

DES MÉDICAMENTS POUR TOUS MAIS PAS PARTOUT.
APPROCHE GÉOGRAPHIQUE DE L'OFFRE PHARMACEUTIQUE
À OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

Aude Nikiema^{*}, Emmanuel Bonnet^{**},
Gisèle S. Nongana^{***}, Seni Kouanda^{****}

INTRODUCTION

En milieu urbain, en Afrique, le pluralisme thérapeutique fait de la recherche du médicament, dans les officines ou ailleurs, une étape récurrente dans l'itinéraire de soins ; l'achat de médicaments peut même constituer la seule étape de cet itinéraire (Coulibaly *et al.*, 2008 ; Nikiema *et al.*, 2011 ; Baxerres, 2012 ; Soura *et al.*, 2011 ; Mbouyap Kamtcha, 2005 ; Medah, 2006). Une revue de la littérature révèle que les autorités sanitaires – et peut-être les chercheurs – n'ont pas accordé suffisamment d'attention à cette étape fondamentale de l'itinéraire thérapeutique qu'est l'approvisionnement en médicaments (Baxerres, 2012). Selon les pathologies, les choix de traitement peuvent être déterminés par des considérations de coût et de distance d'accès à l'offre de soins (Ouendo *et al.*, 2005 ; Sy *et al.*, 2010). Dans ce contexte, le médicament de la rue constitue une concurrence importante au médicament d'officine car il peut être plus facile à obtenir (Soura *et al.*, 2011). Des anthropologues ont décrit et analysé les multiples situations où les personnes achètent des médicaments directement en pharmacie sans consulter préalablement un médecin en raison de difficultés d'accès d'ordre physique ou financier ou bien en raison d'un manque d'intérêt porté au système de santé qui les encadre (Fainzang, 2001 ; Baxerres, 2012).

* Géographe, chargée de recherche IRD, UMI Résiliences / Institut national des sciences de la santé (INSS), Ouagadougou, Burkina Faso.

** Géographe, maître de conférences, CNRS, UMR 6266 IDEES, Caen, France.

*** Géographe, chargée de recherche, Institut de recherche en sciences des sociétés (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso.

**** Médecin de santé publique, chercheur, Institut de recherches en sciences de la santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso.

Ces divers travaux montrent que l'implantation géographique des officines pharmaceutiques est un déterminant essentiel du rapport aux médicaments, car elle conditionne l'accessibilité des produits pharmaceutiques de qualité. Dans les pays en développement, cette implantation est dépendante des capacités des pharmaciens et de leurs stratégies d'ordre financier. La morphologie urbaine et le profil socioéconomique des populations constituent également des facteurs de sélection des implantations. Ainsi, le rythme d'urbanisation rapide connu dans les pays du Sud se traduit par deux faits marquants. L'implantation des populations précédant généralement les aménagements, les villes tentent de rattraper leur retard en équipements mais peinent à s'organiser. Le milieu urbain est aussi caractérisé par de fortes inégalités spatiales notamment sur les « marges », qui accueillent souvent les populations les plus démunies (Jaglin, 2001 ; Rossier *et al.*, 2011). Des sous-espaces apparaissent, constituant « des villes dans la ville » (Salem, 1998). Les nouvelles zones d'installation de la population présentent rapidement un éventail de soins multiples et variés auquel peut être associée une offre pharmaceutique privée abondante (Mobillion, 2006 ; Harang, 2007).

La capitale du Burkina Faso ne déroge pas à ces observations. La distribution spatiale des médicaments est marquée par l'application de l'Initiative de Bamako qui a rendu les médicaments essentiels génériques disponibles dans les services de soins publics (Harang, 2007), parallèlement au secteur privé qui occupe une place importante dans l'éventail des recours, comme cela a été décrit pour d'autres métropoles africaines (Gomes do Espírito Santo, 1998 ; Manzambi, 2009). Ouagadougou a fait l'objet de nombreuses publications sur les changements intervenus au cours des étapes d'urbanisation, qui ont créé des quartiers dont les caractéristiques diffèrent et donnent à voir une ville contrastée (Prat, 1996 ; Jaglin, 1995 ; Fournet *et al.*, 2008 ; Boyer & Delaunay, 2009). Cadot et Harang (2006) ont montré le lien étroit qui existe entre les recompositions territoriales de la capitale et la dynamique de l'offre de soins.

Aujourd'hui, les autorités sanitaires, conscientes des insuffisances de l'offre pharmaceutique, tentent de remédier aux disparités d'accès caractéristiques des marges de la ville. Ce chapitre examine si l'offre pharmaceutique à Ouagadougou est devenue plus équitable et si l'ensemble des populations est couvert. L'équité spatiale à travers l'accès aux médicaments sera discutée. Cette analyse s'appuie sur une base de données établie dans le cadre d'un travail universitaire à l'Université de Ouagadougou (Yameogo, 2009). En 2008, la localisation de l'ensemble des pharmacies privées a été réalisée par Global positioning system (GPS). Depuis cette date, la collaboration avec l'Ordre des pharmaciens à Ouagadougou se poursuit et permet de localiser chaque année les nouvelles ouvertures, apportant les informations diachroniques nécessaires pour développer l'analyse exposée dans ce chapitre.

POLITIQUE URBAINE : UNE VILLE EN CONSTANTE EXTENSION SPATIALE

Au Burkina Faso, le taux d'urbanisation est faible au regard des pays limitrophes. Le dernier recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2006 (INSD, 2009) fixe la part de la population urbaine à 22,7 %. L'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) utilise le terme « milieu urbain », défini comme l'« ensemble des localités remplissant les fonctions de chef-lieu d'unité administrative (région et province) et celles comprenant plus de 5000 habitants et comportant un minimum d'infrastructures socio-économiques et administratives (écoles, services administratifs, réseau de distribution d'eau potable et d'électricité) » (INSD, 2006). Le taux moyen annuel de croissance urbaine est de 7,6 % entre 1996 et 2006 (3,1 % à l'échelle nationale). La population de la capitale est passée de 709 736 habitants à 1 475 839 entre ces deux dates. Ouagadougou représente une part constante au sein de la population urbaine burkinabè, soit 46,4 % (INSD, 2006).

Avant les années 1980, les autorités administratives interviennent peu dans le paysage urbain de la capitale. Hormis l'aménagement des quartiers administratifs et des « quartiers saints » (lieux de regroupement de la population chrétienne autour de la Mission) au cours de la période coloniale, le territoire est soumis à des opérations ponctuelles dont la plupart sont initiées par les bailleurs de fonds (Ouattara, 1993). Le contrôle inégal du territoire engendre des inégalités sociales observables spatialement (Fournet *et al.*, 2008), et une distinction centre-périphérie, liée au régime foncier dual (moderne/traditionnel), qui oppose une ville structurée et équipée, dite « lotie », en centre-ville, et son négatif en périphérie, espace irrégulier qualifié de « non loti » en raison de son extension hors des règles d'urbanisme. À l'aube des années 1980, 70 % des quartiers de la ville sont non lotis et accueillent 60 % de la population de Ouagadougou (Fournet *et al.*, 2008).

À partir de 1983, la révolution conduite par le président Thomas Sankara met en œuvre une politique urbaine qualifiée de volontariste, par son mode d'exécution énergique et rapide. Sous l'effet de cette politique, la ville se transforme. Le cœur du centre-ville se restructure avec des bâtiments à étages et donne naissance à un nouveau marché central en 1985. Il s'agit de la première étape du projet Zone d'activités commerciales et administratives (ZACA) destiné à mettre les espaces centraux au service d'activités économiques modernes. La politique de l'habitat subventionné profite aux fonctionnaires de rang moyen et donne naissance aux cités dans les quartiers péri-centraux (Le Bris, 1993). Elles sont fondées sur une architecture verticale (*Cité an III*) ou de type pavillonnaire (*1200 logements*) sur des parcelles redimensionnées pour limiter l'étalement urbain. L'organisation en quartiers traditionnels est remplacée par un découpage administratif en 30 secteurs dont les limites externes englobent les espaces irréguliers dans l'intention d'en prendre le

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

contrôle tout en niant l'existence d'autres droits représentés par le pouvoir traditionnel (Le Bris, 2000).

Après la présidence de Sankara, brutalement interrompue en 1987, la période dite *de rectification* tente de poursuivre la dynamique. Les Projets de développement urbains (PDU) adoptés continuent l'équipement et le lotissement des espaces périphériques, mais à un rythme toujours moins rapide que la croissance démographique. Certains quartiers se distinguent au gré des fonctions qui leur sont attribuées par les autorités communales (quartier administratif de *Ouaga 2000*, lieu d'accueil des nouveaux riches), et ceux issus d'investissements privés et de la spéculation foncière offrent un habitat à des populations disposant d'un niveau de vie élevé. Mais la capitale en constante expansion continue de produire des périphéries lointaines que l'aménagement planifié tarde à contrôler. Depuis 2012, dans la perspective d'une amélioration des besoins en infrastructures et équipements, le processus de décentralisation a consacré un nouveau découpage administratif de la commune urbaine de Ouagadougou. Le nombre de secteurs est ainsi passé de 30 à 55.

LES OFFICINES PHARMACEUTIQUES DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ

Au Burkina Faso, la vente de médicaments se fait officiellement au travers de deux structures : les officines pharmaceutiques privées, objet de ce chapitre, et les dépôts de médicaments essentiels génériques soit publics [associés aux structures de premier recours, les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS)], soit privés. En 2011, le Burkina Faso comptait 179 officines pharmaceutiques privées, dont 60,9 % étaient ouvertes à Ouagadougou (Ministère de la santé, 2011). L'actualisation de la localisation par GPS de l'offre pharmaceutique privée porte le nombre d'établissements à 116 en 2012 dans la capitale.

Pendant de nombreuses années, l'article 84 du code de santé publique de Haute-Volta de 1970 a imposé une distance minimum réglementaire de 500 m à vol d'oiseau entre officines. Puis, la loi n°23/94/ADP de 1994 portant code de la santé publique a remplacé ce texte et a régi l'exercice des pharmaciens d'officine en définissant les dispositions générales et particulières de la profession. Les dispositions relatives au lieu d'exercice ne sont alors plus précisées, sans doute parce qu'à cette période l'offre, peu abondante, ne présente pas de contrainte particulière. À partir de 1996, la politique sanitaire menée au Burkina Faso est définie selon les grands axes de l'Initiative de Bamako et les médicaments essentiels sont un élément clé des soins de santé primaires (Ridde, 2004). Orientée vers le milieu rural, la politique privilégie la création de dépôts de médicaments gérés par la communauté dans les structures de santé de base. La même année, une politique pharmaceutique est adoptée, suivie d'un plan directeur en 1998. La politique est actualisée en 2012, accompagnée d'un plan

stratégique pharmaceutique pour la période 2012-2016 (Conseil des ministres du 18 avril 2012).

Le milieu urbain ne fait pas l'objet d'une attention particulière dans la politique sanitaire du Burkina Faso. En effet, il faut attendre le premier Plan national de développement sanitaire 2001-2010 (PNDS) pour que des normes spécifiques au milieu urbain soient précisées en matière d'équipement de soins. À la même époque, une nouvelle réglementation est imposée à l'offre pharmaceutique en ville. À partir des années 2000, la tendance est réajustée par l'application de l'arrêté n°2003-148/MS/CAB portant condition de création et d'ouverture d'une officine pharmaceutique. Quelques années plus tard, l'adoption de l'arrêté n°2006-041/MS/CAB portant condition d'exploitation d'une officine pharmaceutique privée fixe les règles. Ces arrêtés imposent des normes démographiques et géographiques et instituent une liste d'attente des postulants à la création dans les communes et les arrondissements. Dans les articles 3, 4 et 5, l'implantation des pharmacies est soumise à une double norme qui oblige la création d'une officine pour 10 000 habitants dans les villes de plus de 500 000 habitants et fixe une distance minimale de 500 m entre deux structures. La loi spécifie que cette distance peut être réduite à 300 m dans les zones commerciales et n'ordonne pas le respect de la norme pour les établissements déjà existants.

Aujourd'hui, la Direction de la réglementation pharmaceutique doit définir les arrondissements à équiper chaque année en fonction des statistiques démographiques produites par l'INSD. Les pharmaciens postulant à une ouverture doivent donc se soumettre au programme établi.

LES OFFICINES PRIVÉES, DES MARQUEURS SPATIAUX ?

La littérature souligne qu'en l'absence de législation, la polarisation des villes conduit au suréquipement en pharmacies au regard du milieu rural (Norris 1997 ; Chapelet 2006). Cependant, l'existence d'une réglementation relative aux ouvertures des officines ne paraît pas toujours efficace dans les faits, comme en atteste la situation de Ouagadougou. Un regard historique permet d'identifier quatre grandes vagues d'influence sur la création de ces établissements. Jusqu'en 1990, les ouvertures sont soumises au Code de santé publique de 1970. À partir de 1991, le Plan d'ajustement structurel (PAS), imposé à l'économie d'un grand nombre de pays africains, libéralise de nombreux domaines d'activité ; les officines se multiplient. De 1996 à 2002, la politique connaît des changements importants. L'application des principes de l'Initiative de Bamako impose la création de dépôts de médicaments essentiels génériques dans les CSPS. Base de la hiérarchie sanitaire, ce sont les structures de soins les plus nombreuses sur le territoire burkinabè. Cette politique ne semble pas être marquante en termes quantitatifs pour la dispensation de médicaments. Les

CSPS constituent à peine plus de 10 % de l'offre de soins à Ouagadougou tous types confondus, mais la politique a un impact certain sur le recours aux soins, de nombreux travaux ayant montré la place des CSPS dans l'itinéraire thérapeutique (Nikiema *et al.*, 2011 ; Pictet, 2002). Enfin, depuis 2003, les textes se multiplient. Sur le plan géographique, leurs objectifs reprennent souvent des normes déjà imposées par le passé, mais leur application semble beaucoup plus efficace, ce qui s'observe spatialement.

La *distance standard* est l'outil utilisé pour mesurer le degré de dispersion ou de concentration des localisations des pharmacies. Elle se fonde sur la mesure de la moyenne de toutes les distances entre n points autour du centre de gravité (centre moyen géométrique). Ainsi, le calcul de la distance standard à différentes périodes montre un allongement continu des distances (tableau 1). Elle souligne la dispersion des établissements pharmaceutiques privés et montre une tendance à équiper des lieux de plus en plus éloignés.

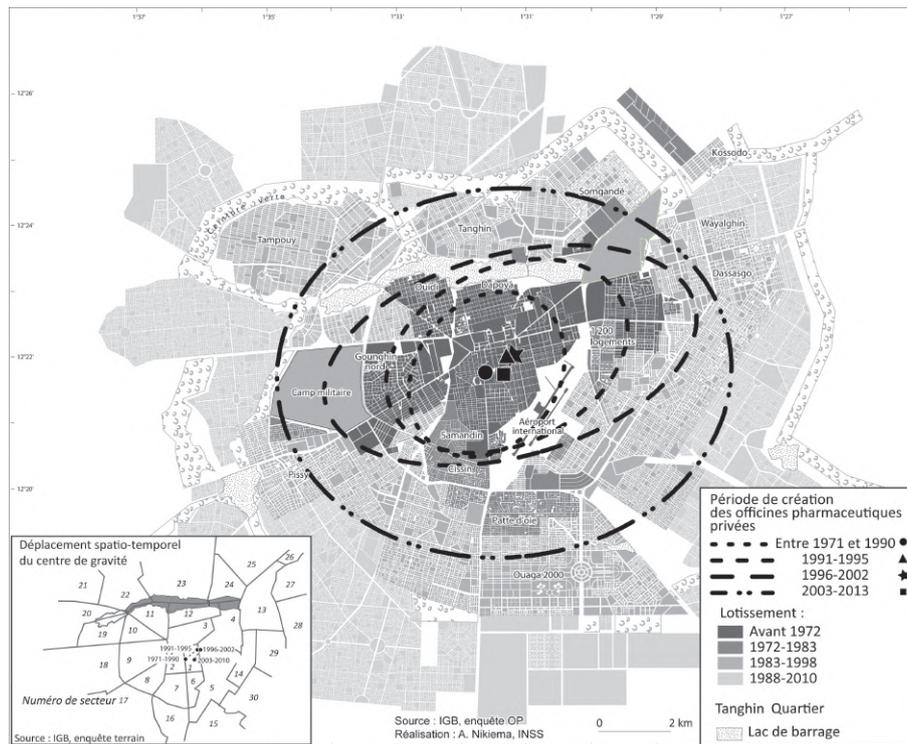
TABLEAU 1. VARIATION DES ELLIPSES DE DÉVIATION STANDARD ET DES AXES DE DISPERSION CONCERNANT L'IMPLANTATION DES PHARMACIES À OUAGADOUGOU

Périodes	Distance standard (m)	Longueur petit axe (m)	Longueur grand axe (m)	Rotation (°)
1971-1990	2 278	2 011	2 517	36,6
1991-1995	3 107	2 511	3 607	63,5
1996-2002	4 337	2 880	5 414	74,2
2003-2010	5 799	5 188	6 352	85,2

Mais l'évolution de l'offre pharmaceutique ne s'opère pas de façon uniforme dans l'espace. L'utilisation de l'outil *Ellipse de déviation standard* (EDS), équivalent géographique de l'écart-type, permet d'observer la tendance centrale de dispersion de l'offre pharmaceutique privée (figure 1). Deux éléments doivent retenir l'attention : la position du centre moyen pondéré (ou barycentre) par rapport au cœur de la ville et la forme de l'ellipse (superficie et orientation). La position du centre moyen pondéré est résumée par l'éloignement du centre-ville alors que la dispersion s'apprécie par la superficie de l'ellipse de dispersion et le ratio entre les deux axes de l'ellipse (Morency, 2006). Ils permettent, à partir de la date de création des officines, d'apprécier la dynamique spatio-temporelle des semis de points observés (Gandini, 2007 ; Thiam & Grasland, 2009). Plus l'ellipse est étendue de façon homogène, quel que soit l'axe, plus les objets observés sont dispersés. Sa forme allongée traduit l'influence de la distribution spatiale des points.

Entre 1971 et 1990, la petite taille de l'ellipse et de ses axes montre une évidente concentration des établissements en centre-ville (9 sur 12). Le centre de gravité situé dans le secteur 1 renforce cette observation, ainsi que la distance standard relativement faible.

FIGURE 1. ELLIPSE DE DÉVIATION STANDARD CONCERNANT L'IMPLANTATION DES PHARMACIES ET PÉRIODES DE LOTISSEMENT À OUAGADOUGOU



Avec la libéralisation du domaine d'activités de la pharmacie, les ouvertures d'officines se multiplient. Entre 1991 et 1995, les ellipses s'allongent et s'élargissent. Le décalage de l'ellipse vers l'Est reflète la multiplication des ouvertures dans cette partie de la capitale. Cependant, le léger déplacement du centre de gravité montre une concentration toujours effective des ouvertures en centre-ville. La période 1996-2002 voit la tendance précédente s'accroître. Le barycentre semble s'être immobilisé. Mais la forme de l'ellipse s'est modifiée. L'allongement du grand axe montre une dispersion toujours vers l'Est (quartiers *1200 logements*, *Zone du bois*) et vers l'Ouest (quartier *Petit Paris*) (tableau 1). La différence entre le grand et le petit axe est la plus marquée depuis le début de l'observation. L'amorce d'une dispersion est confirmée par l'allongement de la

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

distance standard. Désormais, la tendance commence une inversion ; plus de la moitié des ouvertures (26 sur 44) se font au profit des secteurs situés hors de l'arrondissement central jusqu'alors privilégié.

À partir de 2003, l'ellipse s'arrondit. Les écarts entre grand et petit axes se réduisent, ce qui reflète une distribution soucieuse de dispersion plus homogène des équipements, confirmée par la centralité du barycentre. La dispersion profite aux périphéries Est, mais aussi Ouest et Nord. Le grand axe témoigne de cette situation avec la longueur la plus importante comparativement aux autres périodes d'observation (tableau 1). Seulement trois ouvertures sur 22 se sont faites au profit des secteurs centraux. Le petit axe, dont la distance a doublé comparativement à la période précédente, montre des créations favorables aux quartiers Nord et Sud de la ville.

Le paysage pharmaceutique révèle une forme de fragmentation du territoire en constante croissance. Bien que fondée sur une offre privée, l'implantation des officines pharmaceutiques semble répéter les inégalités spatiales esquissées par les politiques urbaines mises en place. Produit d'une interaction entre facteurs environnementaux et sociaux, l'offre pharmaceutique se révèle comme un marqueur spatial (Salem, 1998). Meyer (2008) montrait les effets contrastés des politiques urbaines à Ouagadougou conduisant à des suréquipements ou des carences en fonction des quartiers d'implantation. Le fractionnement territorial induit par une gestion plus ou moins organisée et orientée du territoire urbain explique les espaces inégalement dotés en équipements de base, déficit renforcé par les intérêts commerciaux des intervenants privés. À l'aide des ellipses, il apparaît évident que les marges de la ville sont peu pourvues en officines malgré l'adoption effective des règles de distances pour définir les lieux d'implantation.

PAUVRETÉ ET ACCÈS AUX OFFICINES PHARMACEUTIQUES

Le choix du recours thérapeutique dépend du système de soins et des caractéristiques des populations (Coulibaly, 2008). Le système de santé tend à se fonder sur des statistiques à l'échelle administrative qui masquent l'insuffisance de l'offre. Par ailleurs, le milieu urbain a longtemps été négligé par les politiques de santé, car il est généralement admis que la ville offre une gamme de soins diversifiée (Sy *et al.*, 2010 ; Fournet & Salem, 2004). Or, le regard porté à une échelle infra-urbaine montre une offre de soins spatialement mal répartie et souvent peu accessible, notamment par les habitants des quartiers périphériques (Fournet & Salem, 2004).

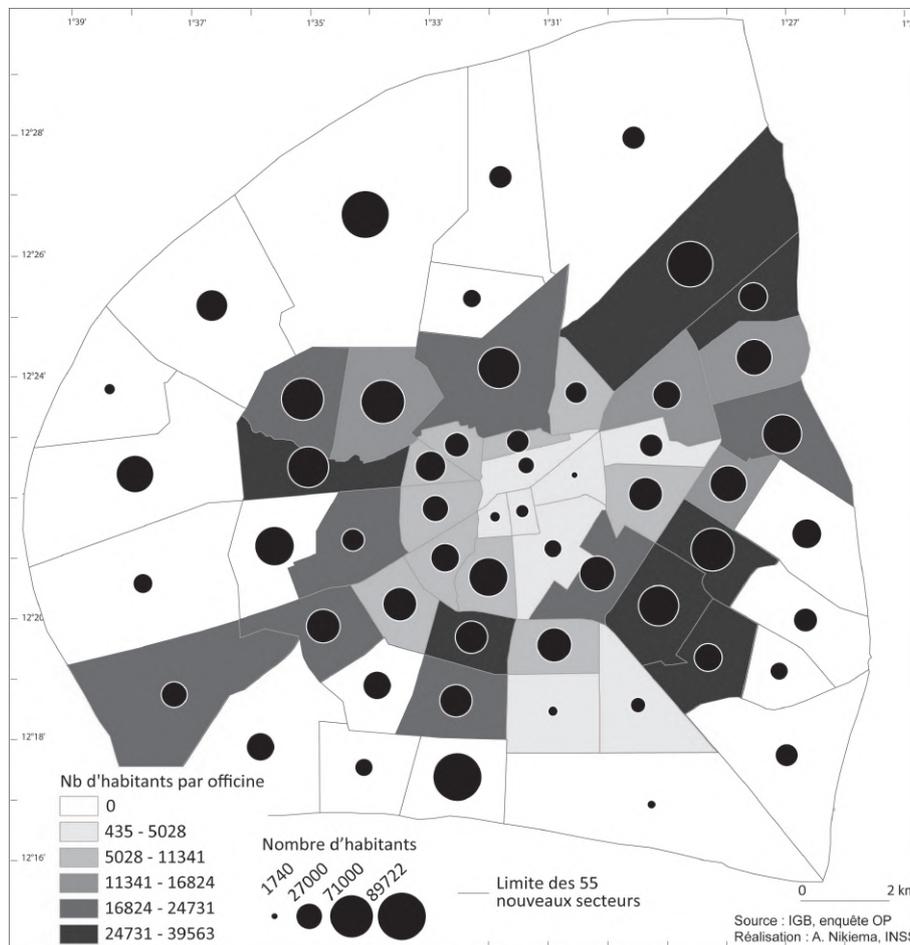
Ce constat peut être étendu aux officines. Le modèle auquel se conforme le paysage pharmaceutique à Ouagadougou est fondé sur des principes égalitaires. Il privilégie l'accessibilité physique et une couverture démographique fixée à 10 000 habitants par officine, bien que la norme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avance 20 000 habitants par pharmacien (sachant que chaque

pharmacie ouagalaise est tenue par un seul pharmacien). Ce modèle présente l'avantage de toucher le plus grand nombre d'habitants. Toutefois, il s'atténue à Ouagadougou du fait de l'existence d'un ordre foncier dual (figure 2). En effet, la capitale burkinabè présente un profil différencié modelé par l'existence d'un cadre foncier traditionnel, offrant un accès à la terre en périphérie de la ville sans pour autant donner un accès aux équipements urbains. La ville est donc composée d'un habitat loti en centre-ville et dans la première couronne périphérique, et non loti sur les marges. Celles-ci ont la particularité d'accueillir les populations à faibles revenus et dans l'incapacité financière d'accéder à la ville lotie (migrants, jeunes ménages).

Or, l'échelle de gestion des normes sanitaires ignore ces inégalités. En effet, les districts sanitaires qui divisent la capitale en cinq grandes unités spatiales ne permettent pas les comparaisons. Ouagadougou dispose d'un découpage administratif par secteurs, au nombre de 55 depuis l'imposition de nouvelles délimitations à la suite des élections municipales de 2012, qui peut rapidement mettre en évidence les insuffisances de la politique de santé en termes d'équipements. Le calcul de la densité en habitants par pharmacie révèle des disparités d'équipements, particulièrement aux marges de la ville (figure 2). Calculée dans les limites strictes des secteurs administratifs, l'opposition spatiale entre un centre particulièrement bien doté au regard de l'importance de sa population, et la périphérie qui l'est moins, est remarquable. La périphérie peut être divisée en deux couronnes, une première qui dépasse largement les normes OMS et une seconde où l'absence totale d'équipements contraint les demandeurs potentiels à parcourir de longues distances pour satisfaire leurs besoins ou à recourir à des sources d'approvisionnement alternatives, comme les marchands ambulants ou vendeurs de médicaments de la rue. On peut avancer deux éléments de lecture complémentaires à ceux de l'administration : l'attraction commerciale exercée par le centre explique son suréquipement potentiel au regard des normes ; en périphérie l'ampleur de la demande qui s'impose à une offre déjà saturée est accrue par l'afflux de clients potentiels résidant dans les secteurs non équipés.

Le niveau d'équipement pharmaceutique révèle également les zones de pauvreté dans la capitale. Les nombreux travaux menés sur le recours aux soins des populations vivant dans des quartiers défavorisés montrent qu'elles ont généralement un accès limité à une offre de qualité. Selon Sy *et al.* (2010), la consommation de soins médicaux ne dépend pas toujours des conditions financières des malades. En outre, dans les pays en développement, environ deux-tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrés à l'acquisition de produits pharmaceutiques (Millot, 2006), ce qui montre leur importance dans l'itinéraire thérapeutique. À Ouagadougou, les difficultés d'accès des pauvres aux services de santé se traduisent soit par un renoncement aux soins, soit par des recours aux soins qui s'orientent vers les services gratuits ou considérés

FIGURE 2. DENSITÉ D'HABITANTS PAR PHARMACIE À OUAGADOUGOU EN 2013



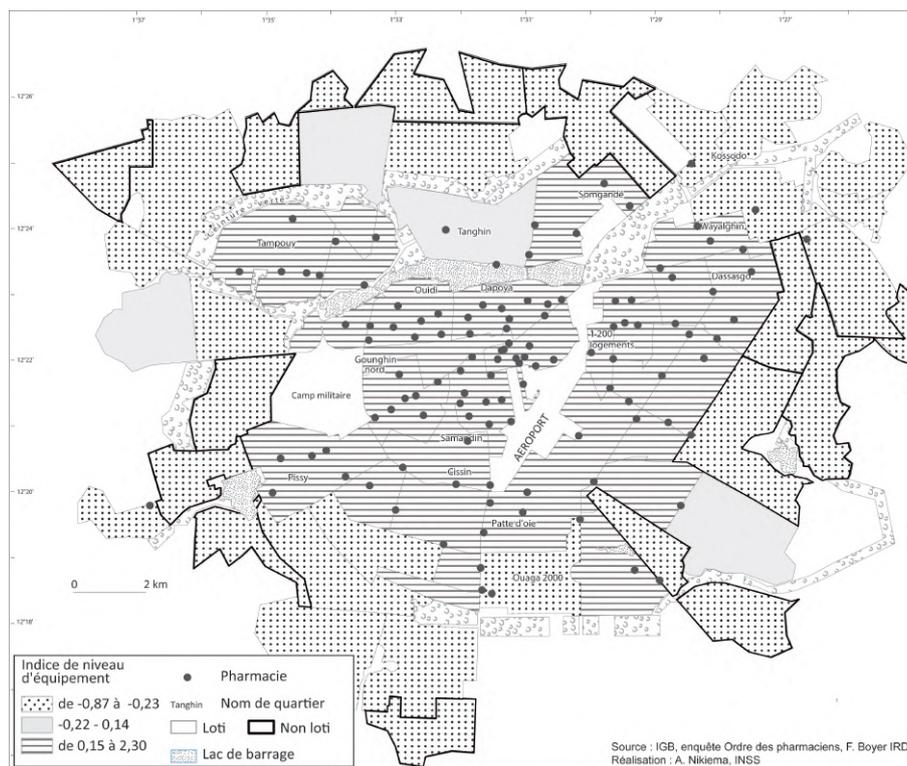
moins onéreux – pour soigner des symptômes connus et jugés bénins –, ou vers l’automédication (Sanou & Ouedraogo, 1998 ; Nikiema *et al.*, 2011).

À Ouagadougou, le calcul du niveau d’équipement – qui indique un niveau de pauvreté – est rendu possible grâce aux travaux menés par Boyer et Delaunay (2009) sur la capitale. Un découpage de l’espace urbain fondé sur les quartiers, manifestant la morphologie et l’histoire du bâti, a permis de dresser un état des différentes formes de « l’habité » dans la capitale. Dessiné avant la création du nouveau découpage administratif, il correspond en bien des points à ce dernier. Puis, une enquête menée auprès d’un échantillon de la population a permis, notamment, d’apporter une description la plus précise possible de l’espace intra-urbain. Un indice de niveau de vie a pu ainsi être calculé (figure 3), construit sur

des critères d'équipement de base (eau et électricité), de confort (radio, télévision, ventilateur, climatisation, ordinateur, réfrigérateur) et de transport (Boyer, 2009). La pauvreté se caractérisant pour une grande partie de la population par des conditions de vie matérielles difficiles, identifier les pauvres par la possession d'éléments de confort se justifie. Par ailleurs, à Ouagadougou, disposer d'un accès à l'eau et à l'électricité figure parmi les besoins estimés vitaux par les habitants (INSD, 2005).

L'indice de niveau d'équipement montre une ville à « deux vitesses ». Au centre et dans une première couronne, les équipements individuels abondants sont synonymes d'un niveau de vie de qualité (figure 3). En revanche à mesure que l'on s'approche des marges urbaines, la situation s'inverse. L'indice négatif montre un habitat mal équipé, soit par l'absence d'aménagement, soit par l'insuffisance de revenus monétaires pour disposer d'une connexion à un réseau ou du matériel nécessaire à la satisfaction des besoins.

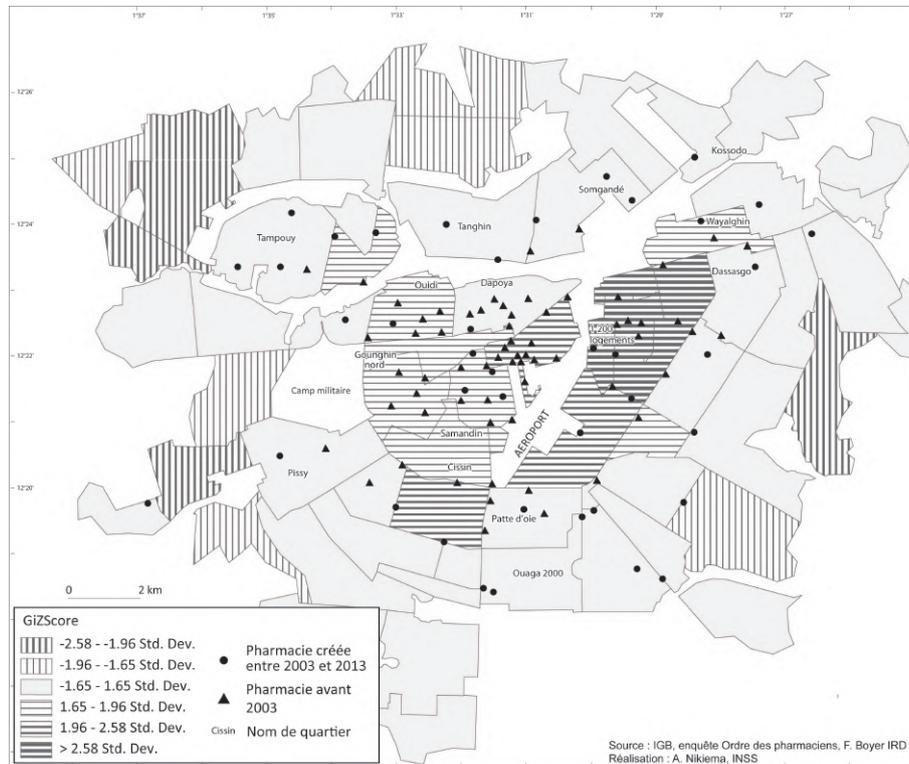
FIGURE 3. INDICE DE NIVEAU D'ÉQUIPEMENT INDIVIDUEL PAR QUARTIER À OUAGADOUGOU EN 2009



L'utilisation d'une méthode d'analyse de cluster, (hotSpot Analysis – Getis Ord*) permet de définir des points chauds et des points froids. Il calcule des Zscores dont les valeurs extrêmes, statistiquement significatives, se concrétisent par des clusters de valeurs fortes positives (hot spots) ou négatives (cold spots). Un Zscore égal à 0 signifie qu'il n'existe pas de concentration spatiale spécifique. Il s'agit ainsi de confirmer la distribution géographique des niveaux d'équipement individuel et d'en comprendre l'hétérogénéité spatiale. La figure 4 indique en trames horizontales les agrégats de ménages au niveau d'équipement élevé (concentrations positives), révélateurs du niveau de vie, dont la concentration pourrait être considérée comme « anormalement élevée » car supérieure à celle attendue dans les zones géographiques observées. À l'inverse, les trames verticales montrent des espaces où ces agrégats correspondent à une concentration plus élevée que la moyenne, de ménages au niveau d'équipement faible. Il s'agit essentiellement de zones périphériques non loties, qualifiées de sous-intégrées (Jaglin, 1995), dont certaines sont associées au plan de lotissement et progressivement construites selon un plan quadrillé. Il est particulièrement intéressant d'observer la polarisation des officines pharmaceutiques privées par les zones de clusters positifs alors que les espaces ne présentant pas de clusters (en plage grisée sur la carte), donc au profil plus hétérogène, semblent être moins attractifs, bien qu'ils le soient davantage que les clusters négatifs. Il existe donc des poches de pauvreté éloignées des équipements en réseau mais également des équipements de base auxquels on peut associer les pharmacies. Toutefois, il faut relever l'effet de l'application des nouveaux textes en matière d'implantation de ces structures et de la volonté de mener une politique plus égalitaire, l'Initiative de Bamako ayant partiellement échoué à réduire l'iniquité en matière d'accès aux équipements de santé (Ridde, 2004).

Les résultats de l'analyse spatiale de l'offre pharmaceutique reflètent ainsi le « droit à la ville » (Costes 2010) et à la santé dont les plus pauvres sont souvent écartés. Introduite par Lefebvre (1968), la notion de « droit à la ville » est issue de l'éclatement de l'urbain. Des mutations sociales et spatiales ont été introduites par la planification qui conduit à de nouvelles formes d'urbanisme. Elles créent une dimension fonctionnelle au détriment du social et procèdent à un éclatement vers la périphérie. La population s'éparpille et des zones se constituent : quartiers résidentiels, zones de regroupement des étudiants, bidonvilles... La ville est un objet politique où les territoires sont reconfigurés et desquels les pauvres sont souvent exclus, confinés dans les marges sans accès aux équipements urbains. La répartition des pharmacies privées procède de cette fragmentation. L'implantation des officines privées se calque sur les divisions spatiales créées par les politiques d'aménagement successives et renforce les disparités d'équipement en privilégiant les territoires économiquement plus attractifs. Or, à propos des ressources publiques, Apparicio et Séguin (2005) constataient que « l'absence contribue à exacerber le déficit de ressources des

FIGURE 4 : AGRÉGATS (CLUSTERS) DE NIVEAU D'ÉQUIPEMENT INDIVIDUEL PAR QUARTIER À OUAGADOUGOU EN 2009



personnes pauvres ». Ce constat n'est pas propre aux ressources privées, mais peut toutefois être étendu à ce domaine qui, à Ouagadougou, vient combler les insuffisances d'une offre publique, mais dont la caractéristique est d'éviter certains quartiers lors de l'implantation des officines.

Dans une perspective de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale des populations défavorisées, un bon accès aux ressources qu'offre l'environnement urbain constitue un enjeu fondamental.

Apparicio & Séguin, 2005 : 2

Les considérations éthiques, qui visent à valoriser chaque être humain en contribuant à son bien-être par la satisfaction de ses besoins fondamentaux, se trouvent donc contrariées. Les populations pauvres des quartiers périphériques, surtout les quartiers non lotis, sont exclues des services urbains.

Pourtant, la consommation de médicaments en milieu urbain est croissante, en lien avec l'offre et les prescriptions. Sur ce territoire, la modification des normes culturelles participe à « la multiplication des questions de santé dont la

réponse est recherchée dans les médicaments » (Desclaux, 2013). Au Burkina Faso, l'objectif d'équité de la politique sanitaire, par la mise à disposition de médicaments génériques, paraît être mis à mal dans un espace où l'offre de traitement ne semble pas couvrir l'éventail des pathologies rencontrées en milieu urbain. En privilégiant le spatial, par une accessibilité renforcée, la politique entreprise néglige le social, du point de vue du profil tant économique que culturel ou sanitaire des patients potentiels. La justice spatiale est préférée à la justice sociale. La répartition de l'offre pharmaceutique privée renforce l'absence d'équité de la politique sanitaire en milieu urbain.

CONCLUSION

En matière de santé, dans les pays du Sud, la politique s'est longtemps focalisée sur l'accessibilité sanitaire comme gage d'une adaptation aux besoins des populations. La mise à disposition d'une offre de soins hiérarchisée et calquée sur le découpage administratif était ainsi supposée répondre aux objectifs et mots d'ordre des organismes internationaux et bailleurs de fonds.

Au cours des années 1990, le retrait de l'État de l'expansion des équipements de base a favorisé le développement du secteur privé, dont l'offre pharmaceutique est la plus représentative. En milieu urbain, son expansion semble avoir suivi la politique d'aménagement, qui, à Ouagadougou, a longtemps privilégié le centre-ville au détriment de périphéries considérées sous-intégrées. Les efforts entrepris en matière d'urbanisation au cours des dernières décennies ont permis de lotir des espaces périurbains occupés selon les règles du droit coutumier.

Les équipements, témoins de l'urbanisme contemporain, contribuent à accentuer les disparités spatiales issues d'un aménagement urbain qui n'a pas pu anticiper la croissance démographique. La concentration d'activités et de fonctions différenciées dans les quartiers centraux de la ville longtemps privilégiés par la politique d'urbanisation se superpose à une concentration des habitations au niveau d'équipement individuel supérieur à la moyenne. Ces espaces sont également marqués par la concentration des équipements collectifs, incluant les officines pharmaceutiques, dont les choix d'implantation sont guidés par des logiques économiques.

Ce modèle d'accès aux médicaments destiné, à l'origine, à insérer les plus démunis au « réseau sanitaire officiel », renforce les disparités spatiales en ville. Ainsi, au Burkina Faso, il révèle une capitale soumise à un ordre foncier dual. La pauvreté monétaire relègue les populations les plus vulnérables aux périphéries de la ville. Ces populations, dont une part importante est originaire du milieu rural et faiblement instruite, optent souvent pour un renoncement aux soins médicaux et recourent à une « automédication assistée » auprès des

officines. À travers l'offre pharmaceutique, le « droit à la ville » des plus pauvres se révèle comme un espoir, difficile à concrétiser en raison de la difficulté des autorités municipales à intégrer les espaces périphériques aux politiques urbaines. L'analyse du paysage pharmaceutique ouagalais révèle la préférence pour les lieux centraux qui a longtemps prévalu. Toutefois, depuis quelques années, elle laisse entrevoir une évolution du modèle, fondée sur l'efficacité d'une loi récente destinée à rééquilibrer l'offre et désormais appliquée.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML) et plus précisément la Direction de la réglementation pharmaceutique, pour les informations fournies, dont : le professeur Rasmané Semdé (Directeur de la réglementation pharmaceutique), les docteurs Bintou Traoré Kassamba et Ruffine Rouamba. Ils remercient également Florence Boyer et son équipe qui ont mis à leur disposition les données issues de leur enquête sur les mobilités à Ouagadougou et Valéry Ridde pour sa relecture attentive.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- APPARICIO P., SÉGUIN A.M., 2005. *Évaluation de l'accessibilité aux services et aux équipements collectifs et privés pour les habitants des HLM à Montréal*, Working Paper, INRS : Urbanisation, culture et société, 37 p.
- BAXERRES C., 2012. « Les usages de médicaments au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales », *Revue internationale sur le médicament*, 4, 1, 14-38.
- BOYER F., DELAUNAY D., 2009. *Peuplement de Ouagadougou et développement urbain. Rapport provisoire*, Ouagadougou, IRD, 250 p.
- CADOT E., HARANG M., 2006. « Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Espace, populations, sociétés*, 2-3, 329-339.
- CHAPELET P., 2006. « L'accès aux médicaments à Delhi », *Espace, populations, sociétés*, 2-3, 299-312.
- COSTES L., 2010. « Le droit à la ville de Henri Lefebvre : quel héritage politique et scientifique ? » *Espaces et sociétés*, 1, 140-141, 177-191.
- COULIBALY I., KEITA B., KUEPIE M., 2008. *Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique*, Actes du colloque de Québec « Démographie et culture », AIDELF, 223-240.
- DESCLAUX A., BADJI M., SARR S.C., AHOANTO M., 2014. « Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique de l'Ouest et du Centre », *Médecine et santé tropicales*, 24, 1, 10-13.
- FAINZANG S., 2001. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

- FOURNET F., MEUNIER-NIKIEMA A., SALEM G., 2008. *Ouagadougou (1850-2004), une urbanisation différenciée*, Marseille, IRD, coll. « Petit atlas urbain », 143 p.
- FOURNET F., SALEM G., 2004. « La santé dans les villes africaines, d'idées reçues à la définition d'une urgence de santé publique », *Médecine tropicale*, 64, 567-568.
- GANDINI C., 2007. « Villes et campagnes : une interaction réciproque. L'exemple de la cité des Bituriges Cubi (II^e s. av. J.-C. - VII^e s. ap. J.-C.) », *RTP Modys - Rencontre de doctorants*, 19 - 20 décembre 2007, Avignon.
- GOMES DO ESPIRITO E., FLOURY B., CISSÉ M., 1998. « Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin) », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 76, 2, 195-201.
- HARANG M., 2007. *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation. Le cas de Ouagadougou*, Thèse de géographie, Paris, Université de Paris X-Nanterre, 499 p.
- INSD, 2005. *Gouvernance, démocratie et lutte contre la pauvreté à Ouagadougou : Le point de vue de la population de la capitale, Enquêtes 1-2-3, Premiers résultats*, Ouagadougou, Ministère de l'économie et du développement, Burkina Faso, 78 p.
- INSD, 2009. *Recensement général de la population et de l'habitation de 2006 (RGPH-2006), monographie de la commune urbaine de Ouagadougou*, Ouagadougou, 130 p.
- JAGLIN S., 1995. *Gestion urbaine partagée à Ouagadougou, pouvoirs et périphéries 1983-1991*, Paris, Karthala.
- JAGLIN S., 2001. « Villes disloquées ? Ségrégations et fragmentation urbaine en Afrique australe », *Annales de géographie*, 110, 619, 243-265.
- LE BRIS E., 1993. « Ville irrégulière, ville non maîtrisée », *Afrique contemporaine*, 168, numéro spécial, 218-230.
- LE BRIS E., 2000. « Ouagadougou : de l'immobilisme à l'entropie », in F. DUREAU, V. DUPONT, E. LELIÈVRE, J.-P. LÉVY, T. LULLE (dir.), *Métropoles en mouvement. Une comparaison internationale*, Paris, Anthropos-IRD, 381-392.
- LEFEBVRE H., 1968. *Le droit à la ville*, Paris, Economica, 3^{ème} édition, 2009.
- MANZAMBI J.K., 2009. « Les déterminants du comportement de recours au tradipraticien en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo », *Revue Psychologie et société nouvelle*, 7, 3-19.
- MBOUYAP KAMTCHA Y.M., 2005. « Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé au Cameroun », *Union internationale pour l'étude scientifique de la population, XXV^e Congrès international de la population*, Tours, 18-23 juillet 2005, 14 p., <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50126>, consulté le 12 septembre 2014.
- MEDAH R., 2006. « Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Études RECIT*, 11, Laboratoire Citoyennetés, 24 p.
- MEYER P.E., 2008. « L'impact de la révolution de 1983 », in F. FOURNET, A. MEUNIER-NIKIEMA, G. SALEM (dir.), *Ouagadougou (1850-2004), une urbanisation différenciée*, Paris, IRD, 39-48.
- MILLOT G., 2006. « Le médicament essentiel en Afrique : pour une vision globale », *Médecine tropicale*, 66, 558-564.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, n.d. *Plan national de développement sanitaire 2001-2010, Burkina Faso*, Ouagadougou, 64 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2011. *Annuaire de la santé*, Ouagadougou, 231 p.
- MOBILLION V., PEYRONNIE K., VALLÉE J., 2006. « L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao) : entre contrôle territorial et économie marchande », *Espace, populations, sociétés*, 2-3, 341-349.
- MORENCY C., 2006. « Étude de méthodes d'analyse spatiale et illustration à l'aide de microdonnées urbaines de la grande région de Montréal », *Cahiers scientifiques du transport*, 49, 77-102.

DES MÉDICAMENTS POUR TOUS MAIS PAS PARTOUT...

- NIKIEMA A., ROSSIER C., MILLOGO R., RIDDE V., 2011. « Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain : le cas de la périphérie nord de Ouagadougou », *Sixième conférence africaine sur la population « Population africaine : passé, présent et futur »*, UEPA, 5-9 décembre 2011, Ouagadougou, Burkina Faso.
- NORRIS P., 1997. « The State and the Market: The Impact of Pharmacy Licensing on Geographical Distribution of Pharmacies », *Health & Place*, 3, 4, 259-269.
- OUATTARA A., 1993. *Les enjeux de la dynamique des extensions périurbaines à Ouagadougou (Burkina Faso)*, Collection « Dynamiques périurbaines », Paris, CEPED, http://www.ceped.org/cdrom/dynamiques_periurbaines/html/ouagadougou.htm.
- OUENDE E.M., MAKOUTODE M., PARAISSO M.N., WILMET-DRAMAIX M., DUJARDIN B., 2005. « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé) », *Tropical Medicine and International Health*, 10, 2, 179-186.
- PICTET G., 2002. « Le recours aux soins à Ouagadougou », *Ouaga Focus*, 9, ISSP / UERD, 2 p.
- PRAT A., 1996. « Ouagadougou, capitale sahélienne : croissance urbaine et enjeu foncier », *Mappemonde*, 1, 18-24.
- RIDDE V., 2004. *L'initiative de Bamako quinze ans après. Un agenda inachevé*, Washington, HNP, WB, 54 p.
- ROSSIER C., SOURA B.A., 2011. « Pauvreté et santé à la périphérie de Ouagadougou », *Sixième conférence africaine sur la population « Population africaine : passé, présent et futur »*, UEPA, 5-9 décembre 2011, Ouagadougou, Burkina Faso.
- SALEM G., 1998. *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense, Pikine (Sénégal)*, Paris, ORSTOM-Karthala.
- SANOU M., OUEDRAOGO E., 1998. *Profil de pauvreté urbaine et accès aux services sociaux de base*, Ouagadougou, INSD, 60 p.
- SOURA B.A., BANZA B., ROSSIER C., 2011. « Utilisation des médicaments de la rue à Ouagadougou. Effet de niveau de vie ou effet de niveau d'éducation ? » *Sixième conférence africaine sur la population « Population africaine : passé, présent et futur »*, UEPA, 5-9 décembre 2011, Ouagadougou, Burkina Faso.
- SY I., KEITA M., OULD TALEB M., LO B., TANNER M., CISSÉ G., 2010. « Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? », *Cahiers Santé*, 20, 1, 51-58.
- THIAM O., GRASLAND L., 2009. « Un siècle de peuplement urbain en Afrique de l'Ouest : modélisation centrographique », *Third European Conference on African Studies*, Leipzig, 4-7 juin 2009.
- YAMEOGO G., 2009. *La gestion géomatique des officines pharmaceutiques privées*, mémoire de master GEO-CFID, Université de Ouagadougou, 78 p.

sous la direction de
Mamadou Badji & Alice Desclaux

**NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT
EN AFRIQUE**

ANALYSES EN ANTHROPOLOGIE, DROIT ET SANTÉ PUBLIQUE



SÉLECTION D'OUVRAGES DES AUTEURS

- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2014. *L'enseignement du droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2013. *Dire le droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2012. *Conflictualité en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2010. *Pouvoirs et États en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., CABANIS A., CROUZATIER J.-M. et al., 2009. *Francophonie et relations internationales*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines/AUF.
- BADJI M. (dir.), 2005. *Droit et santé en Afrique*, Bordeaux, Les Études Hospitalières.
- DESCLAUX A., EGROT M. (dir.), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., LANIÈCE I., NDOYE I., TAVERNE B. (dir.), 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (dir.), 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- DESCLAUX A., RAYNAUT C. (dir.), 1997. *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- BENOIST J., DESCLAUX A. (dir.), 1996. *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Paris, Karthala.

© L'HARMATTAN-SÉNÉGAL, 2015

10 VDN. Sicap Amitié 3. Lotissement Cité Police. Dakar

<http://www.harmattansenegal.com>
senharmattan@gmail.com
senlibrairie@gmail.com

ISBN : 978-2-343-08072-7

EAN : 9782343080727