

031 2 15

**SCIENCES SOCIALES DE LA SANTE  
EN AFRIQUE DE L'OUEST  
Banako 2-4/7/91**

**Consommation médicale  
et itinéraires thérapeutiques  
en milieu rural au Burkina.**

VAUGELADE Jacques  
ORSTOM 01 BP. 182 OUAGADOUGOU 01.

**1. Objectifs.**

L'objectif principal était de connaître les dépenses de santé en milieu rural. Pour atteindre cet objectif, la méthodologie choisie a été de recenser les maladies, puis les divers thérapeutes consultés pour connaître la dépense effectuée à l'occasion de chaque consultation.

Ceci a permis d'atteindre d'autres objectifs en établissant les itinéraires thérapeutiques qui ont été étudiés selon la catégorie de maladie et selon les infrastructures disponibles.

**2. Zone d'étude**

La population enquêtée appartient à l'ethnie moose (mossi) qui comptait 4 000 000 de personnes en 1985 et représente la moitié de la population du Burkina.

La zone rurale étudiée reçoit en moyenne 600 mm d'eau par an, avec une saison de pluies concentrée de Juin à Septembre. Les cultures principales sont le mil et le sorgho. Il n'y a pas de culture d'exportation sur l'ensemble de la zone. Les revenus proviennent du petit élevage, des cultures maraîchères quand une retenue d'eau le permet, et de l'artisanat.

La densité de population de notre zone d'enquête est d'environ 50 habitants/km<sup>2</sup>. La scolarisation et l'infrastructure sanitaire y sont faibles.

**3. Méthodologie.**

L'enquête a porté sur un échantillon de 11 villages situés dans deux provinces de la région Moose du Burkina (Bam et Sanmatenga). Dans chaque village un échantillon de 10 exploitations a été tiré au hasard. La taille de l'échantillon global est de 998 personnes.

Tous les individus recensés dans une exploitation ont été retenus dans l'échantillon et pour chacun, on a établi une fiche par maladie, décrivant les différents thérapeutes consultés et pour chacun d'eux le coût (consultation et prescription) ; les

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 30563 ex 1

Cote : B

ORSTOM Fonds Documentaire

30563

p11

auto-médications traditionnelles ou modernes ont été relevées au même titre que les consultations de thérapeutes.

2149 maladies ont été notées dont la moitié (1022) pour l'année de l'observation et l'autre moitié pour les années antérieures ; ces maladies ont été relevées afin d'accroître l'effectif pour permettre des analyses plus détaillées.

L'enquête a été réalisée au cours de l'année 1982 en trois passages qui couvrent chacun une période rétrospective de 4 mois. Une subvention du PNUD a couvert les frais de terrain.

L'enquête a été réalisée par enquêteurs professionnels parlant moré (langue des moose) et non par du personnel médical, afin de permettre aux enquêtés de déclarer des recours traditionnels, sans peur d'un jugement défavorable qui aurait pu conduire à des biais d'enquête.

#### 4. Résultats.

##### 4.1. Les thérapeutes.

Tableau 1 : Thérapeutes consultés

Tradipraticien	19 %
Automédication traditionnelle	33 %
"          moderne	8 %
Vendeur de comprimés	14 %
Agent de santé primaire	3 %
Infirmiers	22 %

Le premier thérapeute est l'entourage qui utilise soit des traitements traditionnels à base de plante (4 fois sur 5) soit des traitements modernes (1 fois sur 5).

Les traitements traditionnels à base de plantes se font sous forme de décoction, de parties diverses de la plante (feuilles, écorce, racine, parfois plante entière). Le liquide obtenu est utilisé successivement comme boisson, et en bain du corps entier, il peut aussi être utilisé en inhalation, ou en lavement chez le jeune enfant. En effet les enfants jusqu'à deux ans ont presque tous un ou deux lavements quotidiens (BONNET et al, 1991).

Les traitements traditionnels, familiaux ou après consultation d'un tradipraticien, représentent 52 % des recours.

Les vendeurs de comprimés représentent une catégorie qui pratique la vente illégale de produits pharmaceutiques, ils disposent de Nivaquine, Aspirine, Ganidan, parfois des antibiotiques ou des amphétamines, mais les médicaments les plus vendus semblent être la Nivaquine et l'Aspirine. Ils sont

présents sur les marchés qui ont lieu tous les trois jours en pays moose.

Les agents de santé primaire n'étaient à l'époque présents que dans quelques villages et peu actifs, la généralisation des soins de santé primaire, à l'ensemble des villages du Burkina, en 1985, a été postérieure à la fin de l'enquête.

#### 4.2. Les itinéraires thérapeutiques.

Pour étudier les itinéraires thérapeutiques, plusieurs méthodes d'analyses peuvent être utilisées. Dans ce qui suit, le type de système de santé utilisé, traditionnel ou moderne, sera privilégié. Ainsi, plusieurs consultations pour une même maladie dans le même système de soins ne sera pas différencié d'une consultation unique. La raison première est la nécessité d'opérer des regroupements afin d'analyser des effectifs qui ne soient pas trop faibles.

On peut aussi analyser, les consultations pour une même maladie selon la pratique médicale utilisée. On constate que les consultations multiples sont plus fréquentes pour les pratiques traditionnelles (16% de cette catégorie) que pour les pratiques modernes (2% de cette catégorie).

Tableau 2 : Nombre de consultations en pratique traditionnelle et en pratique moderne pour la même maladie.

Nombre de consultations traditionnelles	Nombre de consultations modernes			
	0	1	2 et +	total
0	8,6%	45,0%	1,0%	54,6%
1	33,2%	4,9%	0,3%	38,4%
2 et +	6,5%	0,5%		7,0%
total	48,3%	50,4%	1,3%	100,0%

L'absence de consultations multiples à la fois dans les deux systèmes est à relever, du moins pour l'année étudiée, car le cas se rencontre, rarement il est vrai, parmi les maladies antérieures à l'année étudiée.

**Tableau 3 : Itinéraires thérapeutiques selon l'infrastructure sanitaire.**

Itinéraire	Infrastructure			
	Néant	PSP (1)	Dispensaire	Ensemble
Absence de soins	7	8	8	8
Moderne	29	37	44	39
Traditionnel	53	42	35	41
Recours multiples	11	13	13	12
Total	100	100	100	100

(\*) PSP = poste de santé primaire

Avec la présence d'un poste de santé primaire (PSP) et plus encore avec celle d'un dispensaire, les recours à la médecine traditionnelle diminuent aux profits des recours à la médecine moderne.

L'absence de recours, ainsi que les recours multiples restent stables. Comme dans une enquête rurale au Mali, le recours aux deux systèmes de soins est peu fréquent (BRUNET-JAILLY 1988).

Quand il y a des recours successifs à la médecine traditionnelle et à la médecine moderne, dans quel sens va-t-on, du traditionnel vers le moderne ou du moderne vers le traditionnel ? Si pour l'ensemble de l'échantillon, les deux attitudes sont à peu près aussi fréquentes, il y a une différence significative selon l'infrastructure sanitaire ( $\chi^2 = 7$  significatif à 1%).

**Tableau 4 : itinéraire combiné traditionnel et moderne selon l'infrastructure sanitaire (effectifs).**

Infrastructure	Moderne puis traditionnel	traditionnel puis moderne
dispensaire	49	36
PSP ou néant	25	44

On commence plus fréquemment par la médecine moderne dans les villages où il y a un dispensaire, plus fréquemment par la médecine traditionnelle dans les autres villages (la présence ou non d'un poste de santé primaire ne change rien).

### 4.3 Les maladies déclarées.

Le nombre de maladies déclarées est de 0,93 par individu au cours de l'année. Selon l'infrastructure médicale, le nombre de maladies déclarées varie peu, il est un peu plus faible quand il n'y a aucune infrastructure médicale.

Tableau 3 : Nombre annuel de maladies déclarées pour 100 personnes

pathologies	Taux
fièvres	2
céphalées	22
weogo (paludisme)	2
koom (paludisme)	4
sabga (syndrome hépatique)	3
mal aux reins	2
pathologie musculaire	2
mal aux yeux	2
toux (zaoko)	6
coqueluche (kosleoleo)	6
autres pathologies pulmonaires	3
mal au ventre	7
mal aux côtés (logre)	1
diarrhée	3
dysenterie	1
autres pathologies gastro-intestinales	4
enflure du corps	1
rougeole (bi)	0
problème de peau	4
hématurie	1
accidents	1
plaies au joues (nyebga)	2
dracunculose	2
non classables	11
<b>Total</b>	<b>93</b>

Les pathologies déclarées ont été relevées en more (la langue des Moose) afin d'éviter les erreurs de traduction fréquentes, que le personnel d'enquête soit du personnel infirmier ou non, ne change pas les données du problème. L'exemple le pertinent que l'on peut donner est "Koom" et "Weogo" qui peuvent être traduits par paludisme, sans qu'il y ait une équivalence stricte (BONNET 1989). Au contraire la rougeole (bi) est parfaitement identifiée.

Les pathologies déclarées sont très diverses, elle peuvent correspondre soit à une maladie identifiée, soit à un syndrome, soit à un symptôme.

Par ordre d'importance décroissante, on trouve :

- les céphalées avec 22 épisodes annuels pour 100 personnes,
- les pathologies respiratoires avec 14 épisodes annuels pour 100 personnes,
- les pathologies gastro-intestinales avec 16 épisodes annuels pour 100 personnes.

Ces pathologies, céphalées exceptées, correspondent aux principales causes de mortalité (DUBOZ 1988).

Le nombre de maladies déclarées ne dépend pas de l'âge, il est identique pour les moins de 15 ans comme les plus de 15 ans. Par contre il est un plus élevé pour les hommes que pour les femmes (106 épisodes contre 82 pour 100 individus), cela peut être dû à un biais d'enquête, les femmes ne déclarant pas certaines maladies à l'enquêteur masculin en présence du chef de famille, le plus souvent, leur mari.

#### 4.4 Itinéraires thérapeutiques selon la pathologie.

##### 4.4.1 Pathologies spécifiques de l'enfance.

Les pathologies spécifiques de l'enfance avant 15 ans sont les fièvres (4 épisodes annuels pour 100 enfants), "koom" (8 épisodes annuels), la coqueluche (14 épisodes annuels), la rougeole (1 épisode annuel).

Tableau 6 : Itinéraires thérapeutiques pour les maladies de l'enfance (%)

maladies	absence de soin	moderne	traditionnel	recours multiples	Nombre d'épisodes étudiés
fièvre	7	74	14	5	60
koom	10	67	18	5	121
coqueluche	2	6	88	4	78
rougeole	3	41	51	6	52

A travers cet exemple, on voit que les recours thérapeutiques diffèrent notablement selon la pathologie. Pour la coqueluche, pour laquelle il n'existe pas de traitement spécifique en médecine moderne, le recours est traditionnel 9 fois sur 10. Au contraire, pour les fièvres ou "koom" (paludisme) le recours est moderne 7 fois sur 10. Pour la rougeole, la situation est intermédiaire, les différents types de recours sont utilisés avec des fréquences voisines.

#### 4.4.2 Pathologies touchant davantage les adultes

**Tableau 7: Itinéraires thérapeutiques pour les maladies de l'âge adulte (%)**

maladies	absence de soin	moderne	traditionnel	recours multiples	Nombre d'épisodes étudiés
dracunculose	3	4	87	5	99
nyebga	6	20	60	14	35
ostéomusculaire et reins	9	16	69	6	97

Pour les trois maladies que surviennent surtout après 10 ans, on constate une prédominance des traitements traditionnels, particulièrement pour : dracunculose, pour laquelle il n'existe pas de traitement moderne, sauf en cas de surinfection.

#### 4.4.3 Pathologies communes aux adultes et aux enfants

Toutes les autres pathologies touchent à la fois les enfants et les adultes. Nous retiendrons les plus fréquentes.

**Tableau 8: Itinéraires thérapeutiques pour les maladies de sans âges spécifiques (%)**

maladies	absence de soin	moderne	traditionnel	recours multiples	Nombre d'épisodes étudiés
céphalées	7	72	18	3	370
toux et maux de ventre	7	36	47	10	194
dyarrhées et patho.pulmo.	7	26	44	22	139
autres patho gastro-intest.	8	11	74	7	105
dysenteries	3	33	57	6	90
sabga	13	27	49	12	85
maux d'yeux	6	50	33	12	67
weogo	9	32	49	9	59

Sauf pour les maux d'yeux et plus encore pour les céphalées, on remarque que les recours thérapeutiques sont plus souvent traditionnels que modernes. Pour les céphalées, l'aspirine est largement utilisée, y compris en auto-médication, ce qui explique, dans ce cas, le fort pourcentage de recours à la médecine moderne. Pour Sabga, c'est l'inverse, car cela comprend les hépatites pour lesquelles il n'y a pas de traitement moderne. Pour les autres maladies, il y a fréquemment des traitements modernes efficaces, mais cela peut demander un diagnostic de

laboratoire (dysenterie), impossible à réaliser en milieu rural. Il en résulte qu'en l'absence de preuves d'efficacité des traitements modernes, les gens préfèrent avoir recours aux traitements traditionnels, en général moins chers.

Selon le type de maladie, l'itinéraire est différent. Pour la dracunculose, il n'y a que 4 % de recours à la médecine moderne qui est inefficace face au vers de Guinée. Par contre pour les céphalées, il y a 72 % de recours à la médecine moderne et ceci quelque soit l'infrastructure sanitaire, ceci résulte des automédications modernes et de l'action des vendeurs de comprimés.

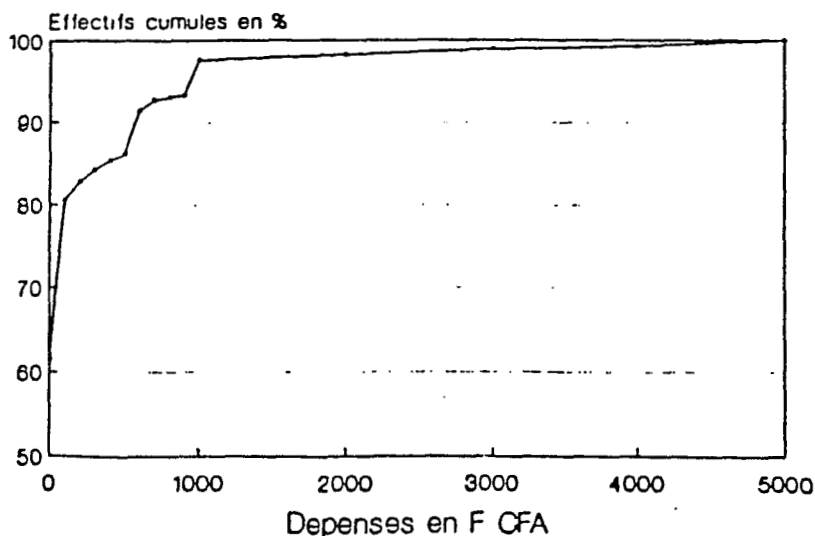
Ceci montre bien que les recours thérapeutiques dépendent d'une part de la disponibilité des soins mais aussi de l'efficacité reconnue des divers traitements connus (VAUGELADE et al, 1989). Ce schéma de complémentarité fonctionne pour certaines maladies du moins ; pour les autres, l'hypothèse est plus difficile à vérifier, en l'absence de diagnostic.

#### 4.5. Les dépenses.

La moyenne des dépenses par maladie s'établit à 320 F CFA Elle est moindre en médecine traditionnelle 220 F CFA contre 430 F CFA en médecine moderne. Elle est plus élevée pour les recours multiples, 650 F CFA en moyenne, soit sensiblement la somme des deux dépenses moyennes pour les recours simples.

La répartition des dépenses montre que la moitié des maladies n'occasionne aucune dépenses, ceci correspond en grande partie aux maladies par automédication.

### Fig 1. dépenses par maladie





Comparativement, dans une zone de colonisation agricole où les revenus tirés de la vente du coton ou du mil est bien plus importante, la dépense par maladie atteint 2 000 F CFA (VAUGELADE C., 1988).

Annuellement la dépense par habitant est de 590 F CFA. Elle augmente avec le niveau d'infrastructure sanitaire de 440 F CFA pour les villages sans infrastructure, à 530 F CFA pour les villages avec un poste de santé primaire, et 660 F CFA pour les villages avec un dispensaire.

Comparativement, dans un quartier périphérique de Bamako, les dépenses par personnes s'établissent à environ 1000 F CFA en 1988-89 (DIARRA 1990), ce qui est d'un ordre de grandeur comparable.

## 5. Conclusion.

Les dépenses médicales sont à un niveau modeste 590 F CFA par personne et par an, elles augmentent quand on passe des traitements traditionnels aux traitements modernes.

Les recours aux traitements modernes sont plus fréquents quand ils sont plus proches, ce qui accroît la consommation médicale.

La légalisation de la profession de vendeurs de comprimés devrait être étudiée, en limitant l'autorisation aux médicaments essentiels, les mêmes que ceux qui sont diffusés dans le cadre de soins de santé primaire, à condition que les vendeurs reçoivent une formation équivalente aux agents de santé primaire. Ceci accroîtrait la disponibilité des médicaments vendus à l'unité, ce qui répond bien aux besoins des populations.

Les traitements traditionnels et modernes apparaissent plus complémentaires que concurrents. Ainsi, la demande médicale moderne qui existe, du moins pour les pathologies pour lesquelles un traitement perçu comme efficace est disponible, pourrait être mieux satisfaite, avec une plus grande disponibilité des médicaments essentiels.

## Bibliographie

- BONNET D. (1988) Approche culturelle des paludismes et mesure de la morbidité et de la mortalité chez le jeune enfant au Burkina Faso. in Congrès africain de la population, Dakar, 7-12 déc 1988, UIESP, pp 1.2.39-1.2.44.
- BONNET D., DUBOZ D., VAUGELADE J. et BILA B. (1991) Comportements maternels et malnutrition de l'enfant au Burkina Faso. in Conférence "femmes, population et population", Ouagadougou Avril 1991, 10 p. multi.
- BRUI-ET-JAILLY J., DIARRA T. et SOULA G. (1988) Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale. INKSP, Bamako, multi, 99 p.
- DIARRA T., DIAKITE B.D., TRAORE S. et PAIRAULT C. (1990) Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni. Vol 1, INRSP, bamako, multi., 151 p.
- DUBOZ P. et VAUGELADE J. (1988) Mortalité dans l'enfance dans les provinces du Passore et du Yatenga. ORSTOM, Ouagadougou, multi, 9 p.
- VAUGELADE C. (1988) Comportement économique des Samo et Mossi en zone de colonisation agricole. Esquisse de comportement sanitaire. ORSTOM, Bobo-Dioulasso, 38 p. multi.
- VAUGELADE J. et GAZIN P. (1989) Les besoins de santé exprimés par une population rurale du Burkina. in symposium "Le médicament essentiel dans les pays en développement", Paris, 19-21 mai 1987, GEEP, pp. 34-36.