dans le ménage, on peut noter que les ménages pauvres du centre-nord ont des taux moyens significativement inférieurs au taux national de 3 points. Par contre les ménages pauvres du sud/sud-ouest et du nord ont un taux moyen de morbidité significativement supérieur à la moyenne nationale respectivement de 4,4 points et 3,3 points.

Cela met en évidence la spécificité des pauvres dans ces deux régions même s'il y a une tendance déjà observée pour les pauvres à ne pas déclarer la maladie. Cette approche révèle donc, au-delà de la sous-déclaration de la morbidité en milieu rural, des taux moyens plus élevés que la moyenne nationale dans le Centre-Nord et le Centre-Sud et pour les ménages pauvres du Sud/Sud-Ouest et Nord. Cela pourrait rendre compte d'un problème sanitaire particulier dans ces régions.

6-3 SANTE DES ENFANTS

6-3-1 Résultats et commentaires

6-3-1-1 Les Episodes de diarrhées

L'étude a retenu la période "deux (2) semaines ayant précédé l'enquête". Les différents résultats obtenus à partir du tableau 18 indiquent que 26,2% des enfants issus des ménages pauvres ont eu un ou plusieurs épisodes de diarrhées pendant la période de l'étude, contre 26,4% dans les ménages à un niveau de vie intermédiaire et 22% chez les non pauvres.

Tableau N° 18 : Taux de prévalence de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon l'âge, le niveau de vie et le milieu de résidence

Classe d'âge en mois	niveau de vie								
	pauvres			intermédiaires			non pauvres		
	zone			zone			zone		
	rural	urbain	Total	rural	urbain	Total	rural	urbain	Total
0-5 mois	0,15		0,15	0,21	0,24	0,22		0	0
6-11 mois	0,33	0,43	0,33	0,3	0,4	0,31	0,16	0,47	0,27
12-23 mois	0,35	0,19	0,35	0,29	0,26	0,29	0,35	0,25	0,33
24-47 mois	0,26	0,39	0,26	0,26	0,34	0,27	0,21	0,21	0,21
48-59 mois	0,18	0,17	0,18	0,22	0,26	0,22	0,19	0,05	0,14
Total	0,26	0,3	0,26	0,26	0,31	0,26	0,23	0,2	0,22

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Le groupe des pauvres et celui des intermédiaires semblent se rapprocher avec des taux identiques.

Par ailleurs, on observe que le taux de prévalence est plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale pour les pauvres (30% contre 26%) et les intermédiaires (31% contre 26%) alors que les non pauvres ont les taux les plus élevés en zone rurale (23%) qu'en zone urbaine (20%). D'une façon générale les pauvres se rapprochent des intermédiaires avec une tendance à mieux déclarer les cas de diarrhée des enfants. Ici le rôle et le statut des mères semblent jouer en faveur des femmes issues des ménages peu nantis, lesquelles semblent plus regardantes envers la santé de leurs enfants.

Quel que soit le niveau de vie, les enfants de 6 - 23 mois d'âge sont les plus touchés alors que ceux de moins de 6 mois sont moins touchés. Ceci semble conforme aux conclusions des enquêtes antérieures (EDS 93). Il est remarquable de constater que pour ces enfants de 0 - 5 mois le taux est nul dans les ménages urbains non pauvres. La femme urbaine à cet âge de l'enfant peut avoir plus de temps pour s'occuper du bébé (congé de maternité par exemple) ce qui pourrait expliquer la faiblesse du taux.

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 sur les taux de diarrhée parmi les trois états nutritionnels.

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

- 33% de cas chez les enfants ayant une insuffisance pondérale;
- 29% de cas chez les enfants ayant un retard de croissance
- 34% de cas chez les enfants ayant une émaciation.

Cette "relation" est quasiment identique pour les enfants de 12 - 23 mois et ceux de 0 - 5 mois si l'on considère l'insuffisance pondérale et le retard de croissance.

En effet les taux de prévalence de ces deux types de malnutrition protéino-énergétique sont les plus élevés pour les enfants de 12 - 23 mois avec respectivement 38% et 36%, tandis que pour les enfants de 0 - 5 mois les deux taux sont presque nuls. Parmi les enfants de 6 - 11 mois qui souffrent d'émaciation, 47% font la diarrhée; ce taux pour les enfants de la tranche de 0-5 mois est élevé tout en étant le plus faible par rapport aux autres classes d'âge.

Ces résultats indiquent que les enfants de 6 - 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 notre pays 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.

Contrairement à l'EDS 93, les filles semblent plus atteintes de diarrhées que les garçons quelle que soit la strate considérée en milieu rural. En zone urbaine par contre, les garçons sont plus touchés (voir tableau 19). Cette tendance est aussi observée pour les pauvres et les intermédiaires en zone rurale sauf au centre-sud et au nord.

Tableau N°19: Taux de prévalence de diarrhée chez les enfants de 0 à 59 mois au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par région sexe et niveau de vie

STRATE	sexe	niveau de vie			Total
		pauvres	intermédiaire	non pauvre	
Ouest	homme	0,19	0,23	0,51	0,27
	femme	0,43	0,55	0,13	0,34
	Total	0,25	0,45	0,2	0,31
Sud et sud ouest	homme	0,25	0,23	0,49	0,26
	femme	0,35	0,36	0,63	0,37
	Total	0,3	0,29	0,54	0,32
Centre nord	homme	0,28	0,32	0,17	0,29
	femme	0,29	0,32	0	0,3
	Total	0,29	0,32	0,09	0,3
Centre sud	homme	0,24	0,2	0,04	0,21
	femme	0,2	0,19	0,22	0,2
	Total	0,22	0,2	0,12	0,21
Nord	homme	0,32	0,28	0,25	0,3
	femme	0,29	0,34	0,34	0,32
	Total	0,3	0,31	0,31	0,31
Autres villes	homme	0,36	0,57	0,31	0,42
	femme	0,37	0,37	0,25	0,32
	Total	0,37	0,51	0,28	0,38
Ouaga bobo	homme	0,57	0,25	0,17	0,22
	femme	0	0,18	0,16	0,15
	Total	0,12	0,21	0,17	0,18

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Globalement les garçons sont plus atteints dans les zones urbaines et les filles plus touchées en zone rurale quel que soit le niveau de vie considéré. En zone rurale, le taux est d'environ 30% dans toutes les régions, alors qu'en zone urbaine Ouaga-Bobo ont un taux de 18% contre 38% pour les autres villes. Compte tenu de l'importance des facteurs socio-culturels dans la vie de nos populations, une étude sur les facteurs de risques peut nous renseigner sur les raisons de cette différence entre garçons et filles.

6-3-1-2 Etat nutritionnel des enfants

*** Insuffisance pondérale**

Le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale est de 47% pour les enfants de moins de 5 ans. Ce taux est supérieur à celui de l'EDS 93 qui était de 30%. Les garçons sont légèrement plus touchés (48%) que les filles (46%) pour le même groupe d'âge. Les enfants de 0 - 5 mois enregistrent un taux de 24% contre 63% pour les enfants de 12 - 23 mois.

L'influence du niveau de vie est peu notable sur le taux de l'insuffisance pondérale. Ainsi on enregistre 48% parmi les enfants des ménages pauvres, 46% parmi les intermédiaires et 47% pour les non pauvres.

Les régions les plus touchées sont respectivement le centre-nord (51%) et le nord (48%), tandis que Ouaga et Bobo (28%) sont les zones où la prévalence est la plus faible suivies de l'ouest (41%).

Notons que l'indicateur poids pour âge qui mesure l'insuffisance pondérale est sensible aux variations saisonnières.

Par conséquent la différence de chiffre entre les deux enquêtes, celle de 93 et la présente étude peut être normale.

*** Retard de croissance**

Le taux de prévalence que l'on retrouve pour les enfants Burkinabè de moins de 5 ans est de 53% sans que l'étude nous permette de faire la différence entre la sous-nutrition chronique et la forme sévère. En outre, ce taux est nettement supérieur à celui de l'EDS 93 (29%). Il y aurait alors une tendance à l'aggravation de la situation surtout quand on fait une comparaison avec les taux dans la population de référence (2,23%). Les garçons sont affectés tout autant que les filles (53%).

Les enfants de 0 - 5 mois sont moins atteints (4%) alors que les enfants de 12 - 23 mois et ceux de 24 - 47 mois ont des taux respectifs de 64% et 54%. Les enfants des ménages pauvres et intermédiaires ont des taux qui se rapprochent (53% et 54%). Ainsi les taux de retard de croissance augmentent avec la baisse du niveau de vie. La période de l'allaitement qui correspond à la tranche d'âge de 0-5 mois et la plus grande attention que manifeste la mère à l'égard de son enfant à cet âge expliqueraient cette faible prévalence.

Les caractéristiques géographiques font apparaître des différences entre les zones rurales et les zones urbaines à travers le tableau 20. Ces résultats nécessitent une attention particulière.

Tableau N°20 : Taux de prévalence de retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois selon la classe d'âge en mois et la région

Classe d'âge en mois	STRATE							Total
	Ouest	Sud et sud ouest	Centre nord	Centre sud	Nord	Autres villes	Ouaga bobo	
0-5 mois	.	0	0,24	0	0	0	0	0,04
6-11 mois	0,48	0,31	0,53	0,52	0,45	0,09	0,13	0,47
12-23 mois	0,65	0,62	0,62	0,67	0,6	0,26	0,56	0,63
24-47 mois	0,39	0,42	0,54	0,58	0,65	0,41	0,25	0,54
48-59 mois	0,27	0,45	0,46	0,53	0,51	0,43	0,24	0,48
Group Total	0,41	0,45	0,54	0,57	0,59	0,37	0,28	0,53

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Ainsi Ouaga et Bobo d'une part, et les autres villes d'autre part enregistrent respectivement 28% et 37% contre par exemple 59% au nord, 57% au centre-sud et 54% au centre-nord.

La région de l'ouest est la moins touchée (45%) parmi les zones rurales.

La proportion est 2 fois plus en milieu rural par rapport à Ouaga et Bobo.

*** Emaciation**

C'est la sous nutrition aiguë que l'on mesure par l'indicateur poids-taille.

Les enfants souffrant de sous-nutrition aiguë représentent 18% des enfants de moins de 5 ans soit plus de 8 fois la prévalence dans la population de référence.

Contrairement aux résultats vus plus hauts pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, les enfants de 0 - 5 mois sont très touchés avec 44%, plus que ceux de 12 - 23 mois (22%). Les proportions semblent baisser, de façon non régulière avec l'âge des enfants. Les enfants de 48 - 59 mois sont moins atteints (11%). Ainsi l'émaciation semble diminuer au fur et à mesure que les enfants deviennent plus âgés.

Les ménages non pauvres sont plus touchés (23%) que les pauvres (18%) et les intermédiaires (16%). Ainsi, l'émaciation semble frapper plus les non pauvres que les pauvres.

On remarque que parmi les non pauvres, presque tous les enfants de 0 - 5 mois souffrent de cette sous-nutrition aiguë.

Sur le plan régional, la prévalence la plus élevée (28%) est à l'ouest parmi les zones rurales et le taux le plus faible est au sud/sud-ouest (14%). Toutes les régions rurales en dehors de l'ouest ont des taux inférieurs à 20%.

Par contre, les zones urbaines ont des prévalences plus forte (22% à Ouaga et Bobo, 31% pour autres villes).

On remarque donc que l'émaciation semble « favorable » pour les enfants jeunes, les enfants non pauvres et des ménages urbains.

6-3-2 Analyse des résultats

L'analyse des résultats a été faite par régression logistique et elle a porté sur l'état nutritionnel des enfants dont les variables à expliquer étaient la présence ou l'absence d'insuffisances pondérales, de retard de croissance ou d'émaciation. Les résultats de l'estimation des modèles se trouvent dans le tableau n°21 ci-dessous.

*** L'Insuffisance pondérale**

Tableau N°21: Coefficients de régression du modèle logistique d'explication de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 59 mois

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
NIVDEP			6,7323	2	,0345	,0225	
NIVDEP(1)	,1492	,0658	5,1468	1	,0233	,0241	1,1609
NIVDEP(2)	,0625	,0637	,9629	1	,3264	,0000	1,0645
HANDICAP(1)	-,4050	,1271	10,1554	1	,0014	-,0388	,6670
Q135(1)	,1109	,0477	5,3962	1	,0202	,0251	1,1173
Q371MERE			7,8943	2	,0193	,0268	
Q371MERE(1)	,2582	,0935	7,6220	1	,0058	,0323	1,2946
Q371MERE(2)	-,0384	,1075	,1272	1	,7214	,0000	,9624
SEXE(1)	,1704	,0433	15,5227	1	,0001	,0500	1,1858
TAILLE	,0151	,0067	5,0114	1	,0252	,0236	1,0152
POIDS	-,0006	2,002E-05	892,6504	1	,0000	-,4060	,9994
TAIL	,0030	,0012	6,4236	1	,0113	,0286	1,0030
Constant	5,9842	,2643	512,7131	1	,0000		

DEFINITION DES VARIABLES ET DE LEURS MODALITES DU MODELE

La variable dépendante est égale à 1 si l'enfant est atteint d'insuffisance pondérale, et 0 dans le cas contraire

NIVDEP=NIVEAU DE VIE

pauvres= NIVDEP(1) ; intermédiaires= NIVDEP(2) ; non pauvres NIVDEP(3)

Q371MERE= NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE

Aucun= Q371MERE(1); Primaire= Q371MERE(2); Secondaire et au delà= Q371MERE(3)

SEXE= SEXE DE L'ENFANT

homme= SEXE(1); femme= SEXE(2)

HANDICAP= HANDICAP DU CHEF DE MENAGE

Aucun handicap= HANDICAP(1) ; Handicapé= HANDICAP(2)

Q135= DIARRHEE DE L'ENFANT

Oui= Q135(1); Non= Q135(2)

TAILLE= TAILLE DE L'ENFANT

POIDS=POIDS DE L'ENFANT

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.

Plusieurs variables influencent significativement la probabilité de la survenance de l'insuffisance pondérale chez les enfants. Celles que l'on a retrouvées à partir de l'analyse sont :

- Le niveau de vie
 - . Pauvres
 - . Intermédiaire

- La diarrhée
- Le niveau d'instruction de la mère (aucun niveau)
- Le handicap (aucun)
- Le poids de l'enfant
- le sexe de l'enfant
- la taille de l'enfant

Parmi ces variables, l'absence de handicap du chef de famille et le poids de l'enfant influencent la probabilité de la survenance de l'insuffisance pondérale dans le sens d'une diminution.

Par contre, l'influence du niveau de vie (pauvres et intermédiaires), la diarrhée, l'absence d'instruction de la mère, le handicap du chef de famille, le sexe de l'enfant, (les garçons) et sa taille entraîne une tendance à l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants.

Ainsi, l'on peut dire que la probabilité de l'insuffisance pondérale chez les enfants diminue si l'on passe d'un enfant quelconque indépendamment de handicap du chef de ménage à un enfant dont le chef de ménage n'a aucun handicap. Autrement dit le handicap du chef de ménage est un facteur favorable à la survenue de l'insuffisance pondérale.

En outre, la probabilité de l'insuffisance pondérale augmente si l'on passe d'un enfant issu d'un ménage quelconque indépendamment de son niveau de vie à un enfant issu de milieux pauvres et intermédiaires ; il en est de même quand on passe d'un enfant quelconque indépendamment du fait qu'il ait la diarrhée ou non à un enfant qui fait de la diarrhée. Cette même probabilité augmente chez les garçons et diminue chez les filles.

En examinant les résultats de la régression, l'on peut dire que les plus grandes influences sur la probabilité pour un enfant de 0 à 59 mois d'avoir une insuffisance pondérale sont exercées par la pauvreté, le handicap du chef de ménage, le niveau d'instruction de la mère, le sexe de l'enfant.

*** Le retard de croissance**

Tableau N°22 : Coefficients de régression du modèle logistique d'explication du retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
NIVDEP			16,5214	2	,0003	,0481	
NIVDEP(1)	,1707	,0528	10,4411	1	,0012	,0395	1,1862
NIVDEP(2)	,1139	,0494	5,3207	1	,0211	,0247	1,1206
G5			25,1448	6	,0003	,0492	
G5(1)	-,0685	,1028	,4439	1	,5053	,0000	,9338
G5(2)	-,2558	,1098	5,4274	1	,0198	-,0251	,7743
G5(3)	,0057	,0665	,0073	1	,9317	,0000	1,0057
G5(4)	,3123	,0740	17,8079	1	,0000	,0540	1,3665
G5(5)	,1631	,0867	3,5393	1	,0599	,0168	1,1772
G5(6)	-,0499	,1145	,1901	1	,6628	,0000	,9513
Q135(1)	-,2570	,0371	48,0997	1	,0000	-,0922	,7733
Q03			10,1314	4	,0383	,0198	
Q03(1)	,1330	,1230	1,1689	1	,2796	,0000	1,1422
Q03(2)	,0294	,1336	,0485	1	,8258	,0000	1,0298
Q03(3)	,2974	,1873	2,5211	1	,1123	,0098	1,3463
Q03(4)	,3173	,1313	5,8405	1	,0157	,0266	1,3734
Q371MERE			9,3123	2	,0095	,0313	
Q371MERE(1)	,2135	,0743	8,2492	1	,0041	,0339	1,2380
Q371MERE(2)	,0996	,0835	1,4230	1	,2329	,0000	1,1047
Constant	-,3159	,1266	6,2213	1	,0126		

DEFINITION DES VARIABLES ET DE LEURS MODALITES DU MODELE

La variable dépendante est égale à 1 si l'enfant est atteint de retard de croissance, et 0 dans le cas contraire

NIVDEP=NIVEAU DE VIE

pauvres= NIVDEP(1) ; intermédiaires= NIVDEP(2) ; non pauvres NIVDEP(3)

G5=STRATE

Ouest= G5(1) ; Sud et sud ouest= G5(2) ; Centre nord= G5(3)

Centre sud= G5(4); Nord= G5(5); Autres villes= G5(6); Ouaga bobo= G5(7)

Q371MERE= NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE

Aucun= Q371MERE(1); Primaire= Q371MERE(2); Secondaire et au delà= Q371MERE(3)

SEXE= SEXE DE L'ENFANT

homme= SEXE(1); femme= SEXE(2)

HANDICAP= HANDICAP DU CHEF DE MENAGE

Aucun handicap= HANDICAP(1) ; Handicapé= HANDICAP(2)

Q135= DIARRHEE DE L'ENFANT

Oui= Q135(1); Non= Q135(2)

Q03= RELIGION DU CHEF DE MENAGE

Musulman= Q03(1); Catholique= Q03(2) ; Protestant= Q03(2)

Animiste= Q03(3); Autre religion= Q03(4)

TAILLE= TAILLE DE L'ENFANT

POIDS=POIDS DE L'ENFANT

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.

Environ 60% des cas prédits par le modèle ont été observés. Plusieurs variables influencent le retard de croissance. L'analyse a permis de retenir parmi ces variables :

- le niveau de vie
- la région
- le niveau d'instruction de la mère
- l'absence de diarrhée

Le fait pour un enfant de résider dans la région "Sud/Sud-Ouest", l'absence de diarrhée influent sur la probabilité du retard de croissance dans le sens d'une diminution.

Par contre le fait pour un enfant d'être dans un ménage pauvre, l'absence d'instruction de la mère, les croyances animistes, le fait de résider dans la région du nord ont une influence favorable à la survenue du retard de croissance.

La probabilité d'avoir un retard de croissance augmente si l'on passe d'un enfant burkinabé quelconque à un enfant :

- issu des ménages pauvres
- dont le chef de ménage est animiste
- vivant au nord
- dont la mère n'a aucun niveau d'instruction.

*** L'émaciation**

Tableau N°23 : Coefficients de régression du modèle logistique d'explication de l'émaciation chez les enfants de 0 à 59 mois

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
SEXE(1)	2,4855	,3300	56,7307	1	,0000	,1177	12,0069
POIDS	-,0205	,0021	92,3939	1	,0000	-,1512	,9797
TAIL	4,2619	,4446	91,9052	1	,0000	,1508	70,9434
Constant	-162,578	17,0240	91,2018	1	,0000		

DEFINITION DES VARIABLES ET DE LEURS MODALITES DU MODELE

La variable dépendante est égale à 1 si l'enfant est atteint d'émaciation, et 0 dans le cas contraire

SEXE= SEXE DE L'ENFANT
homme= SEXE(1); femme= SEXE(2)
TAILLE= TAILLE DE L'ENFANT
POIDS=POIDS DE L'ENFANT

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.

Trois variables influencent la survenue de l'émaciation. Ce sont :

- le sexe de l'enfant
- le poids de l'enfant
- la taille de l'enfant

Ainsi, la probabilité d'avoir l'émaciation augmente si l'on passe d'un enfant quelconque à un enfant de sexe masculin. Cette même probabilité varie en sens inverse avec l'influence du poids et celle de la taille.

Globalement la plus forte influence revient à la taille de l'enfant. L'analyse n'a pas permis de déceler une quelconque influence significative de certaines variables d'études telles :

- la région
- la pauvreté
- le niveau d'instruction des parents.

En général, pour l'état nutritionnel des enfants, l'insuffisance pondérale subit plus d'influences que le retard de croissance ou l'émaciation

7-ACCES AUX SERVICES DE SANTE PAR LES PAUVRES

Le Burkina Faso semble assez bien couvert en formations sanitaires sauf dans le nord où l'on trouve de très grandes distances entre les centres de santé. En effet, le nombre de formations sanitaires varie entre 68 (Yatenga) et 11 (Oudalan) par province dans ce pays. Le rayon d'action théorique moyen varie entre 3 kms (Kadiogo) et 18,85 kms (Ouadalan) avec une moyenne générale de 10,40³. Les rayons moyens d'action les plus élevés se situent dans les provinces suivantes: Oudalan (18,85), Seno (17,51), Gourma (17,0), Soum (16,84), Tapoa (16,64). C'est surtout au Nord et à l'Est que la couverture sanitaire est très faible. De l'analyse des données de l'enquête prioritaire, on note que c'est aussi dans le nord que beaucoup de personnes (16%) ont évoqué le manque d'infrastructures comme raison de non consultation des services de santé alors que dans les autres régions cette proportion est de 1,8 % au maximum. Malgré cette couverture le taux de fréquentation des formations sanitaires reste très faible (18,17%). Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons qui seront examinées à travers les données de l'enquête prioritaire. Il convient cependant de souligner que les paramètres pris en compte dans l'enquête pour mesurer l'accessibilité ne semblent pas suffisants pour en couvrir tous les aspects. Du reste peut-on seulement limiter

³Statistiques sanitaires 1995, Ministère de la santé/DEP, Dec. 96

l'accessibilité à la disponibilité des infrastructures et à la capacité financière des utilisateurs? Pour répondre à cette question nous allons tout d'abord nous intéresser à l'utilisation des services par les pauvres à travers les données de l'enquête prioritaire, ensuite nous examinerons l'accessibilité géographique et financière avant de proposer quelques recommandations.

7-1 UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Des statistiques sanitaires il ressort un très faible taux d'utilisation des services de santé. Pourtant la population estime qu'elle est très bonne utilisatrice des services de santé, c'est ainsi que 95% des ménages pauvres déclarent utiliser les centres de santé et cela varie de 100% à 94% selon les régions sauf dans le nord où il est de 82% et à Ouaga-Bobo 86%.

Tableau n°24 : Taux d'utilisation des centres de santé par les ménages selon la région et le niveau de vie

STRATE	NIVEAU DE VIE			TOTAL
	Pauvre	Intermédiaire	Non pauvre	
Ouest	99	98	99	99
Sud/Sud-ouest	95	95	99	96
Centre-nord	94	92	94	93
Centre-Sud	96	97	98	97
Nord	82	85	92	85
Autres villes	100	98	96	97
Ouaga-Bobo	86	86	86	86
Total	95	94	93	94

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Dans le nord ce résultat est différent si on passe des pauvres aux non pauvres (82% à 92%), alors qu'à Ouaga-Bobo c'est le même résultat pour les pauvres, les intermédiaires et les non pauvres. Ces déclarations sont cependant à prendre avec réserve car elles n'ont été vérifiées sur aucun document.

Par ailleurs la suite de l'analyse ne les confirme pas. En effet, l'examen de l'incidence des consultations montre que seulement 28% des pauvres malades ont consulté.

Tableau N°25 : Incidence des consultations selon la strate, le sexe et le niveau de vie

STRATES	NIVEAU DE VIE			TOTAL
	pauvres	intermédiaires	non pauvres	PROP.
OUEST				
Homme	.35	.37	.58	.41
Femme	.31	.29	.64	.39
SUD/SUD OUEST				
Homme	.24	.49	.62	.43
Femme	.25	.40	.68	.40
CENTRE NORD				
Homme	.29	.32	.41	.31
femme	.27	.29	.45	.29
CENTRE SUD				
Homme	.29	.46	.63	.42
Femme	.30	.43	.52	.39
NORD				
Homme	.21	.26	.46	.27
Femme	.24	.23	.44	.28
AUTRES VILLES				
Homme	.12	.36	.53	.42
Femme	.27	.39	.45	.41
OUAGA BOBO				
Homme	.23	.38	.52	.46
Femme	.24	.42	.53	.48
TABLE TOTALE	.28	.38	.54	.39

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Dans le tableau N° 25 ci-dessus, on remarque que le taux de consultation augmente avec le niveau de vie de la population, ainsi les intermédiaires ont un taux de 38% et les non pauvres 54%. Il ressort que les malades non pauvres utilisent plus les services de santé que les pauvres quelle que soit la région. Les hommes aussi sont plus utilisateurs que les femmes

La répartition des personnes tombées malades et ayant consulté selon le type de la première consultation et par strate, fait ressortir que les centres de santé semblent constituer le premier choix pour la population dans tout le pays, viennent ensuite les guérisseurs sauf à Ouaga-Bobo où ce sont les privés chrétiens et les médecins privés qui viennent en deuxième et troisième position.

Par ailleurs, les malades continuent les soins où ils les ont commencés dans la majorité des cas (plus de 90% des cas) sauf ceux qui ont commencé chez les pharmaciens privés et autres qui ont continué leurs soins dans les hôpitaux /centre de santé.

7-2 LES OBSTACLES A L'UTILISATION DES CENTRES DE SANTE

Les obstacles à l'utilisation des services de santé sont multiples et variés. En effet, il est ressorti de plusieurs études antérieures que de nombreux facteurs tels que l'accessibilité géographique (au sens large), financière (coût de la consultation, des médicaments, du transport etc.), l'acceptabilité (croyances, culture, moeurs, valeurs...), le niveau socio-économique, les caractéristiques de l'individu (l'âge, le sexe..) peuvent influencer d'une manière ou d'une autre

l'utilisation des services de santé. Les données disponibles au niveau de l'enquête ne permettent pas de voir tous ces aspects. Seules les barrières géographiques et financières pourront être examinées.

7-1-1 L'accessibilité géographique

7-1-1-1 Infrastructures

Comme annoncé précédemment, le Burkina Faso est assez bien couvert en formations sanitaires. Ce qui fait qu'à priori, l'accessibilité géographique ne semble pas constituer un grand frein à la visite médicale. En effet, seulement 1,1% des malades qui n'ont pas consulté le lient au manque d'infrastructure et 4,6% à l'éloignement (cf. Tableau N°26).

Tableau N°26 : 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 par région

STRATE	RAISON DE NON-CONSULTATION					Total
	Manque d'infrastruct	éloignement	Coût élevé	Pas nécessaire	NSP	
Ouest						
Effectif	191	1203	46240	80317	4376	132327
% ligne	0,10%	0,90%	34,90%	60,70%	3,30%	100,00%
% colonne	2,00%	2,90%	16,10%	14,80%	23,60%	14,70%
Sud et sud ouest						
Effectif	481	3900	50807	34227	853	90268
% ligne	0,50%	4,30%	56,30%	37,90%	0,90%	100,00%
% colonne	5,00%	9,40%	17,70%	6,30%	4,60%	10,00%
Centre nord						
Effectif	2082	18219	22453	165650	3311	211715
% ligne	1,00%	8,60%	10,60%	78,20%	1,60%	100,00%
% colonne	21,60%	44,00%	7,80%	30,60%	17,90%	23,60%
Centre sud						
Effectif	1862	11391	89336	104934	2821	210345
% ligne	0,90%	5,40%	42,50%	49,90%	1,30%	100,00%
% colonne	19,30%	27,50%	31,10%	19,40%	15,20%	23,40%
Nord						
Effectif	4330	3145	7258	15474	3078	33285
% ligne	13,00%	9,40%	21,80%	46,50%	9,20%	100,00%
% colonne	45,00%	7,60%	2,50%	2,90%	16,60%	3,70%
Autres villes						
Effectif	418	917	24723	37398	2018	65474
% ligne	0,60%	1,40%	37,80%	57,10%	3,10%	100,00%
% colonne	4,30%	2,20%	8,60%	6,90%	10,90%	7,30%
Ouaga bobo						
Effectif	266	2644	46580	103312	2047	154849
% ligne	0,20%	1,70%	30,10%	66,70%	1,30%	100,00%
% colonne	2,80%	6,40%	16,20%	19,10%	11,10%	17,20%
Total						
Effectif	9629	41418	287398	541313	18505	898263
% ligne	1,10%	4,60%	32,00%	60,30%	2,10%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Mais l'examen par région montre que ce problème se pose plus au nord avec un taux de non consultation de 13% pour manque d'infrastructure et 9,5% lié à l'éloignement. Cette dernière raison se ressent aussi au centre nord où le taux est de 8,6%.

Concernant les pauvres, c'est encore au nord du pays que le problème de manque d'infrastructure se pose comme obstacle à la consultation médicale (16,8% au nord contre 1,4% total pauvre).

Tableau N°26 Bis : 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 et par région

STRATE		RAISON NON-CONSULTATION					
		Manque d'infrastruct	éloignement	Coût élevé	Pas nécessaire	NSP	Total
Ouest	Effectif	0	192	8140	27057	320	35709
	% ligne	0%	0,50%	22,80%	75,80%	0,90%	100,00%
	% colonne	0%	0,90%	7,30%	15,30%	6,00%	11,20%
Sud et sud ouest	Effectif	0	2764	26493	15378	0	44635
	% ligne	0%	6,20%	59,40%	34,50%	0%	100,00%
	% colonne	0%	13,60%	23,70%	8,70%	0%	14,00%
Centre nord	Effectif	1846	8881	11384	80136	1534	103781
	% ligne	1,80%	8,60%	11,00%	77,20%	1,50%	100,00%
	% colonne	41,80%	43,80%	10,20%	45,20%	28,80%	32,50%
Centre sud	Effectif	255	6584	52173	39574	1251	99838
	% ligne	0,30%	6,60%	52,30%	39,60%	1,30%	100,00%
	% colonne	5,80%	32,50%	46,70%	22,30%	23,50%	31,30%
Nord	Effectif	2312	1303	2913	5873	1388	13789
	% ligne	16,80%	9,40%	21,10%	42,60%	10,10%	100,00%
	% colonne	52,40%	6,40%	2,60%	3,30%	26,00%	4,30%
Autres villes	Effectif	0	41	4632	3961	841	9475
	% ligne	0%	0,40%	48,90%	41,80%	8,90%	100,00%
	% colonne	0%	0,20%	4,10%	2,20%	15,80%	3,00%
Ouaga bobo	Effectif	0	507	6102	5150	0	11759
	% ligne	0%	4,30%	51,90%	43,80%	0%	100,00%
	% colonne	0%	2,50%	5,50%	2,90%	0%	3,70%
Total	Effectif	4413	20273	111838	177129	5334	318987
	% ligne	1,40%	6,40%	35,10%	55,50%	1,70%	100,00%
	% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Quant à l'éloignement par rapport aux pauvres, le taux n'est pas très élevé (6,4%) ; il touche par contre presque toutes les régions sauf l'Ouest et les autres villes n'incluant pas Ouaga-Bobo.

Une comparaison des pauvres aux autres catégories (intermédiaires, non pauvres) révèle que c'est presque la même situation chez les intermédiaires ; par contre les non pauvres (17,6%) semblent plus sensibles à l'éloignement.

Le problème de distance se pose différemment si nous considérons les ménages au lieu des individus (cf. Tableau N° A23 en annexe). En effet, le problème de l'éloignement se pose surtout au nord si nous considérons les

individus, alors que si nous prenons les ménages, c'est ceux du centre nord (52%) qui ressentent plus ce problème ; il est même plus important dans ce dernier cas que le problème financier et autres, ensuite viennent les ménages du centre-sud (32%) et enfin ceux du nord (18,1% pour l'ensemble des ménages, et 21,5% pour les ménages pauvres).

Du rapport sur les statistiques sanitaires du ministère de la santé 1995, il ressort de la répartition des consultants selon la distance parcourue en Km, que le taux de consultants augmente avec la proximité du centre de santé. C'est ainsi que 62,96% des consultants parcourent entre 0 et 4 Km, 20,43% parcourent entre 5 et 9 Km et 16,61% parcourent 10 KM et plus. Mais dans certaines provinces (le tiers) cette tendance n'est pas observée ; la proportion des consultants augmente quand on passe de 5-9 KM à 10 KM ET +. La distance semble quand même influencer l'utilisation des services de santé (cf. Tableau N°A24 en annexe).

7-1-1-2 Temps d'accès

La répartition des ménages selon le temps mis pour se rendre au centre de santé le plus proche révèle une certaine proximité des centres de santé. En effet, 47,4% des ménages mettent moins d'une 1/2 heure de temps pour se rendre à une formation sanitaire, 25,4% d'une 1/2 heure à 1 heure et 16,2% d'une heure à deux heures (cf. Tableau n° 27 temps d'accès).

Parmi ceux qui vont à pied, plus de la moitié (54,2%) mettent moins d'une demie heure pour s'y rendre. Parmi ceux qui mettent moins d'une demie heure (tout moyen confondu) 84,3% sont à pied. Il faut aussi noter que 73,7% des ménages vont à pied dans les formations sanitaires, 21,7% à bicyclette, 3,5% à motocyclette et seulement 0,8% en automobile.

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

TEMPS D'ACCES	MOYEN D'ACCES					Total
	A pied	Bicyclette	Motocycle	Automobile	Autre	
Moins d une 1/2 h						
Effectif	483698	61469	25060	3814	39	574081
% ligne	84,30%	10,70%	4,40%	0,70%	0,00%	100,00%
% colonne	54,20%	23,40%	58,80%	37,10%	1,40%	47,40%
1/2 à 1 h						
Effectif	180487	113477	10795	2845	304	307908
% ligne	58,60%	36,90%	3,50%	0,90%	0,10%	100,00%
% colonne	20,20%	43,20%	25,30%	27,70%	11,20%	25,40%
1 à 2 h						
Effectif	130506	57699	5623	1843	282	195953
% ligne	66,60%	29,40%	2,90%	0,90%	0,10%	100,00%
% colonne	14,60%	21,90%	13,20%	17,90%	10,40%	16,20%
2 h à 1/2 j						
Effectif	80844	24863	1053	1460	1166	109386
% ligne	73,90%	22,70%	1,00%	1,30%	1,10%	100,00%
% colonne	9,10%	9,50%	2,50%	14,20%	42,90%	9,00%
1/2 à 1 j						
Effectif	16346	4642	90	324	739	22141
% ligne	73,80%	21,00%	0,40%	1,50%	3,30%	100,00%
% colonne	1,80%	1,80%	0,20%	3,20%	27,20%	1,80%
Plus d 1 j						
Effectif	740	761			188	1689
% ligne	43,80%	45,00%			11,10%	100,00%
% colonne	0,10%	0,30%			6,90%	0,10%
Total						
Effectif	892621	262910	42622	10287	2717	1211157
% ligne	73,70%	21,70%	3,50%	0,80%	0,20%	100,00%
% colonne	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Parmi les pauvres, le score n'est pas non plus mauvais. C'est ainsi que parmi ceux qui vont à pied au centre de santé, 44,4% y mettent moins d'une 1/2 heure, 22% d'une 1/2 heure à 1 heure.

Au total 66,6% des ménages pauvres sont situés à au plus une heure de temps d'une formation sanitaire soit 36,6% pour moins d'une demie heure et 30% d'une demie heure à une heure.

En résumé il faut retenir que le problème de l'accessibilité géographique ne se pose pas en général, mais il est ressenti au nord et au centre-nord et mérite une attention particulière.

7-1-2 L'accessibilité financière

L'analyse des données révèle que la barrière financière semble être la plus importante des barrières énumérées par le questionnaire de l'enquête prioritaire. Cette barrière se situe à plusieurs niveaux: consultation, médicaments etc.

7-1-2-1 Consultation

Il ressort de l'analyse des données que la première barrière, si nous ne tenons pas compte de la modalité "pas nécessaire", semble être le coût élevé de la consultation. En effet 35% des répondants pauvres ont évoqué cela comme une raison de non-consultation (cf. tableau 22 bis). Son influence varie selon les régions.

Ainsi 59% des individus pauvres ont évoqué cette raison dans la région sud/Sud ouest, 52% dans le centre sud et à Ouaga-Bobo, 49% dans les autres villes. Tandis que les régions de l'ouest, du nord et du centre nord ne semblent pas trop souffrir de cette raison.

Ces résultats s'observent aussi avec les ménages n'utilisant pas les centres de santé où 40% mentionnent la cherté (trop cher), 20% la distance et seulement 5% la mauvaise qualité. Cela est valable pour toutes les régions et les différents niveaux de vie sauf à Ouaga-Bobo où la mauvaise qualité est un peu plus évoquée (14,6% des ménages).

La barrière constituée par le coût de la consultation semble contredite par la gratuité de la consultation. En effet, selon le tableau N° 28 ci-dessous, 87,6% des personnes pauvres qui sont tombés malades ont eu des visites médicales gratuites. Cette situation s'observe dans presque toutes les régions. Parmi les pauvres qui ont consulté au dispensaire/poste de santé, 92% déclarent n'avoir rien payé et au niveau de l'hôpital/centre de santé c'est 86% qui n'ont rien dépensé. Il faut également noter que le nord semble être l'endroit où les gens bénéficient plus de la gratuité des visites médicales ; c'est peut-être pour cette raison que le coût ne constituait pas un obstacle à la visite médicale.

Au niveau des intermédiaires le taux est de 79,9% et de 68,2% chez les non pauvres. Dans ces deux groupes, c'est parmi ceux qui ont consulté chez le médecin d'entreprise que le taux de gratuité est le plus élevé (100% et 94%).

Tableau N° 28 : Répartition des personnes pauvres tombées malades et ayant consulté au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépense en consultation

STRATE		Tranche de dépense en visite médicale										
		0	1-500	501-1000	1001-2000	2001-3000	3001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	20000 et +	Total
Ouest	Count	16184	760	573	0	0	0	0	0	0	0	17517
	Col %	92,40%	4,30%	3,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Sud/sud ouest	Count	12930	1084	0	232	0	0	0	0	0	0	14246
	Col %	90,80%	7,60%	0,00%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Centre nord	Count	33738	4186	1331	431	326	0	0	167	0	0	40179
	Col %	84,00%	10,40%	3,30%	1,10%	0,80%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	100,00%
Centre sud	Count	37262	3211	426	0	203	0	0	0	0	0	41102
	Col %	90,70%	7,80%	1,00%	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Nord	Count	3741	97	0	81	0	0	0	0	0	0	3918
	Col %	95,50%	2,50%	0,00%	2,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Autres villes	Count	1585	617	111	0	0	0	0	0	0	0	2313
	Col %	68,50%	26,70%	4,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Ouaga bobo	Count	2124	432	457	351	82	0	0	58	0	53	3558
	Col %	59,70%	12,20%	12,90%	9,90%	2,30%	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	1,50%	100,00%
Group Total	Count	107564	10387	2899	1095	610	0	0	225	0	53	122833
	Col %	87,60%	8,50%	2,40%	0,90%	0,50%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

7-1-2-2 Médicaments

Le fait d'être malade et d'aller en consultation n'entraîne pas automatiquement l'achat de médicaments pour se soigner. C'est ainsi que parmi tous ceux qui sont tombés malades, indépendamment de leur niveau de vie, plus de 38% n'ont pas acheté de médicaments.

Ce taux est plus élevé si nous passons aux pauvres (cf. tableaux N° A25 A26, A27, A28 en annexe 0) ; en effet, au regard du tableau de répartition par région, près de 53% des pauvres qui sont tombés malades n'ont pas payé de produits. Il est de 39% parmi les intermédiaires et 22% chez les non pauvres. Ainsi plus de la moitié des pauvres n'ont pas pu honorer leur ordonnance.

L'achat de produits (médicaments) semble être lié au niveau de vie ; plus on est riche, plus on achète des produits quand on est malade.

Ce taux, qui reste toujours fort au niveau des pauvres, varie d'une région à une autre ; ainsi il est de 55% à l'Ouest, de 65,5% dans le Sud / Sud Ouest, de 42% au centre nord, de 57% dans le centre sud, 49% au nord, 56% dans les autres villes et 60% à Ouaga-Bobo.

Parmi les 47% des pauvres qui ont dépensé pour l'achat des produits, la moitié a déboursé au plus 500 FCFA (21%), 8,4% ont déboursé entre 500 et 1000 francs, 4,8% ont déboursé entre 1000 et 1500 francs, 5,1% ont déboursé entre 1500 et 2000 francs et 4,2% ont déboursé plus 4000 francs.

Ce taux baisse si nous prenons seulement les malades qui ont consulté, car il passe à 12% pour tous les consultants et la majorité de ceux qui ont dépensé se situe dans la tranche de 2001-4000 FCFA. Même parmi les pauvres ce taux reste faible car le taux de ceux qui n'ont pas dépensé est de 16,7% en général mais il reste encore élevé (60%) pour ceux qui ont consulté auprès de l'infirmier de quartier et des guérisseurs 30%.

Les dépenses diffèrent selon les prestataires. C'est ainsi que parmi les pauvres qui ont consulté auprès des privés (médecins privés et pharmaciens), 87,3% (médecin privé) et même 100% (pharmacien) ont dépensé entre 2001-4000 et 12,7% (médecin privé) entre 4001-5000 FCFA.

Mais la question qu'on peut se poser est la suivante: comment ceux qui n'ont pas acheté de médicaments se sont-ils soignés?

7-1-3 Autres obstacles

Parmi les raisons de non-consultation, la modalité "pas nécessaire" mérite une attention particulière car elle semble en être la première cause. En effet, plus de 50% des personnes qui ont reconnu être malades, ont jugé non nécessaire de faire une consultation et cela indépendamment de la région.

Ce qui paraît curieux c'est que plus on est riche, plus le taux de non-consultation pour cette raison augmente: 55% chez les pauvres, 59% chez les intermédiaires et 70% chez les non pauvres.

Qu'est ce qui peut expliquer cela? Nature de la maladie? Non gravité de la maladie? Perception de la maladie? Stade de la maladie? Autres?

Une étude approfondie permettrait peut-être de trouver des réponses à toutes ces questions ci-dessus posées avec un questionnaire plus détaillé.

Il serait également souhaitable d'ajouter d'autres modalités à cette variable qui pourraient être « manque de médicaments dans les formations sanitaires », « l'organisation des services » etc..., ou d'en faire une question ouverte avec possibilité de recodage des réponses par la suite à l'aide d'un pré-test.

En conclusion on pourra retenir que les pauvres ont presque les mêmes comportements que les autres catégories de niveau de vie sauf au niveau des dépenses de médicaments où les non pauvres honorent facilement leurs ordonnances que les pauvres.

7-2 LES FACTEURS DETERMINANTS DE LA CONSULTATION

Pour mieux cerner l'influence de certains facteurs sur la consultation (visite médicale, utilisation des services de santé, fréquentation) une analyse multivariée (régression) s'est avérée nécessaire. C'est ainsi qu'un modèle ayant pour variable dépendante (expliquée) "visite médicale récente" pour les personnes qui sont tombées malades au cours de la période de référence, et plusieurs variables indépendantes (explicatives), a été construit. L'analyse, dont nous n'allons pas décrire ici la méthode, a introduit successivement les différentes variables dans le modèle selon leur degré de signification. (Voir résultats de la régression dans le tableau N°29 ci-dessous)

Tableau N°29 : Coefficients de régression du modèle logistique d'explication de l'utilisation des services de santé par les malades

Variable ¹	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
DEPSANTE	2,17E-06	1,301E-08	27864,88	1	,0000	,1187	1,0000
G5			16466,10	6	,0000	,0912	
G5(1)	,0490	,0046	111,5874	1	,0000	,0074	1,0502
G5(2)	,3623	,0054	4562,031	1	,0000	,0480	1,4366
G5(3)	-,1080	,0045	569,3381	1	,0000	-,0169	,8977
G5(4)	,3846	,0041	8749,683	1	,0000	,0665	1,4690
G5(5)	-,1332	,0098	184,8031	1	,0000	-,0096	,8753
G5(6)	-,3225	,0062	2692,275	1	,0000	-,0369	,7243
NIVDEP			12367,59	2	,0000	,0791	
NIVDEP(1)	-,3273	,0031	11027,58	1	,0000	-,0747	,7209
NIVDEP(2)	-,0121	,0025	23,0314	1	,0000	-,0033	,9880
Q15(1)	,0324	,0018	326,1332	1	,0000	,0128	1,0329
Q19	-,0136	8,886E-05	23387,17	1	,0000	-,1088	,9865
Q91\$03			22388,32	5	,0000	,1064	
Q91\$03(1)	1,0397	,0475	479,4097	1	,0000	,0155	2,8284
Q91\$03(2)	,7171	,0475	227,7894	1	,0000	,0107	2,0484
Q91\$03(3)	,2406	,0476	25,5667	1	,0000	,0035	1,2721
Q91\$03(4)	,4819	,0478	101,7381	1	,0000	,0071	1,6191
Q91\$03(5)	-,1077	,0491	4,8080	1	,0283	-,0012	,8979
Q92\$03			1162,389	4	,0000	,0242	
Q92\$03(1)	-,0825	,0131	39,9482	1	,0000	-,0044	,9208
Q92\$03(2)	,0484	,0134	13,1095	1	,0003	,0024	1,0496
Q92\$03(3)	,0845	,0152	30,9570	1	,0000	,0038	1,0882
Q92\$03(4)	-,4588	,0267	294,3329	1	,0000	-,0122	,6320
STATUT			6867,906	9	,0000	,0589	
STATUT(1)	-,0437	,0070	38,5512	1	,0000	-,0043	,9572
STATUT(2)	,1409	,0092	233,6759	1	,0000	,0108	1,1513
STATUT(3)	,3876	,0199	381,2123	1	,0000	,0139	1,4735
STATUT(4)	-,2111	,0065	1042,181	1	,0000	-,0229	,8097
STATUT(5)	-,0736	,0067	119,5836	1	,0000	-,0077	,9290
STATUT(6)	-,2575	,0049	2774,747	1	,0000	-,0375	,7730
STATUT(7)	,2016	,0079	645,8867	1	,0000	,0180	1,2234
STATUT(8)	-,2691	,0132	415,9824	1	,0000	-,0145	,7640
STATUT(9)	,3272	,0173	357,8605	1	,0000	,0134	1,3871
Constant	-,9430	,0479	387,2581	1	,0000		

DEFINITION DES VARIABLES ET DE LEURS MODALITES DU MODELE

La variable dépendante est égale à 1 si l'individu a consulté , et 0 dans le cas contraire

DEPSANTE= Dépense de santé dans le ménage

STATUT=Statut du marché du travail

salarié protégé = STATUT(1);salarié non protégé= STATUT(2)

indépendant non agricole évolutif= STATUT(3)

indépendant non agricole involutif= STATUT(4)

agriculture progressive= STATUT(5) ; agriculture subsistance= STATUT(6)

élevage= STATUT(7), chômeur= STATUT(8) ; autre actif= STATUT(9)

inactif= STATUT(10)

G5=STRATE

Ouest= G5(1) ; Sud et sud ouest= G5(2) ; Centre nord= G5(3)

Centre sud= G5(4); Nord= G5(5); Autres villes= G5(6); Ouaga bobo= G5(7)

Q91\$03= TEMPS D'ACCES AU CENTRE DE SANTE

Moins d'une 1/2 heure= Q91\$03(1)

1/2 à 1 heure= Q91\$03(2) ; 1 à 2 heures= Q91\$03(3)

2 heure à 1/2 journée= Q91\$03(4) ; 1/2journée à 1 journée= Q91\$03(5)

Plus d'1 journée= Q91\$03(6)

Q92\$03=MOYEN D'ACCES AU CENTRE DE SANTE

A pied= Q92\$03(1) ; Bicyclette= Q92\$03(2) ; Motocycle= Q92\$03(3)

Automobile= Q92\$03(4) ; Autre= Q92\$03(5)

NIVDEP=NIVEAU DE VIE

pauvres= NIVDEP(1) ; intermédiaires= NIVDEP(2) ; non pauvres NIVDEP(3)

Q15=SEXE

homme=Q15(1) ; femme=Q15(2)

Q19=AGE EN ANNEE

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

La première variable introduite dans le modèle est la "dépense de santé - ménage" qui était la plus significative (score plus élevé) de toutes les autres variables explicatives ; c'est à dire ici qu'elle semblait le plus influencer la consultation médicale, et la dernière variable à y entrer est le sexe.

Tous les paramètres de l'accessibilité considérés ici pour construire le modèle se sont révélés significatifs et ayant un effet soit positif, soit négatif sur la visite médicale.

Aux regards du tableau, nous pouvons constater que le niveau de vie, la région, l'âge de l'individu, le sexe, le statut du marché du travail du chef de ménage, les dépenses de santé, le temps d'accès, les moyens d'accès influencent d'une manière ou d'une autre la consultation médicale.

Une distinction entre éléments qui influencent positivement et éléments qui influencent négativement s'impose. Nous parlons d'éléments et non de variables parce que les modalités d'une même variable peuvent agir différemment sur la visite médicale.

Les variables ou modalités qui influencent positivement la visite médicale sont: le temps d'accès (moins d'une 1/2h, 1/2 h à 1 h, 1h à 2 h, 2 h à 1/2 journée), le statut (salarié non protégé, indépendant non agricole évolutif, éleveur, les autres actifs et les inactifs), la région (ouest, sud et sud ouest, centre sud), le sexe (homme), dépense santé, moyen d'accès (bicyclette, motocycle).

Les variables ou modalités qui influencent négativement la visite médicale sont: niveau de vie (pauvre, intermédiaire), région (centre nord, nord, autres villes), l'âge, statut (salarié protégé, indépendant non agricole involutif, agriculture subsistance, agriculture progressive, chômeur), moyen d'accès (à pied, automobile)

Le facteur le plus déterminant de la visite médicale, dans ce modèle-ci, est le temps mis pour se rendre au centre de santé le plus proche. Plus le temps mis pour s'y rendre est réduit, plus la tendance (probabilité) à y aller est forte.

Ceux qui sont à moins de 30 mn d'accès ont un coefficient positif plus fort tandis que ceux qui sont à plus d'une 1/2 journée ont un coefficient négatif d'où une influence négative sur l'utilisation.

Ainsi, il ressort que jusqu'à une 1/2 journée de parcours pour rejoindre le centre de santé le plus proche, peut ne pas constituer une entrave à la fréquentation des services de santé.

Dans certaines études, la proximité pourrait ne pas influencer positivement la fréquentation ; si on l'associait par exemple à d'autres variables comme la qualité du service, la tendance peut se s'inverser.

Les autres éléments qui semblent fortement influencer la visite médicale de façon positive sont le fait d'être dans un ménage dont le chef est indépendant non agricole évolutif, autres actifs, ou éleveur, ou bien résider dans les régions centre-sud, sud/sud-ouest.

Les autres modalités du statut sur le marché du travail du chef de ménage ont un effet négatif sur la visite médicale. Le fait d'être dans un ménage dont le chef est salarié non protégé, un indépendant non agricole évolutif, un éleveur ou tout autre actif que ceux mentionnés dans l'enquête, influencent positivement la visite médicale. A part le salarié non protégé, on constate que cela est lié au revenu plus élevé de ces derniers qui semblent plus favorisés que les autres.

En prenant donc un individu quelconque au Burkina, la probabilité qu'il fréquente les services de santé quand il est malade augmente quand celui-ci appartient à un ménage dont le chef relève de ces catégories ci-dessus citées.

Certaines régions semblent avoir une influence positive sur la consultation ; ainsi le fait d'être dans l'Ouest, le sud/ sud-ouest et le centre sud, entraîne une probabilité plus forte d'utiliser les services de santé. Quelles sont les caractéristiques de ces régions? Ce sont des régions avec une

bonne pluviométrie et des possibilités énormes d'exploitation de la terre (culture de rente etc.). Les habitants de ces zones semblent plus nantis (l'incidence de la pauvreté est moins élevée) que les autres même si au nord l'élevage constitue une source de richesse non négligeable. Ainsi, si nous considérons un individu quelconque de la population, le fait de se trouver dans une des régions mentionnées plus haut augmente la probabilité de consultation médicale.

Il ressort aussi que les hommes ont plus tendance à utiliser les services de santé que les femmes lorsqu'ils sont malades. Ceci pourrait s'expliquer par le fait entre autres, que ce sont eux qui détiennent le cordon de la bourse ou qu'ils disposent de plus de temps. En passant d'un individu quelconque malade au sein de la population vers un individu de sexe masculin, la chance de consulter les services de santé croît. Pourtant ce sont les femmes que nous rencontrons le plus souvent dans les formations sanitaires. On peut donc penser que cette affluence des femmes auprès des centres de santé ne concerne pas toujours leur propre santé, mais c'est surtout pour les Soins de santé Maternelle et Infantile (SMI).

Les dépenses de santé influencent positivement l'utilisation des formations sanitaires ; en effet plus elles sont élevées dans un ménage, plus la probabilité pour ses membres de fréquenter les services de santé est élevée. Elle est corrélée au niveau de vie et à la dépense totale qui ont le même effet sur la visite médicale. En prenant un individu quelconque de la population ses chances de fréquentation des services augmentent si ses dépenses de santé dans son ménage sont élevées.

Le fait de passer d'un individu quelconque indépendamment de son moyen de déplacement pour se rendre au service de santé, à un individu qui fait le déplacement à mobylette ou à bicyclette augmente la probabilité d'utilisation des services de santé. La disponibilité dans le ménage d'un de ces moyens est un facteur favorable à l'utilisation du service de santé. Mais le fait de passer à un individu qui fait le déplacement en automobile réduit la fréquentation ; cette observation soulève beaucoup de questions (évacuation? échantillon? trop cher? véhicule personnel ou de transport en commun? est-il propriétaire de l'automobile utilisé?) qu'il serait intéressant d'élucider.

Comme indiqué plus haut beaucoup d'éléments influencent positivement le comportement des individus quant à l'utilisation des services de santé. Ces éléments caractérisent aussi une certaine catégorie de la population qu'on pourrait qualifier de "favorisée" cependant la distinction ici n'est pas nette car on retrouve dans ce lot des gens qui peuvent ne pas être très aisés (salarié non protégé).

Quant aux éléments qui influencent négativement l'utilisation, ceux dont l'influence semble plus forte sont: le fait de se rendre à la formation sanitaire en voiture ; cela peut être dû à l'effectif assez faible dans l'échantillon, le fait d'être pauvre, le fait de résider dans les villes, le fait d'être dans un ménage dont le chef est chômeur, le fait d'être dans un ménage dont le chef est dans l'agriculture de subsistance.

On peut distinguer parmi les facteurs qui influencent négativement le comportement des individus par rapport à la consultation médicale :

- la pauvreté : le fait d'être pauvre ou d'avoir un niveau de vie intermédiaire ;
- Le statut du marché du travail du chef de ménage : le fait d'être dans un ménage dont le chef est un indépendant non agricole involutif, un chômeur, un agriculteur ;
- le moyen de déplacement : le fait de se déplacer à pied pour se rendre au service de santé ;

- la région de résidence : le fait de résider au nord, au centre-nord et dans les villes ;
- l'âge : la probabilité de consulter quand on est malade diminue avec l'âge au Burkina Faso.

Il y a presque autant de facteurs qui influencent positivement que négativement la visite médicale pour les malades. Il ressort de l'analyse des données que le fait d'être pauvre est un facteur négatif à la consultation des services de santé et que le contraire s'observe pour les non pauvres. Mais il y a des situations qui sont non expliquées par ces deux phénomènes.

Il existe donc d'autres facteurs qui influencent dans un sens ou dans l'autre l'utilisation des services de santé. Il faut retenir ici que la distance est l'un des facteurs déterminants dans la décision d'utiliser les services. La proximité influence positivement la consultation. Le développement des formations sanitaires est donc à encourager car sans formations sanitaires toutes les autres actions risquent de ne pas porter beaucoup de fruits ou ne pas connaître un grand succès.

8-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

On peut noter l'existence d'une politique sociale au Burkina Faso, notamment une politique sanitaire active. Dans ce domaine, des efforts sont déployés pour atteindre une certaine sécurité sanitaire par le renforcement des infrastructures sanitaires et l'amélioration de la gestion des services de santé afin de rendre les soins de santé plus accessibles à toutes les couches de la population. Dans le même ordre d'idées, la mise en place de structures d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et génériques concourent à rendre les médicaments plus accessibles à la population.

A travers cette analyse sur les conditions de vie des ménages il apparaît que ces efforts doivent continuer.

En matière d'hygiène du milieu, les pauvres sont les plus défavorisés que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. En milieu urbain, le recours à la douche sans conduite d'eau combiné avec l'absence de caniveaux pour l'évacuation des eaux usées contribue à l'insalubrité du cadre de vie des pauvres et à la prolifération des maladies. De même, l'utilisation de latrines souvent non conformes aux normes et de la nature comme lieu d'aisance surtout en milieu rural, l'utilisation du tas d'immondices comme mode d'évacuation des ordures posent le problème du contrôle des déchets et rejets domestiques et de la pollution de l'environnement (eau et air) préjudiciable à l'hygiène et à la santé publique. Il est donc urgent de renforcer les programmes d'assainissement publics et mettre l'accent sur la sensibilisation des ménages à l'utilisation des latrines, des poubelles.

En fonction de l'analyse faite sur la morbidité, les taux calculés sur la base des déclarations des ménages sont plus élevés pour les non pauvres que pour les pauvres et plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. Mais on peut noter que les taux moyens de morbidité par ménages sont plus élevés que la moyenne nationale dans les régions du centre-nord et du centre-sud et dans les ménages pauvres du sud/sud-ouest et nord. On a pu aussi confirmer l'influence du mode d'approvisionnement en eau sur le taux de morbidité moyen par ménage en milieu urbain. Ceci peut constituer quelques axes d'approfondissement de la réflexion sur la morbidité en plus de ceux plus formalisés, énumérés ci-dessus :

- Compte tenu des us et coutume dans les régions, il est recommandé de faire une étude sur les déterminants socioculturels de la morbidité selon les régions.

- Le taux de morbidité relativement faible chez les populations pauvres cachent une réalité liée à la connaissance, à l'attitude, et à la pratique qu'elles maintiennent vis à vis de la maladie. Aussi tout programme de santé doit avoir un volet important en Information Education et Communication (IEC).

En ce qui concerne la contribution à la résolution du problème d'accessibilité, on peut déjà faire quelques recommandations préliminaires :

- Au regard de tout ce qui précède, l'on peut dire que dans le nord du Burkina, une augmentation du nombre de formations sanitaires serait nécessaire non seulement pour réduire les distances, mais aussi pour résoudre les problèmes d'enclavement. Cependant il y a lieu de s'interroger sur la validité des normes nationales dans cette zone et la nature de services offerts et des infrastructures socio-sanitaires à y implanter (soins à domicile, équipe mobile).

- Il ressort que la région du Sud/Sud-Ouest connaît un sérieux problème de barrière financière en matière de consultation des services de santé. Il serait donc intéressant de comparer la capacité et la volonté de payer de cette région aux autres régions en vue de la révision de la tarification. L'Etat doit voir la possibilité d'aider un peu plus cette région en matière de santé.

- Vue l'insuffisance constatée au niveau du questionnaire, il serait souhaitable que l'INSD soumette dorénavant les questionnaires de l'enquête prioritaire aux institutions concernées notamment les ministères sociaux pour enrichissement. Cela permettra, à n'en pas douter, de prendre en compte les besoins des uns et des autres.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Institut National de la Statistique et de la Démographie 1996a. Analyse de résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, Ouagadougou, février, INSD.

Institut National de la Statistique et de la Démographie 1996a. Le profil de pauvreté au Burkina Faso, Ouagadougou, février, INSD.

Institut National de la Statistique et de la Démographie 1993. Enquête Démographique et de Santé, Ouagadougou, juin, INSD.

Nations unies 1993. Evaluation de l'état nutritionnel des jeune enfants par voie d'enquêtes auprès des ménages, New York, DP/UN/INT-89X06/8F, Nations Unies.

Lachaud, J.-P 1996. Croissance économique, pauvreté et inégalité des revenus en Afrique subsaharienne : analyse comparative, Bordeaux, document de travail n°11, Centre d'économie du développement, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lachaud, J.-P 1997. Pauvreté, vulnérabilité et marché du travail au Burkina Faso, février, Ministère de l'économie et des finances.

Lachaud, J.-P., Chouaib, A 1996. Rapport sur le développement humain durable en Mauritanie, Nouakchott, programme des nations unies pour le développement, Ministère de la fonction publique, de la jeunesse et des sports.

Ministère de l'économie et des finances-STP/PAS 1996. Revue des dépenses publiques (1991-1995), Ouagadougou, Ministère de l'économie et des finances.

AGOLI-AGBO, Micheline. Crise, précarité et problème de santé à Cotonou, Secondes journées scientifiques du réseau démographie, Ouagadougou, novembre 1996.

KOBIANE, Jean-François. Essai de construction d'un profil de pauvreté à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat, Secondes journées scientifiques du réseau démographie, Ouagadougou, novembre 1996.

ANNEXE 0 : TABLEAUX

**Tableau N° A23 : Répartition des ménages n'utilisant pas le centre de santé
selon la raison ,la région et le niveau de vie**

STRATE	RAISON											
	Trop cher		Trop loin		Mauvaise qualité		Autre		Non concerné		Group Total	
	Effectif	Ligen%	Effectif	Ligen%	Effectif	Ligen%	Effectif	Ligen%	Effectif	Ligen%	Effectif	Ligen%
Ouest												
pauvres	488	62,30%	0	0,00%	0	0,00%	192	24,50%	103	13,20%	783	100,00%
intermédiaires	786	37,90%	612	29,50%	0	0,00%	421	20,30%	254	12,20%	2072	100,00%
non pauvres	386	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	386	100,00%
Group Total	1660	51,20%	612	18,90%	0	0,00%	613	18,90%	357	11,00%	3241	100,00%
Sud/sud ouest												
pauvres	3021	88,60%	0	0,00%	0	0,00%	389	11,40%	0	0,00%	3410	100,00%
intermédiaires	2531	82,70%	0	0,00%	0	0,00%	531	17,30%	0	0,00%	3062	100,00%
non pauvres	250	55,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	200	44,50%	450	100,00%
Group Total	5802	83,80%	0	0,00%	0	0,00%	920	13,30%	200	2,90%	6922	100,00%
Centre nord												
pauvres	2007	27,80%	3566	49,30%	0	0,00%	1127	15,60%	527	7,30%	7227	100,00%
intermédiaires	2311	28,90%	4198	52,50%	238	3,00%	811	10,10%	446	5,60%	8003	100,00%
non pauvres	113	9,90%	741	64,90%	0	0,00%	287	25,20%	0	0,00%	1142	100,00%
Group Total	4430	27,10%	8505	52,00%	238	1,50%	2225	13,60%	973	5,90%	16371	100,00%
Centre sud												
pauvres	2705	62,10%	993	22,80%	0	0,00%	148	3,40%	507	11,70%	4352	100,00%
intermédiaires	763	24,50%	1294	41,50%	0	0,00%	856	27,50%	203	6,50%	3115	100,00%
non pauvres	293	47,60%	323	52,40%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	617	100,00%
Group Total	3761	46,50%	2610	32,30%	0	0,00%	1003	12,40%	710	8,80%	8084	100,00%
Nord												
pauvres	2645	48,20%	1181	21,50%	0	0,00%	1659	30,30%	0	0,00%	5485	100,00%
intermédiaires	2709	55,80%	710	14,60%	0	0,00%	1381	28,40%	60	1,20%	4860	100,00%
non pauvres	533	53,40%	167	16,70%	0	0,00%	253	25,30%	47	4,70%	999	100,00%
Group Total	5887	51,90%	2057	18,10%	0	0,00%	3293	29,00%	107	0,90%	11344	100,00%
Autres villes												
pauvres	40	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	40	100,00%
intermédiaires	248	72,00%	0	0,00%	0	0,00%	41	11,80%	56	16,20%	345	100,00%
non pauvres	657	48,40%	0	0,00%	41	3,00%	369	27,20%	290	21,40%	1357	100,00%
Group Total	946	54,30%	0	0,00%	41	2,30%	409	23,50%	346	19,90%	1742	100,00%
Ouaga bobo												

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

pauvres	645	53,20%	0	0,00%	82	6,70%	487	40,10%	0	0,00%	1213	100,00%
intermédiaires	2748	44,30%	281	4,50%	760	12,30%	2043	32,90%	371	6,00%	6203	100,00%
non pauvres	3227	18,40%	725	4,10%	2790	15,90%	8165	46,60%	2623	15,00%	17530	100,00%
Group Total	6620	26,50%	1006	4,00%	3632	14,60%	10694	42,90%	2994	12,00%	24946	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Tableau N° A24 : Répartition par province des consultants selon la distance en 1995

PROVINCE	0-4 Km		5-9 Km		10 Km et +		Total Consultants
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Bam	24675	59,99	9942	24,17	6518	15,85	41135
Bazèga	32755	54,13	16615	27,46	11141	18,41	60512
Bougouriba	32086	61,13	12539	23,89	7860	14,98	52485
Boulgou	64983	64,34	22911	22,68	13112	12,98	101007
Boulkiemdé	98868	59,49	36857	22,40	29780	18,10	164505
Comoé	33043	69,14	8502	17,79	6243	13,06	47788
Ganzourgou	21968	57,83	10242	26,96	5778	15,21	37988
Gnagna	17097	43,15	8941	22,57	13584	34,28	39622
Gourma	9107	44,38	5218	25,43	6194	30,19	20519
Houet	177242	66,26	55574	20,78	34687	12,97	267504
Kadiogo	207636	72,47	41655	14,54	37223	12,99	286513
KénéDougou	23819	64,00	5812	15,62	7586	20,38	37217
Kossi	18037	61,83	6845	23,46	4291	14,71	29173
Kouritenga	18037	61,83	6845	23,46	4291	14,71	29173
Mouhoun	51816	65,88	16080	20,44	10758	13,68	78654
Nahouri	16077	82,25	2285	11,69	1185	06,06	19547
Namentenga	14840	52,65	6668	23,66	6677	23,69	28185
Oubritenga	41487	70,26	13015	22,04	4544	07,70	59046
Oudalan	13921	61,97	2699	12,02	5843	26,01	22464
Passoré	7199	71,88	1909	19,06	908	09,06	10016
Poni	58112	69,74	6295	15,62	5902	14,64	40310
Sanguié	22970	63,46	8353	23,08	4871	13,46	36195
Sanmatenga	31718	55,47	12840	22,45	12623	22,08	57181
Séno	17715	58,83	4473	14,85	7926	26,32	30114
Sissili	23992	53,93	7954	17,88	12539	28,19	44485
Soum	11218	55,79	4307	21,42	4583	22,79	20108
Sourou	39346	68,48	7849	13,66	10262	17,86	57457
Tapoa	23931	46,42	12001	23,28	15621	30,30	51553
Yatenga	47635	63,71	17554	23,48	9580	12,81	74769
Zoundwéogo	10478	50,47	6431	30,97	3853	18,56	20761
Total	1197444	62,96	388610	20,43	315871	16,61	1901925

sources : Rapport statistique, DEP Santé, Déc. 1995

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Tableau N° A25 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (pauvres)

STRATE		Tranche de dépenses en médicament										
		0	1-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	20000 et +	Total
Ouest	Effectif	29 342	7 658	2 382	2 386	1 883	3 963	1 564	2 844	1 203	-	53 226
	Ligne %	55,10%	14,40%	4,50%	4,50%	3,50%	7,40%	2,90%	5,30%	2,30%	0,00%	100,00%
Sud/sud ouest	Effectif	38543	6376	4805	2161	1694	2617	1364	567	522	232	58881
	Ligne %	65,50%	10,80%	8,20%	3,70%	2,90%	4,40%	2,30%	1,00%	0,90%	0,40%	100,00%
Centre nord	Effectif	60405	45230	15866	8520	5070	6684	421	1281	86	94	143657
	Ligne %	42,00%	31,50%	11,00%	5,90%	3,50%	4,70%	0,30%	0,90%	0,10%	0,10%	100,00%
Centre sud	Effectif	80731	23935	11279	6684	4995	7241	3461	2614	0	0	140940
	Ligne %	57,30%	17,00%	8,00%	4,70%	3,50%	5,10%	2,50%	1,90%	0,00%	0,00%	100,00%
Nord	Effectif	8624	5844	925	244	354	884	198	397	67	0	17537
	Ligne %	49,20%	33,30%	5,30%	1,40%	2,00%	5,00%	1,10%	2,30%	0,40%	0,00%	100,00%
Autres villes	Effectif	6 618	1 896	314	743	611	600	414	423	134	-	11753
	Ligne %	56,30%	16,10%	2,70%	6,30%	5,20%	5,10%	3,50%	3,60%	1,10%	0,00%	100,00%
Ouaga bobo	Effectif	9042	2307	1417	509	524	559	286	295	108	58	15104
	Ligne %	59,90%	15,30%	9,40%	3,40%	3,50%	3,70%	1,90%	2,00%	0,70%	0,40%	100,00%
Group Total	Effectif	233304	93246	36987	21247	15131	22549	7708	8422	2120	384	441098
	Ligne %	52,90%	21,10%	8,40%	4,80%	3,40%	5,10%	1,70%	1,90%	0,50%	0,10%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Tableau N° A26 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (intermédiaires)

STRATE		Tranche de dépenses en médicaments										
		0-1-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	20000 et +	Total	
Ouest	Effectif	55668	26611	7441	3482	4185	8302	2265	3181	558	1874	113567
	Ligne %	49,00%	23,40%	6,60%	3,10%	3,70%	7,30%	2,00%	2,80%	0,50%	1,70%	100,00%
Sud et sud ouest	Effectif	26304	5819	5804	3752	2372	8300	2893	2835	1879	741	60698
	Ligne %	43,30%	9,60%	9,60%	6,20%	3,90%	13,70%	4,80%	4,70%	3,10%	1,20%	100,00%
Centre nord	Effectif	37086	34466	17278	12564	7717	15992	5099	5291	1116	424	137033
	Ligne %	27,10%	25,20%	12,60%	9,20%	5,60%	11,70%	3,70%	3,90%	0,80%	0,30%	100,00%
Centre sud	Effectif	63983	25965	12757	8157	7577	17905	5493	10082	2176	1010	155103
	Ligne %	41,30%	16,70%	8,20%	5,30%	4,90%	11,50%	3,50%	6,50%	1,40%	0,70%	100,00%
Nord	Effectif	6667	6784	2189	1009	644	1228	291	643	386	47	19888
	Ligne %	33,50%	34,10%	11,00%	5,10%	3,20%	6,20%	1,50%	3,20%	1,90%	0,20%	100,00%
Autres villes	Effectif	14683	10027	2507	2408	1489	3647	1601	3185	1080	585	41212
	Ligne %	35,60%	24,30%	6,10%	5,80%	3,60%	8,90%	3,90%	7,70%	2,60%	1,40%	100,00%
Ouaga bobo	Effectif	34791	16301	6540	3980	4158	9284	1959	3453	1350	249	82066
	Ligne %	42,40%	19,90%	8,00%	4,80%	5,10%	11,30%	2,40%	4,20%	1,60%	0,30%	100,00%
Group Total	Effectif	239181	125973	54516	35352	28141	64660	19600	28671	8545	4930	609568
	Ligne %	39,20%	20,70%	8,90%	5,80%	4,60%	10,60%	3,20%	4,70%	1,40%	0,80%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Tableau N° A27 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (non pauvres)

STRATE		Tranche de dépenses en médicaments										Total
		0	1-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	20000 et +	
Ouest	Effectif	13262	10366	5746	2743	1912	9852	453	5347	2784	1709	54174
	Ligne %	24,50%	19,10%	10,60%	5,10%	3,50%	18,20%	0,80%	9,90%	5,10%	3,20%	100,00%
Sud/sud ouest	Effectif	8142	3973	3396	1289	1332	5851	1441	4205	3031	686	33344
	Ligne %	24,40%	11,90%	10,20%	3,90%	4,00%	17,50%	4,30%	12,60%	9,10%	2,10%	100,00%
Centre nord	Effectif	4531	4121	2807	1624	1543	3080	1187	1602	794	550	21839
	Ligne %	20,70%	18,90%	12,90%	7,40%	7,10%	14,10%	5,40%	7,30%	3,60%	2,50%	100,00%
Centre sud	Effectif	10870	10118	3956	3249	3794	8475	2870	5401	3799	3140	55671
	Ligne %	19,50%	18,20%	7,10%	5,80%	6,80%	15,20%	5,20%	9,70%	6,80%	5,60%	100,00%
Nord	Effectif	1882	2214	441	644	455	1038	462	522	89	35	7782
	Ligne %	24,20%	28,50%	5,70%	8,30%	5,80%	13,30%	5,90%	6,70%	1,10%	0,50%	100,00%
Autres villes	Effectif	14504	8449	3507	3963	2293	8798	3616	7652	4109	2363	59251
	Ligne %	24,50%	14,30%	5,90%	6,70%	3,90%	14,80%	6,10%	12,90%	6,90%	4,00%	100,00%
Ouaga bobo	Effectif	42246	23447	14398	10428	9156	31475	9405	30691	18363	6817	196425
	Ligne %	21,50%	11,90%	7,30%	5,30%	4,70%	16,00%	4,80%	15,60%	9,30%	3,50%	100,00%
Group Total	Effectif	95435	62688	34251	23939	20484	68568	19434	55419	32968	15300	428486
	Ligne %	22,30%	14,60%	8,00%	5,60%	4,80%	16,00%	4,50%	12,90%	7,70%	3,60%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Tableau N° A28 : Répartition des personnes tombées malades au cours de la période de référence selon la région et la tranche de dépenses en médicaments (Group Total)

STRATE		Tranche de dépenses en médicaments										
		0	1-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	20000 et +	Total
Ouest	Effectif	98272	44635	15569	8611	7980	22118	4282	11371	4545	3583	220968
	Ligne %	44,50%	20,20%	7,00%	3,90%	3,60%	10,00%	1,90%	5,10%	2,10%	1,60%	100,00%
Sud/sud ouest	Effectif	72989	16168	14005	7201	5397	16767	5698	7607	5431	1660	152923
	Ligne %	47,70%	10,60%	9,20%	4,70%	3,50%	11,00%	3,70%	5,00%	3,60%	1,10%	100,00%
Centre nord	Effectif	102021	83817	35952	22707	14330	25756	6707	8174	1996	1068	302528
	Ligne %	33,70%	27,70%	11,90%	7,50%	4,70%	8,50%	2,20%	2,70%	0,70%	0,40%	100,00%
Centre sud	Effectif	155583	60018	27992	18090	16366	33621	11823	18097	5975	4149	351715
	Ligne %	44,20%	17,10%	8,00%	5,10%	4,70%	9,60%	3,40%	5,10%	1,70%	1,20%	100,00%
Nord	Effectif	17172	14843	3555	1896	1453	3150	951	1563	542	83	45206
	Ligne %	38,00%	32,80%	7,90%	4,20%	3,20%	7,00%	2,10%	3,50%	1,20%	0,20%	100,00%
Autres villes	Effectif	35805	20371	6328	7114	4392	13045	5631	11260	5322	2948	112216
	Ligne %	31,90%	18,20%	5,60%	6,30%	3,90%	11,60%	5,00%	10,00%	4,70%	2,60%	100,00%
Ouaga bobo	Effectif	86078	42055	22355	14917	13838	41318	11650	34439	19821	7124	293595
	Ligne %	29,30%	14,30%	7,60%	5,10%	4,70%	14,10%	4,00%	11,70%	6,80%	2,40%	100,00%
Group Total	Effectif	567920	281907	125754	80538	63756	155776	46742	92512	43633	20614	1479152
	Ligne %	38,40%	19,10%	8,50%	5,40%	4,30%	10,50%	3,20%	6,30%	2,90%	1,40%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Tableau N° A29 : Répartition des personnes tombées malades et ayant consulté au cours de la période de référence selon le type de consultation et la tranche de dépenses en visites médicales (niveau de vie pauvre)

PREMIERE CONSULTATION		Tranche de dépense en visite médicale										
		0	1-500	501-1000	1001-2000	2001-3000	3001-4000	4001-5000	5001-10000	10001-20000	20000 et +	Total
Guéri.trad./marab.	Effectif	16952	2122	932	580	131	0	0	73	0	0	20790
	% Col	81,50%	10,20%	4,50%	2,80%	0,60%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	100,00%
Médecin privé	Effectif	184	286	0	0	0	0	0	0	0	0	470
	% Col	39,20%	60,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Pharmacien privé	Effectif	0	0	58	0	0	0	0	0	0	0	58
	% Col	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Infirm.de quartier	Effectif	1408	0	0	181	0	0	0	0	0	0	1589
	% Col	88,60%	0,00%	0,00%	11,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Hopital/centre de santé	Effectif	19633	1748	696	334	289	0	0	152	0	0	22852
	% Col	85,90%	7,60%	3,00%	1,50%	1,30%	0,00%	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	100,00%
Dispen./poste de san	Effectif	64724	4651	744	0	108	0	0	0	0	0	70227
	% Col	92,20%	6,60%	1,10%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Privé chrétien/ONG	Effectif	4235	1581	344	0	82	0	0	0	0	0	6241
	% Col	67,90%	25,30%	5,50%	0,00%	1,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Médecine d'entrepris	Effectif	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	53
	% Col	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Autre	Effectif	428	0	124	0	0	0	0	0	0	0	552
	% Col	77,50%	0,00%	22,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Group Total	Effectif	107564	10387	2899	1095	610	0	0	225	0	53	122833
	% Col	87,60%	8,50%	2,40%	0,90%	0,50%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	100,00%

Source : Enquête prioritaire INSD-1994

**ANNEXE 1 : Analyse de la variance avec comme variable expliquée
le taux de morbidité par ménage et comme variables
de classe la région et le niveau de vie**

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

* * * * * A n a l y s i s o f V a r i a n c e * * *

Combined Observed Means for G5

Variable .. TAUXMORB

G5

Ouest	WGT.	15,70206
	UNWGT.	16,90806
Sud et s	WGT.	14,01632
	UNWGT.	14,37155
Centre n	WGT.	16,88969
	UNWGT.	21,93001
Centre s	WGT.	19,19760
	UNWGT.	22,18580
Nord	WGT.	10,28547
	UNWGT.	11,47850
Autres v	WGT.	28,96990
	UNWGT.	25,33734
Ouaga bo	WGT.	28,94552
	UNWGT.	25,28882

Combined Observed Means for NIVDEP

Variable .. TAUXMORB

NIVDEP

pauvres	WGT.	11,49816
	UNWGT.	12,67303
intermÚd	WGT.	18,86668
	UNWGT.	18,89529
non pauv	WGT.	29,38049
	UNWGT.	27,36030

Tests of Significance for TAUXMORB using UNIQUE sums of squares

Source of Variation	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN+RESIDUAL	4989305,41	8607	579,68		
G5	148561,07	6	24760,18	42,71	,000
NIVDEP	167381,71	2	83690,85	144,37	,000
G5 BY NIVDEP	35040,41	12	2920,03	5,04	,000
(Model)	627121,42	20	31356,07	54,09	,000
(Total)	5616426,82	8627	651,03		

R-Squared = ,112

Adjusted R-Squared = ,110

Effect Size Measures and Observed Power at the ,0500 Level

Source of Variation	Partial ETA Sqd	Noncentrality	Power
G5	,02891	256,281	1,000
NIVDEP	,03246	288,748	1,000
G5 BY NIVDEP	,00697	60,4479	1,000

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Estimates for TAUXMORB

--- Joint univariate ,9500 BONFERRONI confidence intervals

--- two-tailed observed power taken at ,0500 level

G5

Parameter	Coeff.	Std. Err.	t-Value	Sig. t	Lower -95%	CL- Upper	Noncent.	Power
2	-2,7348091749	,79643	-3,43382	,00060	-4,83649	-,63313	11,79114	,929
3	-5,2713232218	,85114	-6,19322	,00000	-7,51738	-3,02527	38,35592	1,000
4	2,2871413877	,71899	3,18104	,00147	,38982	4,18447	10,11900	,888
5	2,5429310554	,77334	3,28827	,00101	,50220	4,58366	10,81269	,907
6	-8,1643679685	,69509	-11,74572	,00000	-9,99863	-6,33011	137,96199	1,000
7	5,6944748228	,90673	6,28026	,00000	3,30174	8,08720	39,44165	1,000

NIVDEP

Parameter	Coeff.	Std. Err.	t-Value	Sig. t	Lower -95%	CL- Upper	Noncent.	Power
8	-6,9698430596	,47876	-14,55812	,00000	-8,04312	-5,89656	211,93883	1,000
9	-,7475832016	,41716	-1,79207	,07316	-1,68277	,18761	3,21152	,432

* * * * * A n a l y s i s o f V a r i a n c e -- Design 1 * * * * *

Estimates for TAUXMORB (Cont.)

G5 BY NIVDEP

Parameter	Coeff.	Std. Err.	t-Value	Sig. t	Lower -95%	CL- Upper	Noncent.	Power
10	-1,8223287019	1,11048	-1,64103	,10083	-5,00499	1,36033	2,69298	,375
11	-,0991547330	1,04287	-,09508	,92425	-3,08804	2,88973	,00904	,032
12	4,4211100023	1,14546	3,85967	,00011	1,13818	7,70404	14,89704	,971
13	1,5678804577	1,13132	1,38588	,16582	-1,67452	4,81028	1,92067	,282
14	-3,0487392381	,87919	-3,46767	,00053	-5,56852	-,52896	12,02475	,933
15	-,8400517982	,87377	-,96141	,33637	-3,34430	1,66419	,92431	,175
16	-1,0711170170	1,01510	-1,05518	,29137	-3,98043	1,83820	1,11340	,185
17	-2,0411427573	,97308	-2,09761	,03597	-4,83002	,74773	4,39996	,552

Étude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

18	3,2612632290	,93219	3,49850	,00047	,58958	5,93294	12,23950	,937
19	-,6278309391	,89884	-,69849	,48489	-3,20393	1,94827	,48789	,107
20	-2,5637395136	1,49498	-1,71489	,08640	-6,84841	1,72093	2,94086	,403
21	,8290698796	1,18609	,69899	,48458	-2,57031	4,22845	,48859	,107

Adjusted and Estimated Means

Variable .. TAUXMORB		Taux de morbidité/mŷnage					
Factor	Code	Obs. Mean	Adj. Mean	Est. Mean	Raw Resid.	Std. Resid.	
G5	Ouest						
NIVDEP	pauvres	8,11589	8,11589	8,11589	,00000	,00000	
NIVDEP	intermŷd	16,06132	16,06132	16,06132	,00000	,00000	
NIVDEP	non pauv	26,54697	26,54697	26,54697	,00000	,00000	
G5	Sud et s						
NIVDEP	pauvres	11,82281	11,82281	11,82281	,00000	,00000	
NIVDEP	intermŷd	15,19184	15,19184	15,19184	,00000	,00000	
NIVDEP	non pauv	16,09998	16,09998	16,09998	,00000	,00000	
G5	Centre n						
NIVDEP	pauvres	11,91143	11,91143	11,91143	,00000	,00000	
NIVDEP	intermŷd	20,34238	20,34238	20,34238	,00000	,00000	
NIVDEP	non pauv	33,53623	33,53623	33,53623	,00000	,00000	
G5	Centre s						
NIVDEP	pauvres	14,14484	14,14484	14,14484	,00000	,00000	
NIVDEP	intermŷd	19,39707	19,39707	19,39707	,00000	,00000	
NIVDEP	non pauv	33,01549	33,01549	33,01549	,00000	,00000	
G5	Nord						
NIVDEP	pauvres	7,76992	7,76992	7,76992	,00000	,00000	
NIVDEP	intermŷd	10,10309	10,10309	10,10309	,00000	,00000	
NIVDEP	non pauv	16,56250	16,56250	16,56250	,00000	,00000	

Étude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

G5	Autres v					
NIVDEP	pauvres	15,80376	15,80376	15,80376	,00000	,00000
NIVDEP	intermÚd	25,41883	25,41883	25,41883	,00000	,00000
NIVDEP	non pauv	34,78944	34,78944	34,78944	,00000	,00000
G5	Ouaga bo					
NIVDEP	pauvres	19,14253	19,14253	19,14253	,00000	,00000
NIVDEP	intermÚd	25,75247	25,75247	25,75247	,00000	,00000
NIVDEP	non pauv	30,97147	30,97147	30,97147	,00000	,00000

* * * * * A n a l y s i s o f V a r i a n c e -- Design 1 * * * * *

Combined Adjusted Means for G5

Variable .. TAUXMORB

G5		
Ouest	UNWGT.	16,90806
Sud et s	UNWGT.	14,37155
Centre n	UNWGT.	21,93001
Centre s	UNWGT.	22,18580
Nord	UNWGT.	11,47850
Autres v	UNWGT.	25,33734
Ouaga bo	UNWGT.	25,28882

Combined Adjusted Means for NIVDEP

Variable .. TAUXMORB

NIVDEP		
pauvres	UNWGT.	12,67303
intermÚd	UNWGT.	18,89529
non pauv	UNWGT.	27,36030

**ANNEXE 2 : Analyse de la variance avec comme variable expliquée le
taux de morbidité par ménage et comme variables de classe
le niveau de vie et le mode d’approvisionnement en eau**

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

* * * * * A n a l y s i s o f V a r i a n c e
* * *

234496 cases accepted.
 0 cases rejected because of out-of-range factor values.
 2 cases rejected because of missing data.
 21 non-empty cells.

1 design will be processed.

Combined Observed Means for NIVDEP
 Variable .. TAUXMORB
 NIVDEP
 pauvres WGT. 17,26645
 UNWGT. 16,82842
 intermÚd WGT. 26,16845
 UNWGT. 23,00151
 non pauv WGT. 31,75851
 UNWGT. 34,09921

Combined Observed Means for Q614
 Variable .. TAUXMORB
 Q614
 Cours d WGT. 30,29430
 UNWGT. 27,91336
 Puits WGT. 29,05720
 UNWGT. 26,28692
 Forage WGT. 28,12199
 UNWGT. 26,82844
 Fontaine WGT. 28,60368
 UNWGT. 24,71136
 Robinet WGT. 30,48940
 UNWGT. 22,39483
 Robinet WGT. 29,39175
 UNWGT. 18,14033
 Autre WGT. 41,02647
 UNWGT. 26,22610

Tests of Significance for TAUXMORB using UNIQUE sums of squares

Source of Variation	SS	DF	MS	F	Sig of F
WITHIN+RESIDUAL	211488016,1	234475	901,96		
NIVDEP	1058677,44	2	529338,72	586,87	,000
Q614	181368,21	6	30228,04	33,51	,000
NIVDEP BY Q614	529849,60	12	44154,13	48,95	,000
(Model)	5105508,38	20	255275,42	283,02	,000
(Total)	216593524,5	234495	923,66		

R-Squared = ,024
Adjusted R-Squared = ,023

Effect Size Measures and Observed Power at the ,0500 Level

Source of Variation	Partial ETA Sq	Noncen- trality	Power
NIVDEP	,00498	1173,75	1,000
Q614	,00086	201,081	1,000
NIVDEP BY Q614	,00250	587,440	1,000

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

Estimates for TAUXMORB

--- Joint univariate ,9500 BONFERRONI confidence intervals

--- two-tailed observed power taken at ,0500 level

NIVDEP

Parameter	Coeff.	Std. Err.	t-Value	Sig. t	Lower -95%	CL- Upper	Noncent.	Power
2	-7,8146284112	,52556	-14,86922	,00000	-8,99262	-6,63664	221,09380	1,000
3	-1,6415384010	,35351	-4,64357	,00000	-2,43390	-,84918	21,56271	,996

Q614

Parameter	Coeff.	Std. Err.	t-Value	Sig. t	Lower -95%	CL- Upper	Noncent.	Power
4	3,2703075992	,65163	5,01867	,00000	1,55113	4,98948	25,18706	,999
5	1,6438744843	,31516	5,21600	,00000	,81240	2,47535	27,20670	1,000
6	2,1853942341	,39028	5,59949	,00000	1,15571	3,21507	31,35426	1,000
7	,0683081480	,30837	,22152	,82469	-,74525	,88186	,04907	,039
8	-2,2482181133	,66810	-3,36512	,00077	-4,01084	-,48560	11,32400	,919
9	-6,5027151723	,70575	-9,21385	,00000	-8,36469	-4,64074	84,89512	1,000

Estimates for TAUXMORB (Cont.)

NIVDEP BY Q614

Parameter	Coeff.	Std. Err.	t-Value	Sig. t	Lower -95%	CL- Upper	Noncent.	Power
10	6,4543225128	1,08125	5,96930	,00000	3,35623	9,55242	35,63260	1,000
11	-2,7828341919	,56758	-4,90297	,00000	-4,40912	-1,15655	24,03907	,999
12	3,7055008570	,67688	5,47440	,00000	1,76605	5,64495	29,96904	1,000
13	,4759276125	,56528	,84194	,39982	-1,14375	2,09561	,70886	,175
14	-,3257861116	1,28402	-,25372	,79971	-4,00487	3,35329	,06438	,042
15	-5,7823289193	1,35579	-4,26491	,00002	-9,66706	-1,89760	18,18946	,989
16	-2,6133447103	,90488	-2,88807	,00388	-5,20608	-,02061	8,34093	,821
17	5,4912641218	,39334	13,96044	,00000	4,36422	6,61831	194,89385	1,000
18	-,9180660241	,49924	-1,83891	,06593	-2,34855	,51241	3,38159	,451

Etude spécifique sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso

19	2,3772741847	,37907	6,27141	,00000	1,29114	3,46341	39,33053	1,000
20	,7909202702	,75296	1,05042	,29353	-1,36652	2,94836	1,10338	,184
21	2,4768151625	,79493	3,11578	,00183	,19912	4,75451	9,70807	,875

Adjusted and Estimated Means

Variable .. TAUXMORB		Taux de morbidité/mŷnage					
Factor	Code	Obs. Mean	Adj. Mean	Est. Mean	Raw Resid.	Std. Resid.	
NIVDEP	pauvres						
Q614	Cours d	26,55305	26,55305	26,55305	,00000	,00000	
Q614	Puits	15,68946	15,68946	15,68946	,00000	,00000	
Q614	Forage	22,71931	22,71931	22,71931	,00000	,00000	
Q614	Fontaine	17,37266	17,37266	17,37266	,00000	,00000	
Q614	Robinet	14,25442	14,25442	14,25442	,00000	,00000	
Q614	Robinet	4,54338	4,54338	4,54338	,00000	,00000	
Q614	Autre	16,66667	16,66667	16,66667	,00000	,00000	
NIVDEP	interméd						
Q614	Cours d	23,65847	23,65847	23,65847	,00000	,00000	
Q614	Puits	30,13665	30,13665	30,13665	,00000	,00000	
Q614	Forage	24,26884	24,26884	24,26884	,00000	,00000	
Q614	Fontaine	25,44709	25,44709	25,44709	,00000	,00000	
Q614	Robinet	21,54421	21,54421	21,54421	,00000	,00000	
Q614	Robinet	18,97561	18,97561	18,97561	,00000	,00000	
Q614	Autre	16,97970	16,97970	16,97970	,00000	,00000	
NIVDEP	non pauv						
Q614	Cours d	33,52854	33,52854	33,52854	,00000	,00000	
Q614	Puits	33,03466	33,03466	33,03466	,00000	,00000	
Q614	Forage	33,49717	33,49717	33,49717	,00000	,00000	
Q614	Fontaine	31,31432	31,31432	31,31432	,00000	,00000	
Q614	Robinet	31,38586	31,38586	31,38586	,00000	,00000	
Q614	Robinet	30,90201	30,90201	30,90201	,00000	,00000	
Q614	Autre	45,03193	45,03193	45,03193	,00000	,00000	

* * * * * A n a l y s i s o f V a r i a n c e --

Combined Adjusted Means for NIVDEP

Variable .. TAUXMORB

NIVDEP		
pauvres	UNWGT.	16,82842
intermÚd	UNWGT.	23,00151
non pauv	UNWGT.	34,09921

Combined Adjusted Means for Q614

Variable .. TAUXMORB

Q614		
Cours d	UNWGT.	27,91336
Puits	UNWGT.	26,28692
Forage	UNWGT.	26,82844
Fontaine	UNWGT.	24,71136
Robinet	UNWGT.	22,39483
Robinet	UNWGT.	18,14033
Autre	UNWGT.	26,22610
