



Espace populations sociétés

Space populations societies

2006/2-3 | 2006

Espace urbain et santé

Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso)

Health System and Urban Development, Consequences for the Access to Health Care. The Example of Ouagadougou (Burkina Faso)

Emmanuelle Cadot et Maud Harang



Édition électronique

URL : <http://eps.revues.org/1739>

ISSN : 2104-3752

Éditeur

Université des Sciences et Technologies de Lille

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2006

Pagination : 329-339

ISSN : 0755-7809

Référence électronique

Emmanuelle Cadot et Maud Harang, « Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2006/2-3 | 2006, mis en ligne le 17 novembre 2016, consulté le 25 novembre 2016. URL : <http://eps.revues.org/1739> ; DOI : 10.4000/eps.1739

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.



Espace Populations Sociétés est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Emmanuelle CADOT

Unité mixte INSERM/INED U569
82, rue du Général Leclerc
94 276 Le Kremlin Bicêtre Cedex
cadot@vjf.inserm.fr

Maud HARANG

Université de Paris X Nanterre
IRD, 01 BP 182 Ouagadougou 01
Burkina Faso
maudharang@yahoo.fr

Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins.

L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso)

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le taux d'urbanisation du pays a presque triplé en vingt-cinq ans. Il était de 6,4% en 1975, de 12,5% en 1985 [Jaglin, 1995] et atteignait près de 27% en 1996 au moment du dernier recensement de la population [Le Bris, 2000]. L'essor de Ouagadougou, la capitale, joue un rôle déterminant dans cette explosion urbaine : l'effectif de la population de la ville a presque doublé en onze ans, passant de 441 000 habitants en 1985 à 712 000 habitants en 1996. En 2004 il est estimé à près de 1,2 million d'habitants¹. Dans ce contexte d'urbanisation galopante, la question de la couverture sanitaire des populations urbaines se pose avec acuité. La majorité des études sur le système de soins dans les pays en développement s'intéresse d'ordinaire davantage au milieu rural qu'au milieu urbain, tant l'idée d'une meilleure

couverture sanitaire en ville demeure fortement ancrée dans les esprits. Il est vrai que, par opposition au monde rural, les villes concentrent une offre de soins multiple et variée. Cependant, au sein d'une même agglomération, la situation se révèle plus complexe. Une ville se subdivise en quartiers dont les caractéristiques (type de construction, niveau d'équipement, densité de population, etc.) diffèrent considérablement et les distinguent les uns des autres, constituant « des villes dans la ville » [Salem, 1998]. En outre, la croissance rapide et plus ou moins contrôlée d'une ville engendre de véritables recompositions économiques, sociales et spatiales des fonctions urbaines et modifie radicalement et de manière différentielle la forme et l'organisation de la ville [Boiteux-Orain et Huriot, 2000].

¹ D'après nos dernières estimations [EUTSAO, 2005].

L'étude de l'offre de soins à Ouagadougou permet d'appréhender ces recompositions au travers de l'analyse des liens entre la distribution de l'offre de soins et les étapes de la croissance urbaine.

L'analyse des phénomènes de concentration ou de dispersion de l'offre de soins, induits par l'étalement de la ville, va permettre de montrer comment elle s'inscrit dans la ville et de souligner la manière dont elle participe à la recomposition des paysages urbains. La mesure de l'évolution de l'offre de soins, dans une double dimension chronologique et spatiale, mettra en évidence les dynamiques spatiales et les stratégies qui ont déterminé sa répartition. On s'intéresse ensuite aux conséquences de ces nouvelles implantations qui modifient les structures spatiales de la ville et dont la répartition non aléatoire induit des inégalités, facteur de ségrégations socio-spatiales. L'inégale répartition des structures de soins dans une grande ville mettra en exergue le problème de l'accessibilité aux soins, tant physique que sociale [Bailey et Phillips, 1990].

L'analyse à une échelle fine intra-urbaine de l'offre de soins d'une ville capitale et

la possibilité de conduire une étude rétrospective - permettant une mise en perspective historique - constituent l'originalité de cette étude.

Entre avril et juin 2002, une première enquête a permis de localiser de façon exhaustive les structures de soins modernes à partir de relevés de terrains effectués en balayant systématiquement toutes les voies de communication de la ville. La position de chaque structure (latitude et longitude) a été enregistrée à l'aide d'un GPS. La seconde partie de cette enquête s'est appuyée sur l'administration d'un questionnaire visant à préciser le statut de la structure (public, parapublic, privé lucratif ou confessionnel), sa date de création et les différents actes ou soins pratiqués. Le dénombrement du personnel et l'évaluation des capacités d'hospitalisation complétaient ce questionnaire. Par la suite, ces données ont été intégrées dans un SIG (Système d'Information Géographique) pour en faciliter le traitement spatial et thématique. Puis (en 2003 et 2004), ces informations ont été régulièrement mises à jour.

L'OFFRE DE SOINS ET L'ESPACE URBAIN, DES DYNAMIQUES TERRITORIALES ÉTROITEMENT MÉLÉES

L'étude des dynamiques spatiales de la ville et de l'offre de soins repose sur une analyse diachronique de son histoire politique et urbaine et des politiques sanitaires nationales et internationales. L'offre de soins, en tant que service urbain, est un équipement dont la mise en place a longtemps relevé de la seule responsabilité de l'État. Depuis l'émergence de la ville au début du siècle dernier (Ouagadougou n'est alors qu'un gros village constitué d'un noyau administratif et commercial géré par la colonie), la dynamique spatiale du système de soins suit les étapes de l'aménagement de la ville. Deux principaux processus spatiaux caractérisent dès lors l'implantation des structures de soins : un phénomène de diffusion lors des phases de lotissement et un phénomène de concentration lors des périodes de ralentissement de l'étalement de l'espace urbain régulier. Ces dynamiques traduisent les politiques de l'État encadrant qu'il soit colonial avant 1961 ou national par la suite.

Au début du siècle dernier, les établissements de soins n'étaient pas accessibles aux populations autochtones : les services de santé se situaient dans la ville européenne. Avec l'avènement de l'Assistance Médicale Indigène (AMI), le système de soins s'ouvre aux populations locales [Bado, 1996]. Toutefois, la localisation des premiers établissements de soins de la ville se limite seulement à la ville européenne. Le premier dispensaire créé fût celui de la mission catholique, en 1913, peu de temps après l'arrivée des religieuses françaises ; il devint le dispensaire Jean-Louis Goarnisson du nom du médecin, père blanc, arrivé en 1931 [Bado, 1996] et est actuellement localisé près de la cathédrale de Ouagadougou.

Un réel changement s'opéra en 1947 lorsque la Haute-Volta fut reconnue comme une colonie à part entière. La santé des populations locales devint une vraie préoccupation, en raison notamment des besoins de la mise en valeur économique de la colonie. En réponse

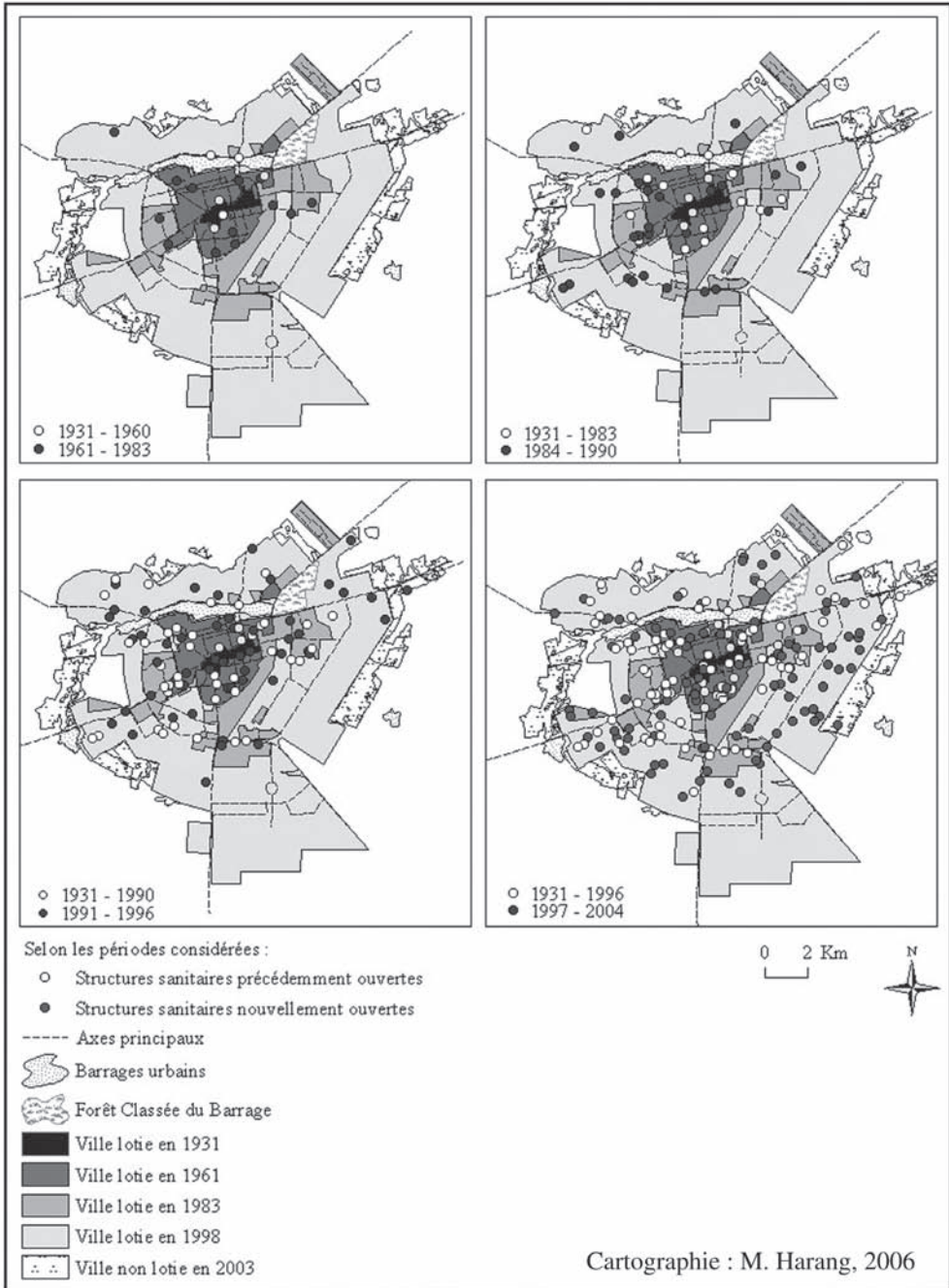
à la pression démographique (la population de la ville triple entre 1947 et 1951 pour atteindre 38 000 habitants), les autorités ont décidé de lotir plusieurs quartiers africains : Bibilambili et Dapoya en 1945, puis Kou-louba, St-Léon et Samandin en 1952 et, enfin, un peu plus tard, les quartiers traditionnels mossi : Kologo-Naaba, Ouidi en 1954, Kamsaoghin et Larlé en 1955 et Goughin en 1956 [Combary, 1997]. La carte a de la figure 1 représente l'implantation de l'offre de soins jusqu'en 1960 et illustre la concentration des infrastructures sanitaires au cœur de la ville, dans le centre colonial, où logeaient alors les fonctionnaires de l'administration. Deux structures cependant apparaissent à l'extérieur de la zone lotie : le centre confessionnel des Assemblées de Dieu construit par des missionnaires américains en 1955 au nord des barrages et un dispensaire isolé dans le village de Tampouy qui, durant cette période, n'était pas encore rattaché à la ville. Certains de ces dispensaires n'apparaissent plus aujourd'hui sur la carte, le départ des missionnaires ayant entraîné de nombreuses fermetures.

Après l'indépendance, en 1961, le fonctionnement du système de santé ne rompt pas avec la politique coloniale [Van Dormael, 1997]. Les choix demeurent orientés vers les soins curatifs et hospitaliers. En 1978, la Haute-Volta, comme de nombreux États africains, adhère à la politique des soins de santé primaires d'Alma Ata avec l'objectif d'atteindre « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». La mise en œuvre de cette politique, probablement trop ambitieuse par rapport aux ressources du pays, est une épreuve. Durant cette période d'instabilité politique, la santé n'est souvent qu'une considération secondaire : en plus de 20 ans (de l'indépendance à la révolution sankariste de 1983), l'évolution de l'offre de soins se limite à l'ouverture d'une douzaine de structures. Les nouveaux quartiers lotis constituent des lieux d'implantation privilégiés, la diffusion de l'offre de soins suivant la progression des fronts d'urbanisation vers la périphérie de la ville (figure 1, carte a). Chacun de ces quartiers possède un dispensaire qui fonctionne comme un centre de consultation placé sous la responsabilité d'un infirmier. Ce réseau de dispensaires est complété par les trois maternités [Feldman, 1982].

Sous le régime de Thomas Sankara (1983-1987), le système sanitaire connaît une série de réformes fondamentales qui donne une incontestable priorité à la santé dans les villes. En parallèle, une véritable politique urbaine est mise en place. Ainsi, au début des années quatre-vingts, de vastes opérations de lotissement des espaces irréguliers ont permis la restructuration de l'ensemble des quartiers périphériques de la ville [Jaglin, 1995]. Un nouveau découpage de l'espace urbain est adopté afin de véritablement intégrer les espaces irréguliers en cours de lotissement. La ville est alors divisée en 30 secteurs. Les fronts d'urbanisation se localisent principalement dans les secteurs périphériques : ils cernent l'ensemble de la ville lotie et englobent les villages alentour. Les objectifs de la politique sanitaire visant à l'amélioration de la santé de tous et au développement des soins maternels et infantiles se traduisent par le renforcement des établissements de premier contact. L'enrichissement du plateau technique de ces structures (les postes de santé se voient dotés d'un centre de soins maternels et infantiles) les transforme en Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Au fur et à mesure de la progression des fronts d'urbanisation régulière, le gouvernement multiplie l'implantation des CSPS dans les secteurs périphériques (figure 1, carte b). Au cours de cette période, 17 nouveaux centres de soins sont ouverts, dont plus de la moitié relèvent du secteur public. La ville compte en effet une douzaine de cabinets privés de soins infirmiers et médicaux, établis le plus souvent sur le lieu de résidence du soignant. Ces établissements où exercent en toute illégalité quelques médecins, sont à l'époque réservés aux populations aisées [Feldman, 1982].

En 1987, l'Initiative de Bamako engage le processus de participation communautaire par le recouvrement des coûts des soins de santé primaires. Quelques années plus tard (1991), avec l'accession au pouvoir de Blaise Compaoré, le premier plan d'ajustement structurel est signé avec la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International. Parallèlement à la réforme du secteur public, ces instances encouragent le développement du secteur privé afin d'assurer, en théorie, un meilleur accès aux soins à l'ensemble de la population [Benson, 2001].

Figure 1 : Évolution de l'offre de soins et de l'étalement urbain à Ouagadougou de 1931 à 2005



Source : Enquêtes E. Cadot 2002, M. Harang 2004

Dès lors, le secteur privé prend une importance croissante dans l'offre de soins de la ville et l'on assiste à un phénomène de densification de l'offre de soins dans l'espace urbain loti, plus particulièrement au centre-ville et le long des axes de communications. Entre 1990 et 1996 (figure 1, carte c), près de 83% des structures nouvellement ouvertes relèvent du secteur privé. L'implantation des nouveaux établissements sanitaires se fait selon un axe quasi longitudinal qui coïncide avec les principales voies de communication (axes reliant Ouagadougou à Bobo-Dioulasso et à Niamey). Le lotissement de l'espace urbain s'est ralenti et seulement six CSPP ouvrent leurs portes à cette époque dans les derniers secteurs lotis au nord est et au sud-ouest.

La mise en place de la carte sanitaire du Burkina Faso aboutit, en 1996, au découpage de l'espace urbain en districts sanitaires. Au total, les quatre districts sanitaires de la ville englobent les 30 secteurs, ainsi que des villages de la zone rurale. Conçu comme un outil de gestion de l'offre de soins dans la ville, ce découpage assure, en théorie, une répartition spatiale homogène de l'offre publique. Chaque district devrait disposer d'un Centre Médical avec antenne chirurgicale (CMA) et

chaque secteur d'un CSPP. Avec l'ouverture de deux CMA en périphérie (secteurs 17 et 26), cette couverture théorique est atteinte en 1996. À la même époque, les derniers secteurs lotis sont équipés d'un CSPP (secteurs 16, 23 et 27).

Parallèlement, le développement du secteur privé de la santé se confirme par une véritable explosion. Le phénomène devient même incontrôlable. Les cabinets de soins infirmiers ouvrent aussi vite qu'ils ferment, tous les secteurs centraux et périphériques de la ville sont touchés par cette tendance. La frange orientale de la ville rattrape son manque d'équipements sanitaires : une quarantaine de structures appartenant au secteur privé et public s'y implantent alors. Plusieurs cliniques et polycliniques de grande envergure sont créées également en périphérie.

L'image de l'offre de soins en 2004 est le résultat de cette évolution récente et rapide. La restriction de la répartition des structures de soins modernes à l'espace urbain loti est l'une des caractéristiques les plus remarquables de cette distribution spatiale. Seules deux structures privées font exception : l'une est située dans un village contigu à l'est de la ville, l'autre est implantée au milieu d'une zone non lotie, au sud-est (figure 1, carte d).

SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVÉ, DES LOGIQUES D'IMPLANTATION DISTINCTES

La répartition de l'offre de soins, telle qu'elle apparaît aujourd'hui, est issue d'un long processus ancré à la fois dans l'histoire de la ville et celle des politiques de santé. Au-delà de la succession de phases de concentration puis de diffusion, une analyse fine de l'organisation des structures selon leur secteur d'appartenance (public ou privé) fait ressortir les logiques spatiales distinctes qui les sous-tendent. L'organisation du système de soins se décline selon deux dimensions. L'une, verticale, caractérise l'organisation pyramidale de l'offre et son agencement selon le niveau et les catégories de soins. L'autre, horizontale, renvoie non seulement à la carte sanitaire comme outil d'encadrement et de gestion de l'offre publique de soins mais permet aussi l'analyse des localisations des infrastructures.

L'organisation théorique de l'offre de soins

Le système public de santé repose sur une organisation pyramidale qui comprend quatre niveaux de soins. La distinction entre les échelons s'opère selon le niveau de spécialisation, le plateau technique et le degré de qualification du personnel soignant. Pensée pour le secteur public, cette pyramide permet néanmoins, par des équivalences, une lecture de l'offre privée (tableau 1).

Le CSPP représente le premier niveau de soins ou premier contact avec la population. Théoriquement, il comprend un dispensaire, une unité de Santé Maternelle et Infantile, une maternité et un dépôt pharmaceutique. Si la prise en charge du patient ne peut être assurée par le CSPP, le malade est alors orienté vers une structure qui répond aux critères de premier niveau de référence : le CMA.

Tableau 1 : Les différents types d'établissements sanitaires de Ouagadougou en 2004

	Secteur public		Secteur privé lucratif et non lucratif	
1 ^{er} contact	Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	18	Cabinet de soins infirmiers	92
	Dispensaire et infirmerie	12	Clinique d'accouchement	8
	Maternité	4		
1 ^{er} niveau de référence	Centre Médical (CM)		Cabinet dentaire et ophtalmologique	24
	Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA)	5	Cabinet de soins médicaux	38
		4	Clinique	18
2 ^{ème} niveau de référence	Centre Hospitalier Régional (CHR)	0	Polyclinique	5
3 ^{ème} niveau de référence	Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	2		
total		45		185

Sources : Enquêtes E. Cadot 2002, M. Harang, 2004

Cette structure dispose, outre les fonctions d'un CSPS, d'une quarantaine de lits d'hospitalisation, d'un bloc opératoire et d'un laboratoire de base. À ce jour, certains CMA de la ville ne sont pas encore fonctionnels par manque d'équipement et surtout de personnel ; en l'absence de service de chirurgie, ces établissements portent le nom de Centre Médical (CM).

Le deuxième échelon de référence est constitué par les hôpitaux régionaux ou CHR. Dans les districts sanitaires urbains tels ceux de la ville de Ouagadougou, ce niveau de référence n'existe pas et les malades sont directement transférés à l'échelon supérieur, dernier niveau de référence : les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Deux sont présents dans la ville de Ouagadougou : le CHU Yalgado Ouédraogo et le CHU Pédiatrique Charles de Gaulle.

Le secteur privé, qu'il soit lucratif ou confessionnel, s'organise selon différents niveaux de soins avec au sommet des polycliniques et à la base des cabinets de soins infirmiers. Les niveaux intermédiaires sont représentés par les cliniques, les cabinets médicaux généralistes ou spécialistes (soins bucco-dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques, etc.).

Les politiques sanitaires qui ont déterminé l'organisation de l'offre de soins que nous venons de décrire se sont appuyées sur les découpages administratifs pour inscrire le système de soins sur le territoire. La carte sanitaire est le fruit d'un long processus marqué par la création en 1992 de 53 districts

sanitaires (au nombre de 55 en 2004) dans le cadre de l'accompagnement de la politique de décentralisation engagée par le gouvernement et de l'Initiative de Bamako. Les limites des districts sanitaires ont été calquées sur les découpages administratifs préexistants. Ainsi, la région sanitaire de Ouagadougou se compose de quatre districts dont les limites reprennent celle des arrondissements (à l'exception du district sanitaire de Pissy qui englobe les deux arrondissements de Baskuy et de Boulmiougu).

Ce découpage spatial sert de cadre, d'outil de gestion, aux autorités sanitaires pour remplir leur mission de service public et parvenir à une couverture satisfaisante des besoins de santé de la population. Si des normes de distances s'appliquent en zone rurale pour rapprocher les individus des structures de soins [Meunier, 2000], à Ouagadougou cette volonté s'exprime par le choix d'équiper chaque secteur d'une unité de soins primaires, le CSPS, et chaque district d'une infrastructure de premier niveau de référence, le CMA.

La distribution spatiale de l'offre de soins en 2004

L'analyse de la distribution spatiale de l'offre de soins, appréhendée comme un semis de points, s'appuie sur le calcul d'un indice de concentration (I_c)² des établissements qui permet de dégager deux formes de distribution distinctes pour l'offre publique de soins et l'offre privée lucrative. Le secteur confessionnel est parfois intégré dans la pyramide de

² Voir l'encadré pour le détail du calcul de cet indice de

concentration.

L'indice de concentration (I_c) permet d'évaluer la nature de la distribution spatiale d'un semis de points (concentrée, aléatoire ou régulière) en confrontant la distribution observée à une distribution théorique. La distribution théorique retenue est une distribution aléatoire (distribution de Poisson). Cet indice s'appuie sur le calcul de densités de points par unité de surface, obtenues en superposant un carroyage régulier (de 1000 m de côté dans notre cas) à une distribution de points (méthode dite des « quadrats »).

L'indice de concentration correspond au rapport de la variance sur la moyenne de cette densité. Lorsqu'il est supérieur à un, il indique une tendance à la concentration ; lorsqu'il est inférieur à un, il exprime une distribution spatiale dispersée. L'indice de concentration est égal à un lorsque la distribution spatiale est aléatoire. Un test du Chi-2 est mis en œuvre pour d'évaluer la significativité de la différence entre les distributions observée et théorique [Béguin, 1979 ; Gesler, 1986 ; Pumain et Saint-Julien, 1997].

Tableau 2 : Caractérisation de la distribution spatiale des établissements de soins dans la ville

Année	Secteur public		Secteur privé lucratif		
	N (effectif)	I_c	N (effectif)	I_c	
1983	9	1,12	18	2,33	$p = 0,02$
1991	21	1,05	35	1,58	$p = 0,10$
1996	30	1,06	72	1,58	$p < 0,001$
2004	41	1,13	150	1,88	$p < 0,001$

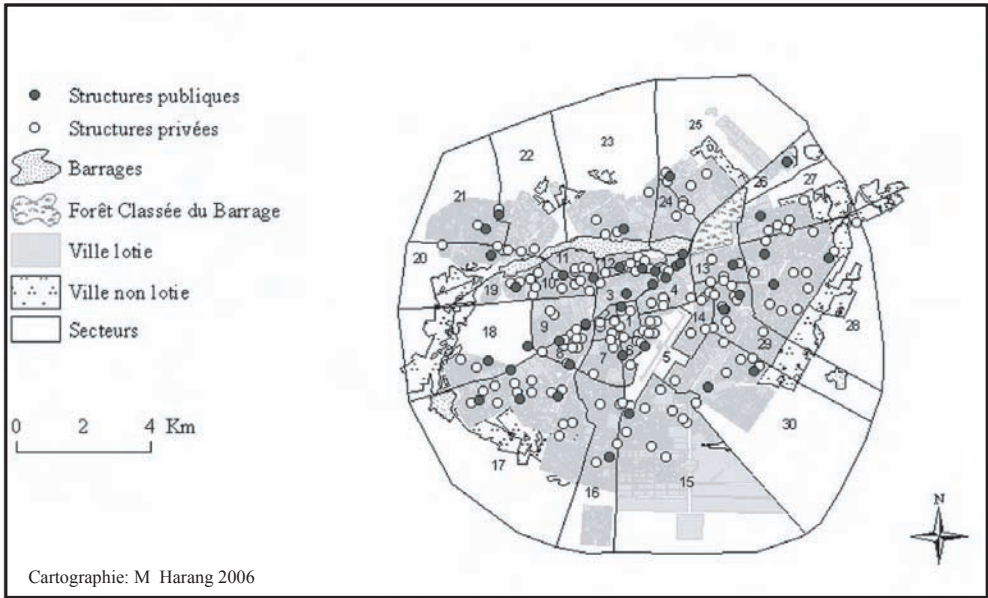
Sources : Enquêtes E. Cadot, 2002 et M. Harang, 2004.

soins publique (le CMA Paul 6 est une structure privée professionnelle comme deux des CM de la ville) mais pas systématiquement. Son mode de fonctionnement (faibles coûts des soins, notamment) très différent du secteur privé lucratif empêche de l'assimiler à ce dernier. Cette analyse concernera donc seulement les deux principaux secteurs, public et privé lucratif, et ne tiendra pas compte des infrastructures professionnelles (tableau 2). Pour les établissements privés lucratifs, l'indicateur de concentration montre une tendance générale à la concentration (valeur de l'indice supérieure à 1 pour toutes les années). L'observation de la répartition de l'offre privée lucrative dans la ville souligne une tendance générale à la concentration le long des axes de communication (figure 2). On relève aussi l'émergence de pôles dans la ville comme le centre-ville historique ou certains quartiers périphériques dynamiques et attractifs (du fait, notamment, de la présence de marchés), facilement accessibles et correctement desservis par le réseau routier. Sans tomber dans une vision manichéenne, le secteur privé semble moins se soucier d'une répartition équitable des soins à travers la ville que d'une logique de rentabilité, favorisant ainsi l'apparition de zones de forte concentration et laissant certains espaces urbains vides de toute infrastructure. En l'absence d'une législation rigoureuse en matière d'ouverture et d'im-

plantation de structures, les choix des praticiens ne semblent pas déterminés par le souci d'exercer là où se situent a priori les besoins [Picheral, 1998].

Les stratégies de déploiement des formations privées diffèrent selon le rang qu'elles occupent dans la pyramide du secteur privé. Les cabinets de soins infirmiers fondent leur développement sur une demande de soins de proximité. Le responsable est un infirmier qui a quitté le secteur public ou qui a été mis en disponibilité (par périodes déterminées ou parce qu'il a atteint l'âge de la retraite). Les infirmiers retraités sont les plus représentés dans ces cabinets de soins. Ils s'installent le plus souvent au sein même de leur concession, libérant un des bâtiments donnant sur la rue pour recevoir les patients. Cette stratégie permet d'assurer des gardes le week-end et la nuit alors que les CSPS ne peuvent le faire en raison du manque de moyens matériels ou humains. Très fortement représentés au centre-ville, ces cabinets investissent de plus en plus les secteurs lotis de la périphérie. La saturation en structures de soins privées dans les secteurs centraux pourrait avoir été un élément déterminant dans les choix des plus récentes implantations. La concurrence entre les formations sanitaires privées est sévère dans certains quartiers centraux où se concentrent parfois cinq à six structures de soins privées dans un rayon de moins d'un kilomètre.

Figure 2 : Répartition des structures de soins publiques et privées à Ouagadougou en 2004



Source : Enquêtes E. Cadot 2002, M. Harang 2004

Les polycliniques et les cliniques privilégient des implantations en périphérie pour la simple raison qu'elles ne trouvent plus, dans le centre, d'espaces libres et constructibles suffisamment vastes pour asseoir leurs activités. Certains secteurs périphériques lotis leur offrent de meilleures conditions d'installation en termes de cadre de vie et, parfois, de solvabilité des populations. Leur répartition présente deux pôles de concentration : le premier se situe à l'est de la ville, non loin des quartiers résidentiels de la Zone du Bois et des 1200 Logements. Le second apparaît au centre-ville, cœur administratif et commercial de la capitale.

Pour les structures publiques les valeurs de l'indice ne diffèrent pas de 1, indiquant que la distribution observée n'est pas différente d'une distribution aléatoire et qu'elle ne reflète pas de tendance à la concentration ni à la dispersion. Les établissements publics ne sont pour autant pas distribués au hasard dans la ville (figure 2), une distribution apparemment aléatoire peut résulter de causes multiples agissant dans des directions différentes [Grasland, 2001]. En effet, leur répartition renvoie au découpage de l'espace urbain en secteurs et districts de santé. La répartition régulière des établissements

publics rend compte de la volonté des autorités sanitaires d'assurer l'équité dans l'accès physique aux soins. Ainsi, n'importe quel citoyen de la ville lotie se trouve à moins de deux kilomètres d'une structure de soins de base. Comme nous l'évoquions précédemment, les CSPS, au nombre de 18, sont présents dans chaque secteur périphérique et seuls les secteurs centraux, de plus petite taille, ne comptent parfois qu'une structure pour deux ou trois secteurs. D'autres établissements de soins publics de premier échelon sont toutefois présents dans ces secteurs centraux, comme des dispensaires ou des CM. Certains CSPS, difficiles d'accès en saison des pluies, situés loin des axes goudronnés mais au cœur des quartiers périphériques densément peuplés, reflètent la volonté de l'État d'assurer la meilleure couverture sanitaire possible par un quadrillage systématique et régulier de l'espace urbain. La répartition des structures de premier niveau, les CMA et CM respecte un espacement régulier. Chacun des quatre districts urbains est équipé d'un CMA dont la position centrale en facilite l'accès aussi bien pour la population que pour le personnel des CSPS et des CM qui viennent s'y approvisionner en médicaments.

CONSÉQUENCES EN TERMES D'ACCÈS AUX SOINS

L'offre de soins reflète des logiques spatiales distinctes et différents jeux de pouvoirs. Les dynamiques qui les sous-tendent ont contribué à l'émergence de disparités socio-spatiales de santé. Souligné à maintes reprises, ce constat d'une inégale répartition des structures renvoie aux conséquences de ces processus sociaux et spatiaux sur l'accès aux soins des populations. Étudier les stratégies d'implantations des structures sanitaires par secteur nous permet de bien comprendre à quel point l'espace n'est pas seulement un support pour leurs implantations et leurs évolutions, mais constitue bien le lieu où s'expriment les jeux de pouvoir, un enjeu à part entière des stratégies décrites [Salem, 1998].

Ces stratégies différenciées révèlent des territoires urbains répulsifs ou attractifs. Les structures de soins ne sont alors plus considérées comme de simples équipements désignés par la politique sanitaire mais comme des services associés aux lieux de pouvoir (économiques ou sociaux). À cet égard les marges non loties fonctionnent comme de véritables « déserts médicaux » [Picheral, 1998]. À l'exception de quelques établissements privés confessionnels et lucratifs, elles sont totalement dépourvues de structures de soins. Or, le problème de l'accès aux soins dans les quartiers périphériques non lotis apparaît d'autant plus crucial qu'ils représentent, en 2004, près d'un tiers de la superficie de l'espace urbain. Le caractère répulsif est facilement compréhensible pour les acteurs du secteur privé pour lesquels la solvabilité, le niveau social des populations constituent les principaux déterminants de leur localisation. Toutefois, il est important de noter qu'aucune structure de soins publique n'apparaît dans la ville non lotie. Deux hypothèses permettent d'expliquer cette absence. D'une part, la croissance incontrôlée des couronnes d'habitat spontané ne permet pas aux autorités sanitaires d'anticiper ce formidable étalement urbain. D'autre part, une structure de soins connaîtrait des difficultés de fonctionnement dans des zones non viabilisées, en attente de légalisation, ne disposant ni d'électricité ni d'eau courante et dont l'accès est rendu difficile en l'absence de

voie de communication autre qu'un réseau, dense mais irrégulier, de petites pistes peu accessibles aux véhicules. De fait, certains habitants du non loti se trouvent alors plus proches d'un CSPS rural de l'arrière-pays que d'un CSPS d'un secteur périphérique urbain.

Ce dernier constat renvoie aux caractéristiques du découpage administratif servant de cadre à la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays. Les districts sanitaires ont été mis en place à la suite des réformes du système de santé afin d'améliorer l'accès aux soins primaires en réduisant l'excessive centralisation des systèmes précédents [Grodos et Tonglet, 2002]. Les quatre districts sanitaires de Ouagadougou englobent quelques villages appartenant à la grande périphérie, l'espace des districts se caractérise donc par une très grande hétérogénéité de formations sanitaires et d'états de santé, d'où certaines difficultés pour mettre en œuvre une politique sanitaire qui soit adaptée aussi bien aux zones urbaines qu'aux zones rurales. En outre, la délimitation des districts sanitaires a été calquée sur celle des zones administratives préexistantes et elle ne tient pas compte de certaines réalités sociales. Les secteurs qui ont servi de base à la délimitation des districts ont été eux-mêmes agencés dans le but de rompre l'ordre social établi par les autorités coutumières *Mossi*. En effet, en 1983, le gouvernement de Thomas Sankara avait décidé d'adopter un nouveau découpage urbain composé de 30 secteurs qui permettait d'intégrer les espaces irréguliers en cours de lotissement. L'adoption de ce nouveau découpage est aussi l'occasion d'affaiblir le système de territorialisation *Mossi* par le jeu du morcellement des anciens quartiers historiques et coutumiers et de la recomposition de nouveaux secteurs intégrant différents quartiers. Le gouvernement vise à renforcer son pouvoir et à remédier à la faiblesse de l'encadrement de la ville en créant un cadre administratif et politique (des communes intra-urbaines) pour assurer la gestion de ces nouveaux secteurs. Les difficultés et oppositions sont nombreuses (le démantèlement des réseaux coutumiers, les déguerpissements de certains quartiers sont des mesures

très inquiétantes), mais 5 communes sont finalement créées en 1988. Un peu plus de 20 ans après l'adoption de ce découpage en secteurs, il n'a toujours qu'une représentation limitée dans l'esprit de la population qui fait encore référence aux anciens quartiers pour évoquer des lieux de vie, de passage ou de socialisation. De fait, les districts sanitaires ont été établis sans considération pour « les axes de passage, les lieux privilégiés de socialisation ou les pôles d'attraction naturelle de la population » [Grodos, 2004].

Appliquer des normes administratives pour la gestion des districts (un CSPS par secteur, norme inspirée par celles qui prévalent en zone rurale définissant l'aire de responsabilité d'une structure en fonction de la charge de population et de la distance à parcourir) conduit à ne pas tenir compte de la mobilité de la population et des choix qu'elle opère. La seule présence d'un CSPS dans un secteur n'induit pas son utilisation par la population si d'autres structures semblent mieux répondre aux besoins de celle-ci. L'essor récent du secteur privé lucratif propose des alternati-

ves de recours au travers d'une offre multiple, variée et dense, mais renforce encore la difficulté de gestion de l'espace sanitaire de la ville. L'expression de la libéralisation du secteur privé depuis le début des années quatre-vingt-dix se manifeste par un nombre beaucoup plus important de structures ouvertes dans le secteur privé³. Toutefois, cette augmentation remarquable des possibilités de recours ne garantit pas une véritable amélioration de l'accès aux soins pour la population. Le secteur privé n'offre pas le même accès aux soins préventifs et promotionnels que le secteur public et les coûts de consultation y sont parfois beaucoup plus élevés que dans ce dernier, renforçant encore les inégalités sociales de santé. Enfin, rappelons les logiques d'implantation de ces structures qui ne répondent qu'à une demande solvable et renforcent les difficultés d'accès des populations des marges non loties. L'excessive libéralisation du système, si elle n'est pas contrôlée et encadrée risque donc fort d'accentuer encore les disparités socio-spatiales d'accès aux soins.

CONCLUSION

L'amélioration de l'accès aux soins en ville constitue l'enjeu final de cette réflexion sur l'offre de soins en ville. L'analyse diachronique des dynamiques qui sous-tendent l'organisation spatiale de l'offre de soins et la croissance de la ville, montre qu'à travers une succession de phases de diffusion et de concentration, une certaine régulation de l'offre s'opère dans la ville régulière. Mais le problème de l'accès aux soins des populations des marges urbaines demeure crucial, comme celui de l'accès à d'autres servi-

ces (écoles, électricité, eau courante, etc.). Il renvoie à un nécessaire contrôle de l'étalement urbain. À l'heure d'une libéralisation exacerbée de l'offre, le rôle des autorités sanitaires ne doit pas se limiter à réglementer cette offre. Si un meilleur encadrement des acteurs du secteur privé lucratif est nécessaire, la maîtrise de l'espace sanitaire urbain passera aussi par une collaboration plus étroite avec ces derniers comme c'est déjà le cas avec certains acteurs du secteur privé confessionnel.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été en partie réalisé à l'occasion du stage post-doctoral d'Emmanuelle Cadot, soutenu par une bourse d'Excellence de l'Agence Universitaire de la Francophonie et effectué au sein de l'Unité de Recherche CTEM (UR178) de l'IRD à Ouagadougou, dans le cadre du programme "Environne-

ment urbain et transition sanitaire en Afrique de l'Ouest" entre 2002 et 2003.

Conduite en étroite collaboration avec la Direction Régionale de la Santé de Ouagadougou, cette recherche n'aurait pu être menée à bien sans le soutien des docteurs C.T. Ouédraogo et P. Compaoré.

³ Au cours des quatre dernières années, les trois-quarts

des structures ouvertes appartenaient au secteur privé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BADO J.-P. (1996), *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris : Karthala, 432 p.
- BAILEY W., PHILLIPS D.R. (1990), Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica, *Social Science and Medicine*, vol. 30, n° 1, pp. 1-12.
- BÉGUIN H. (1979), *Méthodes d'analyse géographique quantitative*, Paris, Litec, 252 p.
- BENSON J.S. (2001), The impact of privatisation on access in Tanzania, *Social Science and Medicine*, vol.52, pp. 1903-1915.
- BOITEUX-ORAIN C., HURIOT J.-M. (2000), « Modéliser la suburbanisation », LATEC- Université de Bourgogne-CNRS, Table ronde Intégration et désintégration urbaines, Aussois, 6-8 janvier 2000.
- COMBARY G. (1997), Ouagadougou : héritage colonial, habitat et texture urbaine, Thèse d'Histoire de l'art et d'archéologie, Université Aix-Marseille, 309 p.
- FELDMANN L. (1982), La médecine occidentale africaine en 1980, l'Hôpital de Ouagadougou, Doctorat de Médecine, Université Paris VI, 117 p.
- GESLER W. (1986), The use of spatial analysis in medical geography : a review, *Social Science and Medicine*, vol. 23, n° 10, pp. 963-973.
- GRASLAND C. (2001), Organisation de l'espace : analyse spatiale et modélisation des phénomènes géographiques, <http://www.grasland.cicrp.jussieu.fr/grasland/go303/ch1/ch1.htm>
- GRODOS D. (2004), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala, 448 p.
- GRODOS D., TONGLET R. (2002), Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de santé à l'épreuve, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, n° 11, pp. 992-997.
- JAGLIN S. (1995), *Gestion urbaine partagée à Ouagadougou : pouvoirs et périphéries (1983-1991)*, Paris, Karthala-ORSTOM, 659 p.
- LE BRIS E. (2000), « Ouagadougou : de l'immobilisme à l'entropie », in Dureau et al. (coords), *Métropoles en mouvement, une comparaison internationale*, Paris, Anthropos-Economica, IRD, Collection Villes, pp. 381-392.
- MEUNIER A. (2000), L'état et l'offre de soins au Burkina Faso, *Espace Populations Sociétés*, n° 1, pp. 33-41.
- PICHERAL H. (1998), « Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé », 5^{ème} colloque de géographie et socio-économie de la santé, *Allocation des ressources et géographie des soins*, Paris, CREDES, 39-45.
- PUMAIN D., SAINT-JULIEN T. (1997), *L'analyse spatiale. 1. Localisation dans l'espace*, Paris, Colin-Masson Collection Géographie, 167 p.
- SALEM G. (1998), *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala, 460 p.
- VAN DORMAEL M. (1997), *La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le tiers monde*, Antwerpen : ITGPress, Coll. "Studies in Health Services Organisation and Policy", n° 1, 39 p.