

Offre de soins, activité et recours aux soins généraux

1. L'offre de soins : dynamiques et stratégies en milieu urbain (*Y Kafando*)

L'offre de soins fait partie du second volet du programme EUTSAO qui a été initié sur la ville de Ouagadougou. Nous avons deux principaux secteurs de soins (que sont le secteur public et le secteur privé lucratif) mais l'offre professionnelle vient s'intercaler entre ces deux secteurs et tient aujourd'hui une place de premier choix dans le système de soins burkinabé.

L'analyse de l'offre de soins a souhaité remplir 3 objectifs :

- Caractériser les dynamiques de l'offre de soins c'est-à-dire s'intéresser à son évolution
- Mettre en évidence les stratégies qui ont déterminé sa répartition, en recherchant les facteurs de son évolution à travers des événements historiques (politiques sanitaires ou politiques urbaines)
- Analyser les disparités

Ouagadougou connaît une urbanisation galopante depuis les années 70, sa population a presque doublé entre les deux derniers recensements de 1985 et 1996 pour atteindre aujourd'hui presque 1,2 millions d'habitants. Le phénomène est quasi identique en ce qui concerne son emprise urbaine.

C'est une ville mouvante où les fonctions urbaines sont sans cesse modifiées, revalorisées ou anéanties et qui connaît des lotissements presque ininterrompus dans le temps et dans l'espace si bien que ses limites ne cessent d'être repoussées. On doit donc toujours travailler dans un contexte mouvant de changements et de transformations qui entraîne des modifications de la forme et de l'organisation de la ville.

Un tel contexte urbain aura des incidences sur l'offre de soins.

Celle-ci peut être analysée sous deux angles, son contexte et sa dynamique.

L'offre de soins dans la ville de Ouagadougou est dense (plus de 200 structures de soins avec une visibilité importante) et diversifiée : il existe une multitude d'établissements privés et publics, selon le type de financement, le statut des employés ou encore le plateau technique.

Le système de soins repose sur une organisation pyramidale à deux dimensions :

- Une dimension verticale avec les différents échelons.

Les CSPS constituent l'échelon de base (on en compte 18 actuellement dans la ville de Ouagadougou) ; les CMA forment le premier niveau de référence tandis que les CHR composent le second niveau de référence. Tout ce système est chapeauté par les CHU qui constituent le troisième et dernier niveau de référence.

Le secteur privé peut s'inscrire dans ce schéma avec les structures de soins infirmiers à la base, les structures de soins médicaux comme premier niveau de référence et les cliniques et polycliniques comme deuxième niveau de référence.

- une dimension horizontale qui est la traduction spatiale calquée sur l'organisation administrative.

Au sommet se trouve le Ministère de la santé, ensuite viennent les régions sanitaires qui elles mêmes sont subdivisées en districts sanitaires. La ville de Ouagadougou constitue à elle seule une région sanitaire, composée de 4 districts sanitaires englobant les 30 secteurs administratifs. Ces 4 districts sont très hétérogènes de part leur taille, leur population, leur nombre de formations sanitaires ; d'où des besoins extrêmement différents et des moyens et des gestions différentes.

C'est à partir de « la date d'ouverture » de la structure, variable récoltée pendant les enquêtes, que nous avons pu étudier l'évolution de l'offre de soins. A partir de cette donnée, nous avons pu retracer l'évolution de la carte sanitaire de Ouagadougou à différentes périodes de l'histoire :

- 1931 à 1960
- 1960 à 1983
- 1984 à 1990
- 1991 à 2005

Evolution de l'offre de soins

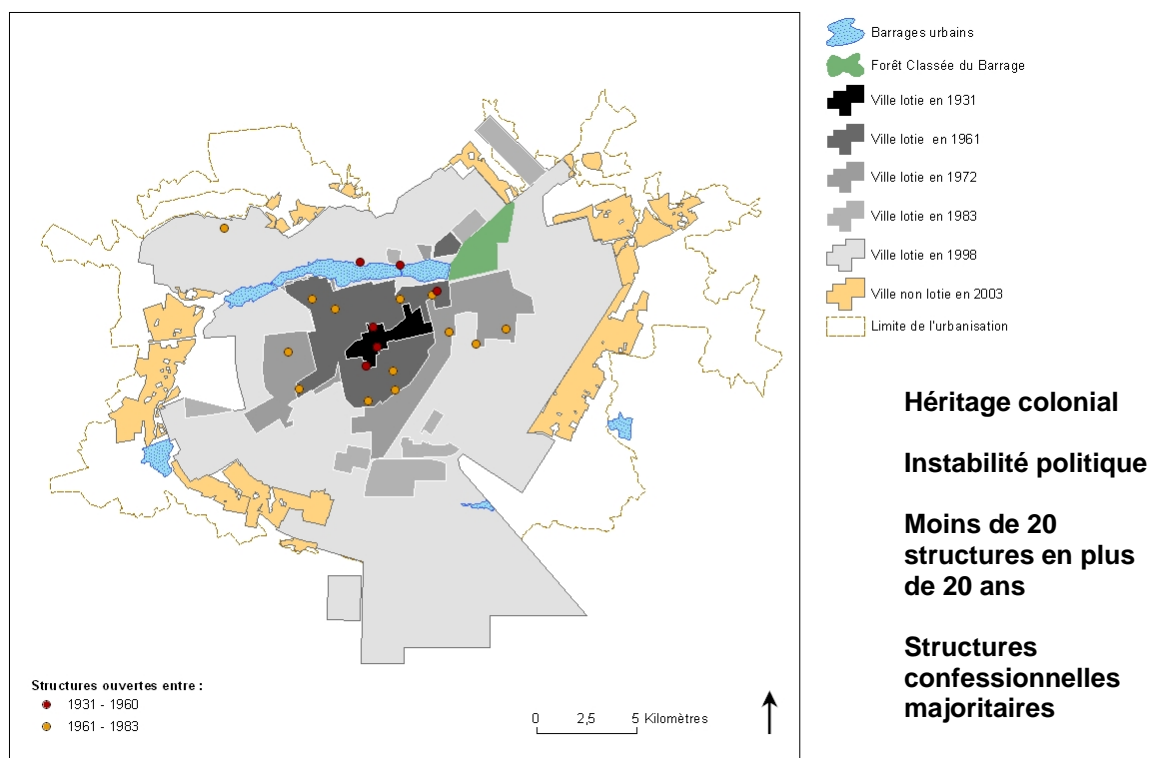
La plus ancienne structure de soins enregistrée dans cette enquête a vu le jour en 1931. Il s'agit d'un dispensaire de la mission religieuse des pères blancs.

Les points rouges représentent les structures qui étaient présentes avant les indépendances et les jaunes les structures ouvertes entre 1961 et 1983.

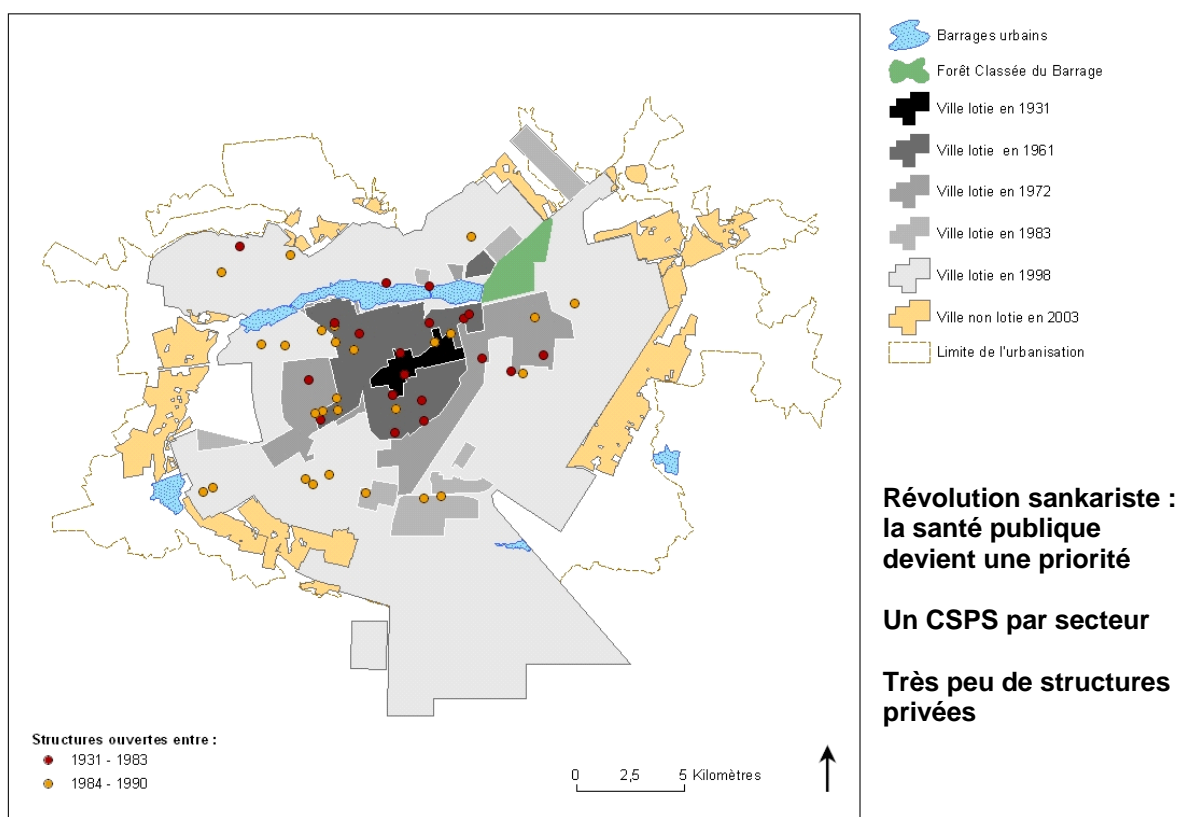
La localisation des premières infrastructures sanitaires montre un privilège donné aux lieux centraux fréquentés par les colons ou les militaires, l'idée n'est donc pas encore de mieux desservir la population autochtone.

Après les Indépendances, le pays a traversé une forte période d'instabilité politique si bien que de vraies réformes n'ont le temps de se mettre en place. La santé n'est souvent qu'une considération secondaire. Au niveau national, les efforts sont donnés à la lutte contre les grandes maladies en collaboration étroite avec les organismes internationaux.

On enregistre moins de 20 structures durant cette période et les structures sanitaires confessionnelles sont encore majoritaires. Mais dans chaque quartier on voit apparaître un petit dispensaire qui fonctionne sous la responsabilité d'un infirmier



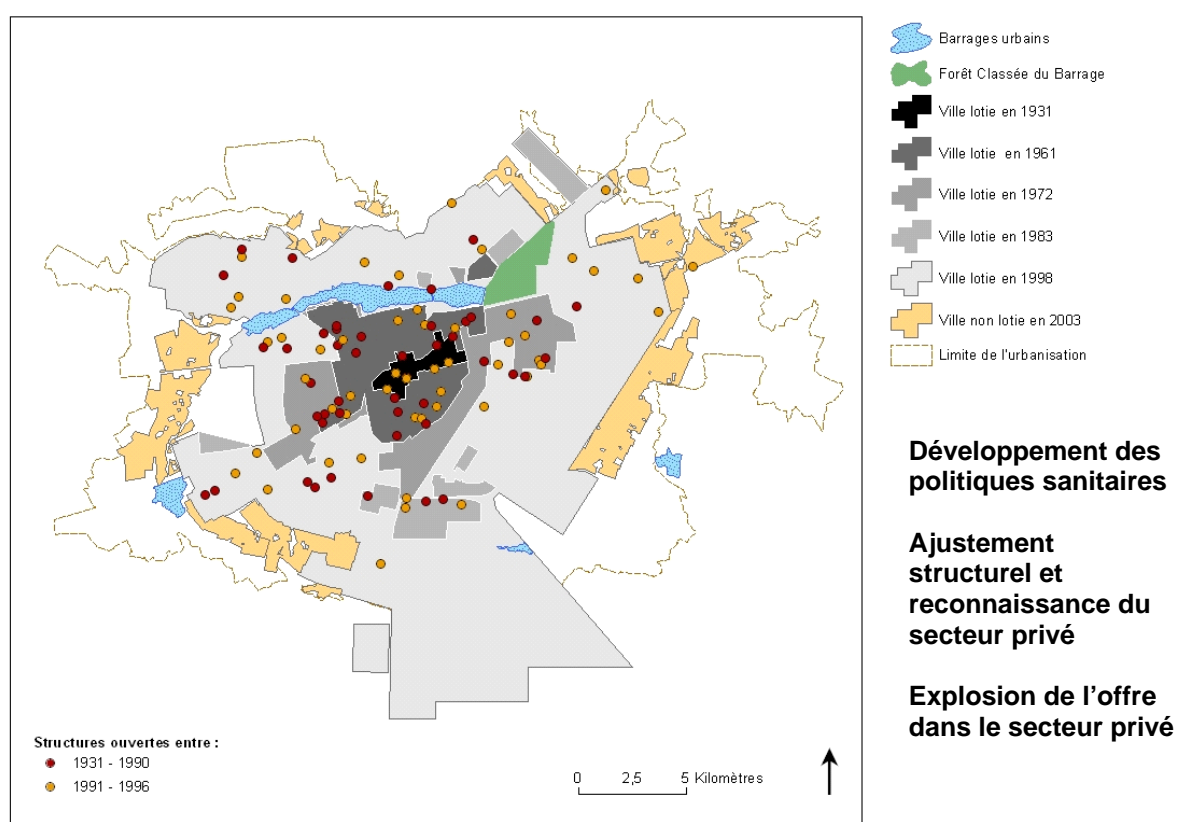
C'est sous la période révolutionnaire que le système sanitaire connaît une série de réformes fondamentales. Les objectifs à atteindre étant : la santé pour tous.



En plus des campagnes massives de vaccinations et la multiplication des Postes de Santé Primaires dans le Burkina Faso (plus de 7000 postes), la Santé Publique dans les villes devient aussi une priorité. A Ouagadougou, le poste de santé est remplacé par le CSPS qui comporte à la fois un dispensaire et un centre de soins maternels et infantiles. Doter les secteurs périphériques en équipements sanitaires était l'un des objectifs de la politique révolutionnaire.

Quelques structures privées s'ouvrent à cette époque, mais elles sont sans grande envergure, réservés à une clientèle aisée et aux soins de qualité douteuse.

A la fin des années 1980, le BF s'engage dans l'Initiative de Bamako et les réformes qui sont préconisées se concrétisent grâce au Plan d'ajustement structurel de 1991.



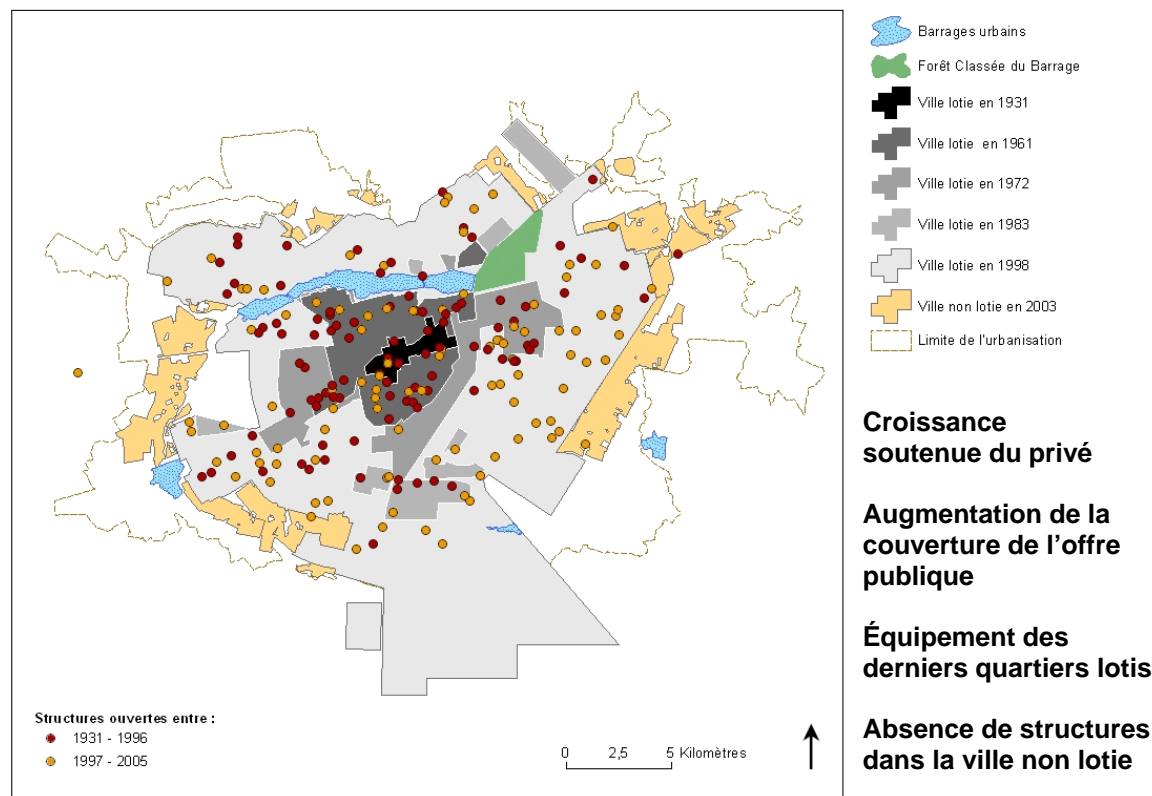
Le véritable essor du secteur privé a débuté à cette période où il a été officiellement reconnu et autorisé. Dans le secteur privé, deux phénomènes marquent les nouvelles localisations des structures : une densification au centre de la ville de cabinets de soins infirmiers et des orientations particulières vers des quartiers favorisés (cité des 1200 logements), le long des axes de communications. Les équipements publics gagnent encore du terrain vers les périphéries.

A partir de 1996, le processus du développement du secteur privé s'accroît, en même temps que la couverture du secteur public finit de s'achever car un CSPS est construit dans chaque secteur nouvellement loti : les CSPS des secteurs 16, 23 et 27 viennent s'ajouter à ceux qui existaient déjà.

Le découpage par district établi vers 1996 permet à deux nouveaux districts urbains celui de Pissy et de Kossodo d'enregistrer la naissance d'un CMA situé en périphérie (secteurs 17 et 26).

On voit par conséquent la frange Est de la ville opérée un net rattrapage.

En revanche on note toujours une absence d'équipement sur la ville non lotie.

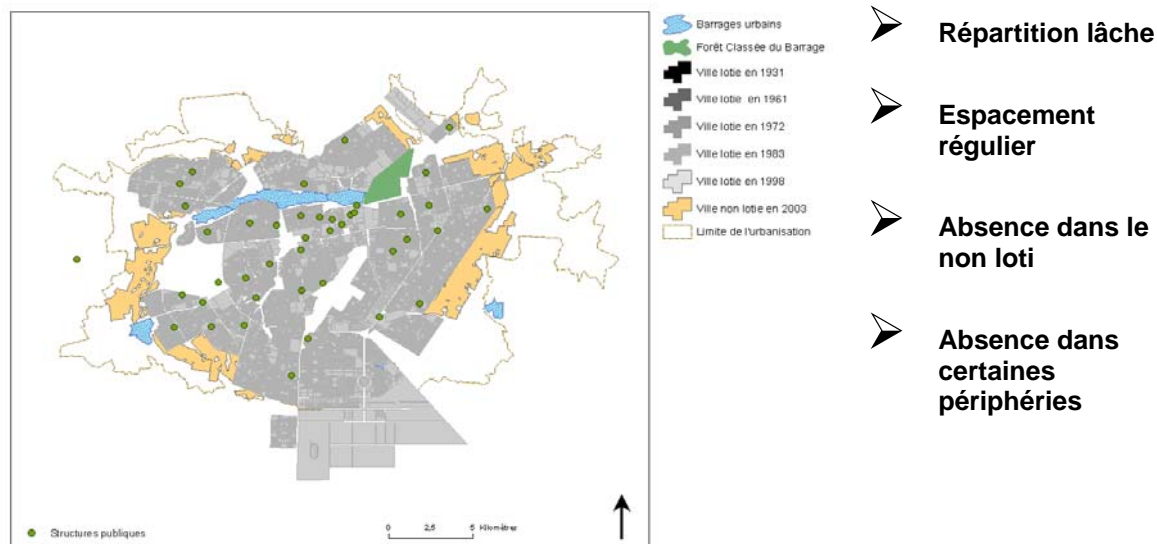


En résumé, on peut dire que l'offre de soins suit l'évolution de la ville avec une dispersion de l'offre après une phase de lotissement et une concentration dans les phases de stabilisation de la surface urbaine.

Les stratégies d'implantation

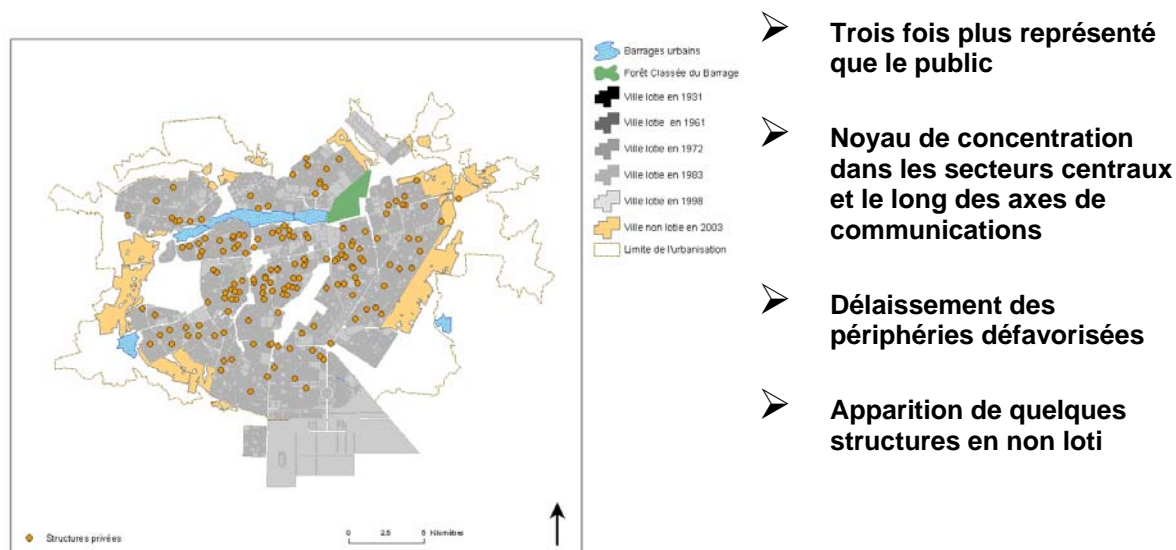
Le secteur public

La couverture géographique du secteur public a été en constante progression depuis les années 80, si bien qu'actuellement n'importe quel citoyen de la ville lotie se trouve à moins de 2 km d'une structure de soins primaires. La répartition des structures publiques respecte un espacement régulier qui rend compte de la volonté des autorités sanitaires d'assurer l'équité dans l'accès physique aux soins. Malgré cela, aucune structure de soins publique n'apparaît dans la zone irrégulière. D'une part, la croissance spontanée de ces espaces est plus rapide que l'implantation des équipements sanitaires, d'autre part le centre de santé connaîtrait des difficultés de fonctionnement dans ces zones non viabilisées (sans électricité ni eau courante et d'accès parfois difficile).



Le secteur privé lucratif

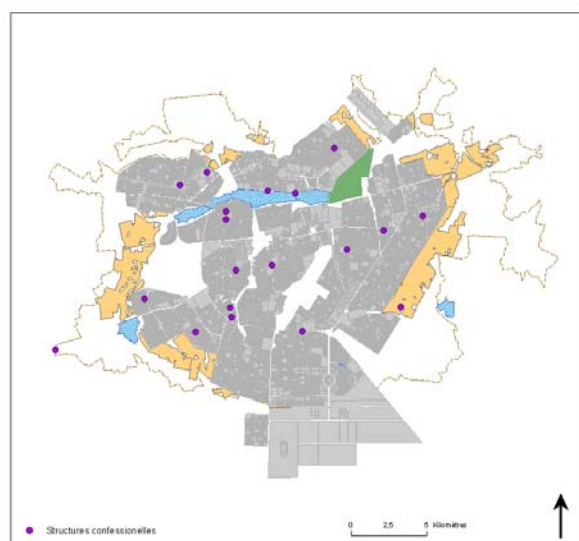
Depuis les années 90, l'accroissement des structures privées a été bien plus important que celui des structures publiques. Aujourd'hui, elles sont 3 fois plus représentées que celles du secteur public. Le secteur privé semble moins se soucier d'une répartition équitable des services que d'une logique de rentabilité, laissant ainsi certaines périphéries sans structures de soins (Tanghin). Les structures privées privilégient des positionnements centraux ou dans des quartiers dynamiques, polarisants ou desservis facilement par le réseau routier.



Le secteur privé confessionnel

Les structures confessionnelles tiennent une place singulière dans le paysage médical. Elles conservent une bonne image dans les mentalités des citoyens : accessibilité financière, bon accueil. Elles contribuent de manière notable au désengorgement des structures publiques et sont un palliatif

à l'inaccessibilité financière des structures privées. Les structures confessionnelles sont réparties uniformément dans la ville. Au moment de leurs installations, elles visaient des quartiers défavorisés, non lotis ou insalubres pour répondre aux besoins de santé les plus urgents. Ces implantations ne semblent pas être corrélées aux localisations des principaux lieux de cultes.



➤ **Pas de stratégie d'implantation déterminée**

➤ **Importance de ces structures en termes d'activité et de réputation**

➤ **Pas de corrélation avec la localisation des principaux lieux de cultes**

Pour conclure, on peut dire que :

- l'offre de soins suit le rythme d'urbanisation
- il existe des stratégies d'implantation spécifiques selon le secteur, qui révèlent des territoires attractifs et répulsifs
- on identifie par ailleurs des logiques d'implantation qui contribuent à l'émergence de disparités intra urbaines de santé

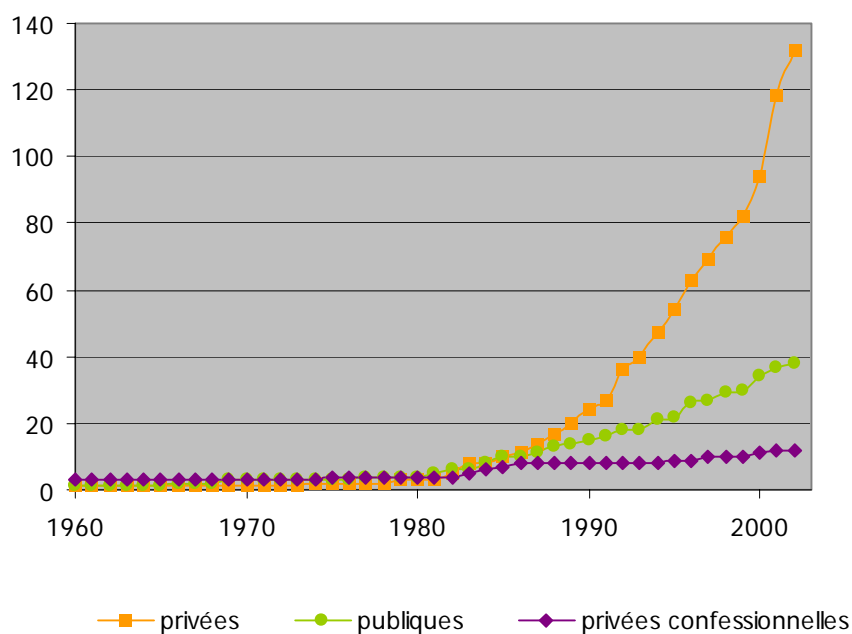
On a recensé en 2004 au total 230 structures de soins qui sont présentées dans ce tableau selon le secteur de soins et le niveau de référence.

On remarque que les établissements qui relèvent du secteur public ne représentent que 20% de l'effectif total des structures de soins recensés dans la ville de Ouagadougou (soit 45 structures sur 230). Au niveau du secteur privé, on note aussi une importance des structures de soins infirmiers (structures de base).

	Secteur public		Secteur privé lucratif et non lucratif	
1er contact	CSPS	18	Cabinet de soins infirmiers	92
	Dispensaire et infirmerie	12	Clinique d'accouchement	8
	Maternité	4		
1er niveau de référence	CM	5	Cabinet dentaire et ophtalmologique	24
	CMA	4	Cabinet de soins médicaux	38
			Clinique	18
2ème niveau de référence	CHR	0	Polyclinique	5
3ème niveau de référence	CHU	2		
Total		45		185

Ces structures ont été aussi matérialisées sur le graphique afin de vous donner une idée sur leur évolution.

effectifs de structures de soins



La courbe en verte représente les structures publiques, celle en orange les structures privées à but lucratif et celle en violet les structures confessionnelles.

On distingue clairement l'envol du secteur privé à partir de 1990, l'augmentation régulière de la couverture sanitaire dans le secteur public et la stabilité des établissements confessionnels.

Conclusion

L'offre de soins parvient à suivre tant bien que mal le rythme d'urbanisation de la ville de Ouagadougou. On a pu confirmer à travers la localisation des structures de soins par secteurs que leurs implantations comportaient des logiques bien différenciées. On note aussi que chaque secteur est marqué par des logiques plus ou moins avouées : si le souci d'équité guide l'implantation des structures publiques, le secteur privé est marqué par des impératifs de rentabilité plus que les structures des autres secteurs. Ces logiques contribuent de la même manière à l'émergence de disparités intra urbaines de santé. Et cette inégale répartition renvoie à l'inégalité dans l'accès aux soins.

Pour améliorer l'accès aux soins des populations en ville, il semble indispensable que ces secteurs de soins puissent trouver un terrain d'entente afin d'avoir un programme intégré.

2. L'activité du système de soins : comparaison des structures des secteurs public et privé (M Harang)

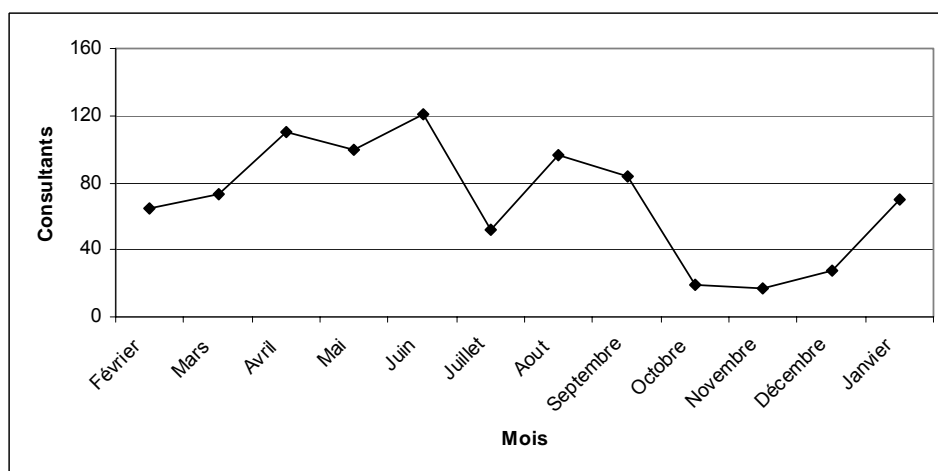
L'étude s'est faite à partir des données qui ont été collectées dans 24 structures : dont 36 services de soins infirmiers, médicaux et spécialistes. Nous ne reviendrons pas sur la méthodologie qui vous a été présentée durant la première partie de la matinée

La présentation suit un plan thématique fonction des différentes variables enregistrées au cours de l'année 2004. On distingue 4 types de données :

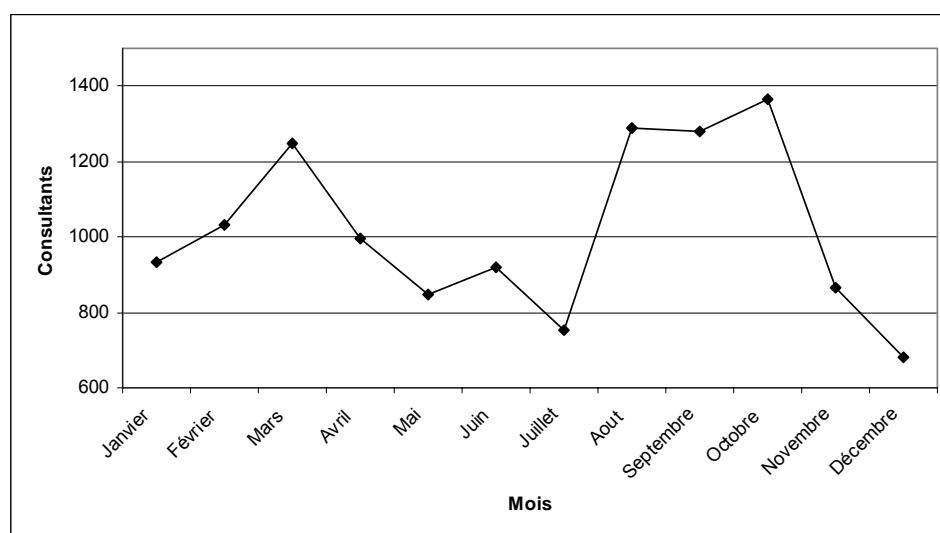
- des données sur l'activité numérique des structures et leurs variations
- des données démographiques et socio-économiques sur les patients : âge, sexe, profession, couverture sanitaire
- des données liées à la localisation de la structure comme la durée de résidence, la provenance ou l'origine des patients
- des données sanitaires : les diagnostics

Le volume global de l'activité des structures de soins varie fortement d'une structure à une autre. Pour une structure privée de soins infirmiers, l'activité peut varier de 30 à 150 patients par mois. De même, la situation dans les CSPS est très disparate allant de 250 à 1400 patients par mois. En ce qui concerne l'activité des structures publiques ou privées de soins spécialistes, l'activité varie principalement selon la disponibilité du médecin qui travaille de façon temporaire à raison par exemple de 3 journées de consultations par semaine.

Le graphique suivant, représente la courbe de l'activité d'une structure de soins médicaux. On note qu'elle est très irrégulière. Il est impossible de repérer une quelconque tendance.



En revanche, sur le graphique suivant caractéristique de l'activité d'une structure de type CSPS, on repère un pic d'activité en mars qui correspond à la saison où souffle l'harmattan qui entraîne une multiplication des maladies respiratoires, et une période de forte activité en saison des pluies : diffusion plus facile des maladies et nombreux cas de paludisme.

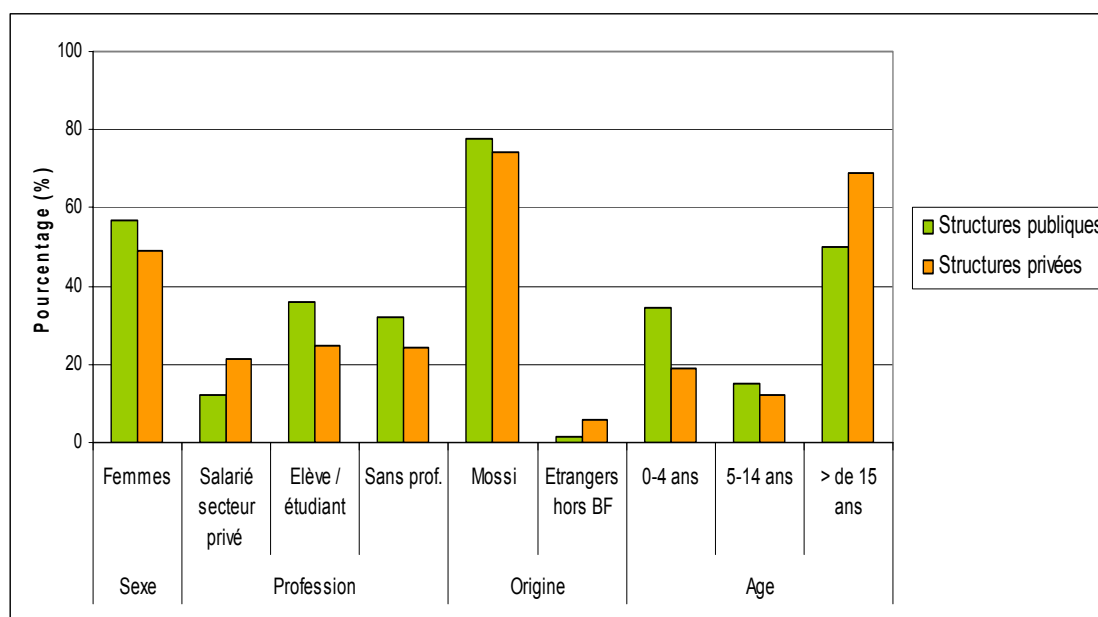


Le graphique suivant permet de présenter et de comparer les caractéristiques démographiques et socio-économiques des populations consultantes dans les structures publiques et privées (soins infirmiers et soins médicaux confondus).

Nous avons choisi 4 variables : le sexe, la catégories socioprofessionnelles, l'origine, et l'âge.

Sexe

En ce qui concerne le sexe, il apparaît clairement que les femmes consultent dans les structures de soins publiques. Elles constituent 57% des consultants, alors que leur part s'élève à seulement 49% dans les structures privées. Ce qui veut donc dire par ailleurs que les hommes sont majoritaires dans les structures privées (51%).



Profession

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles des consultants, les différences entre secteur privé et secteur public sont visibles. Dans le secteur public, la plupart des patients n'a pas d'activité rémunératrice : ce sont les élèves/étudiants et les sans profession (dont les femmes qui se sont déclarées ménagères même si bien souvent elles ont une petite activité marchande au sein de leur concession). Dans le secteur public : les élèves et les sans profession constituent 68,3% de la population consultante alors qu'ils ne sont que 48,8% dans le secteur privé. Cela pourrait signifier que le coût des soins dans les structures privées est un facteur de non recours à ces structures pour les populations étudiantes ou sans profession.

Origine

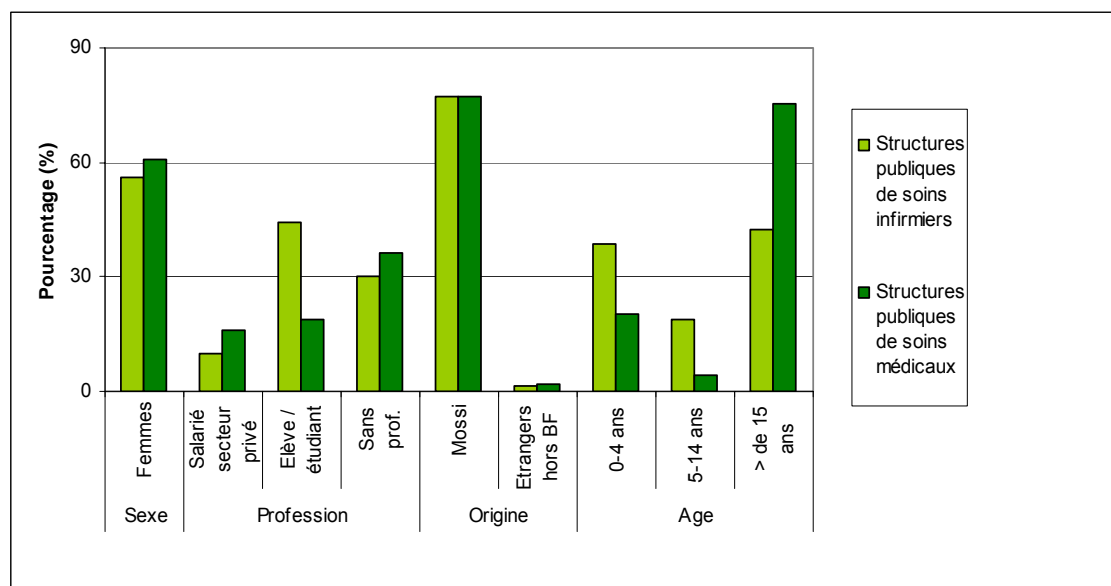
En ce qui concerne les origines, les Mossi représentent bien évidemment une majorité écrasante des consultants mais la part des consultants étrangers est importante dans les structures privées (presque 6%). On peut conclure que le secteur privé attire davantage cette catégorie.

Age

Enfin, par rapport à la structure par âge, on peut dire que plus les consultants sont âgés, plus ils consultent dans les structures privées. Et inversement, dans les structures publiques, on retrouve principalement les enfants de 0-4 ans qui représentent plus du tiers des consultants.

On a pu voir précédemment que les différences parmi la population consultante étaient bien marquées entre les structures privées et les structures publiques. Si on analyse la population consultante à l'échelle du niveau de soins, on observe aussi des disparités. Le graphique suivant présente les caractéristiques de la population dans les structures publiques de premier contact (CSPS

et dispensaires) et de premier niveau de référence (consultations médicales qui ont lieu dans les CMA).

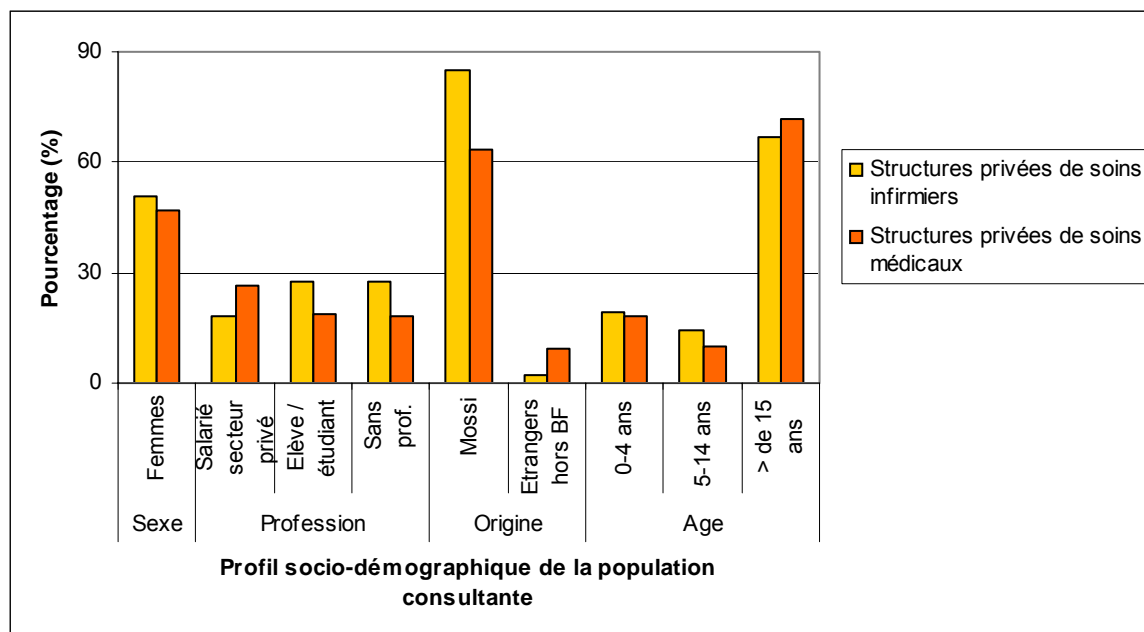


On note que les femmes dominent davantage au deuxième niveau de soins avec 61% des consultants. Au niveau des catégories professionnelles, la part des étudiants est plus faible dans les consultations médicales. En revanche, la part des salariés du secteur privé est légèrement supérieure. On repère peu de différences du point de vue de l'origine des patients.

C'est au niveau de la structure par âge que les différences sont les plus marquées. Les adultes (à partir de 15 ans) s'adressent en masse à des soins médicaux (premier niveau de référence).

Le graphique relatif aux structures privées montre la population consultante des structures privées de soins infirmiers (cabinet de soins infirmiers) avec les structures privées de soins médicaux (médecins exerçant dans les cliniques ou polycliniques).

Contrairement aux structures publiques de soins médicaux, la part des femmes dans la population consultante des structures privées de soins médicaux est plus faible (47%). Les salariés du secteur privé sont plus nombreux au niveau des consultations médicales et atteignent 26,5% des consultants alors que les sans profession représentent 18% des consultations. La part des consultants étrangers est mieux représentée au niveau des consultations médicales de même que les adultes qui consultent plus aisément au niveau de soins supérieur.



On pourrait continuer sur toute une série de graphiques puisque les recoupements sont nombreux. On pourrait comparer aussi le profil de la population consultante entre les structures de premier contact et de premier niveau de référence, ou comparer le public et le privé au premier contact puis au premier niveau de référence.

La dernière variable que nous avons utilisée pour caractériser la population consultante est celle qui concerne la prise en charge des patients.

Moins de 1% des consultants dans le secteur public bénéficient de cette prise en charge permettant le remboursement de leurs frais de santé alors que dans les structures privées, ce taux varie de 5 à 15%. La part des patients qui jouit de cette prise en charge augmente avec le niveau de soins.

Cette situation pose le problème de l'accès aux soins dans la capitale. L'accès aux soins est réservé le plus souvent aux employés du secteur public et parfois privé qui bénéficient au sein de leur entreprise de ce service. Il n'existe aucune assurance maladie pour le reste de la population, le plus souvent démunie. Les travailleurs du secteur informel sont en position de vulnérabilité face à l'accès aux soins.

Le développement des systèmes de micro assurance santé constitue une alternative intéressante pour faire face aux problèmes de financement des soins mais ces systèmes restent encore méconnus.

Nous allons maintenant nous intéresser à la localisation de la structure de soins dans la ville.

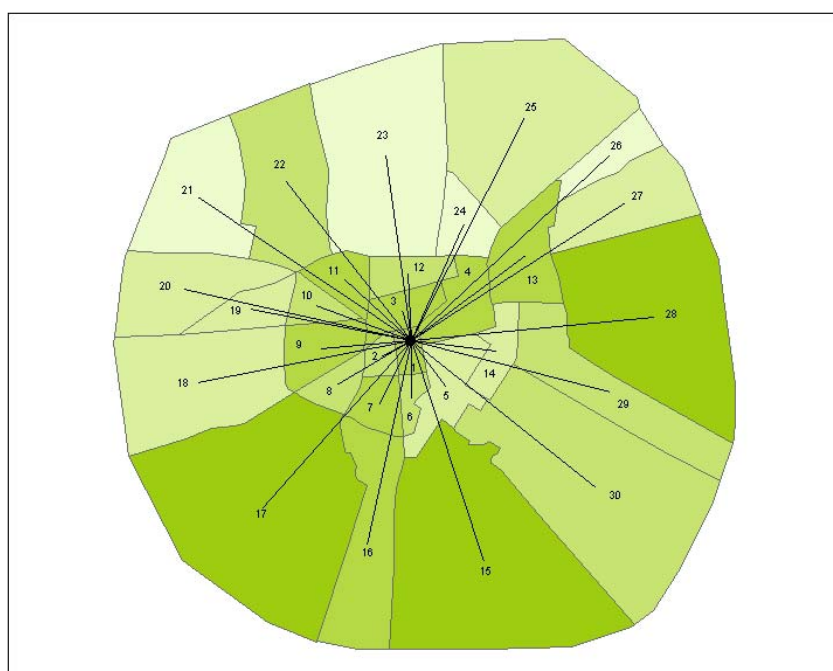
Nous supposons que fait de vivre en ville influence la santé aussi bien de façon positive que négative. Ainsi, plus la durée de résidence est longue, plus les modes de vies (modes alimentaires, modes d'activité, modes de déplacement) se sont transformés ce qui sous-entend à la fois peut-être une meilleure connaissance du système de soins moderne mais aussi l'émergence de nouvelles pathologies chroniques ou dégénératives, en cumul des anciennes pathologies infectieuses.

Nous constatons alors que cette variable n'enregistre pas de différence très significative entre les structures. En moyenne, 70% des consultants, toutes structures confondues, résident depuis plus de 10 ans à Ouagadougou ou sont nés à Ouagadougou quand il s'agit d'enfants.

En ce qui concerne la provenance des patients, on constate qu'elle varie principalement en fonction du niveau de soins de la structure et dans une deuxième mesure en fonction de sa localisation propre dans la ville et de sa distance au centre ville. Ainsi les structures installées en périphérie auront plus de mal à attirer les patients du centre ou d'autres périphéries éloignées.

Nous prendrons deux exemples pour illustrer ce propos.

Cette première carte illustre l'aire de recrutement d'une structure privée de soins médicaux. On ne visualise aucun regroupement de secteur spécifique. La carte ressemble plus à une mosaïque. Les secteurs centraux où est localisée la structure ne sont pas ceux qui envoient le plus de patients consulter. Aucun secteur ne ressort particulièrement. On constate que 9,7% des patients proviennent du secteur 17. Cette structure a donc un rayonnement étendu et l'on peut conclure que l'on vient de plus loin pour consulter un médecin.



Légende

- Polyclinique du Centre
- Distance au secteur

% par secteur de consultants
à la Polyclinique du centre

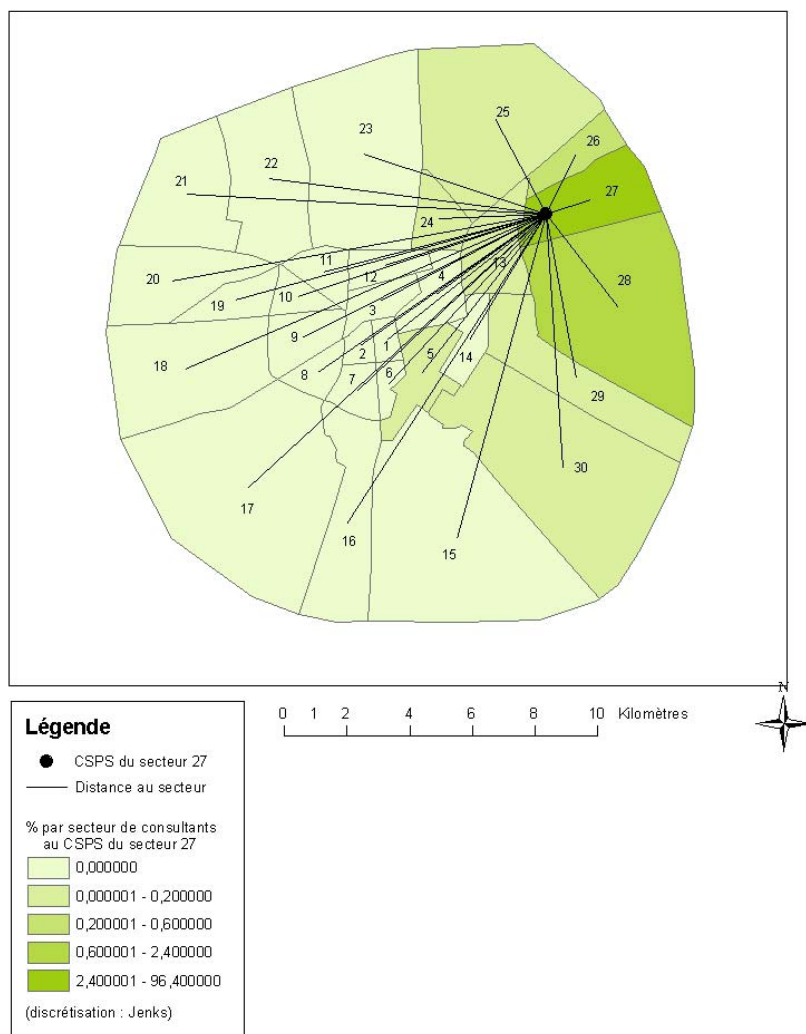
- 0,000000 - 0,700000
- 0,700001 - 1,500000
- 1,500001 - 3,200000
- 3,200001 - 4,700000
- 4,700001 - 9,700000

(Discretisation : Jenks)

0 2,5 5 10 Kilomètres



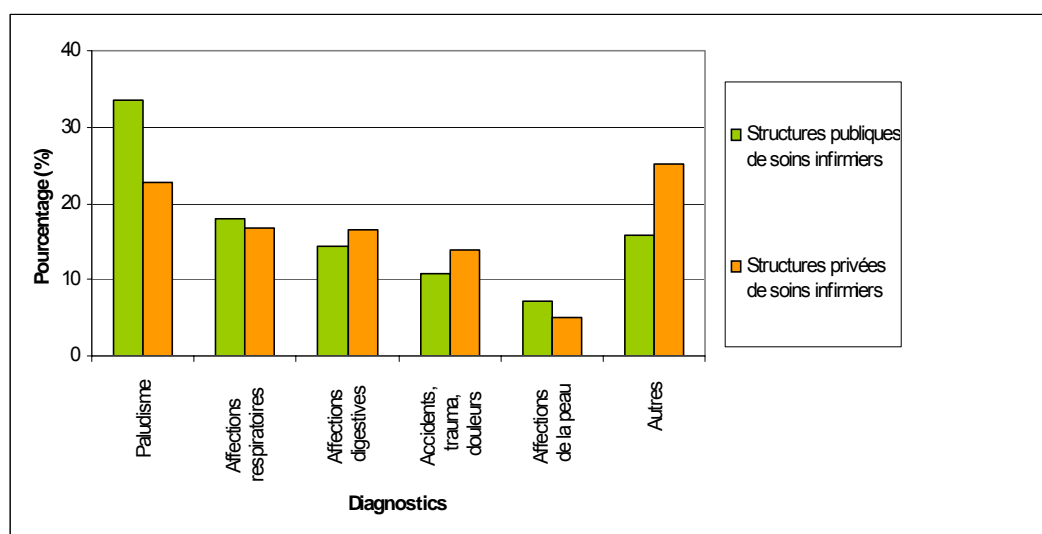
On compare cette situation à l'aire de recrutement d'une structure de soins publique, de premier contact, structure de proximité dont le rayon est très limité. Ici, 96% des patients qui consultent proviennent du secteur dans lequel est située cette structure.



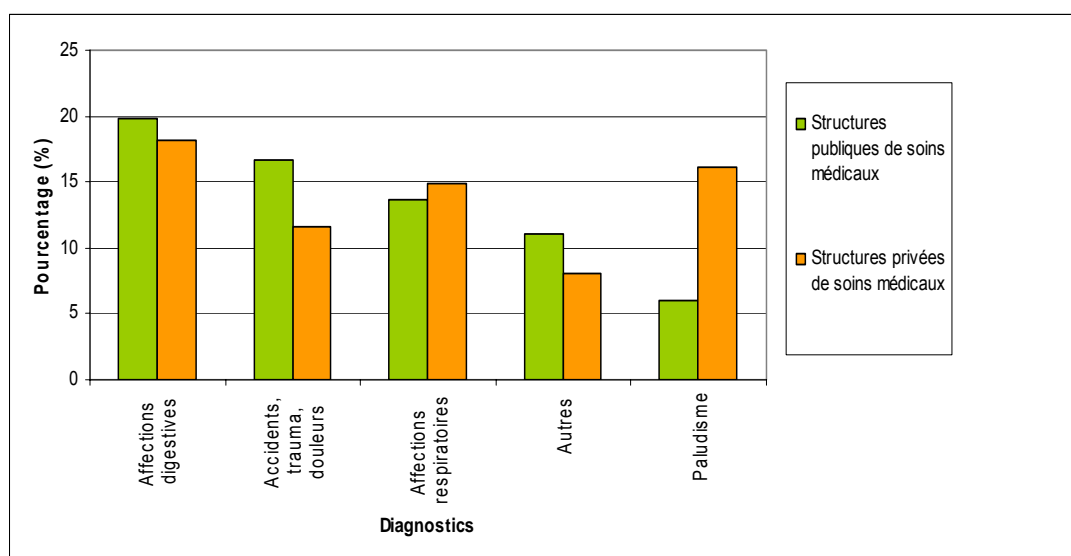
Nous allons passer maintenant à l'analyse comparée de la morbidité diagnostiquée dans les structures enquêtées.

Le graphique présente les pathologies les plus diagnostiquées dans les structures de soins infirmiers et permet en comparant le secteur public au secteur privé.

Incontestablement le paludisme constitue au premier contact des soins, la pathologie la plus diagnostiquée avec un tiers de la demande dans les structures publiques et 22% dans les structures privées. Viennent ensuite les pathologies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif (qui varient entre 15 et 20% de la demande de soins). Les morbidités sont donc plus ou moins les mêmes au premier contact de soins entre les structures privées et publiques. La part des pathologies de l'appareil digestif et des accidents et traumatismes est légèrement supérieure dans les structures privées.

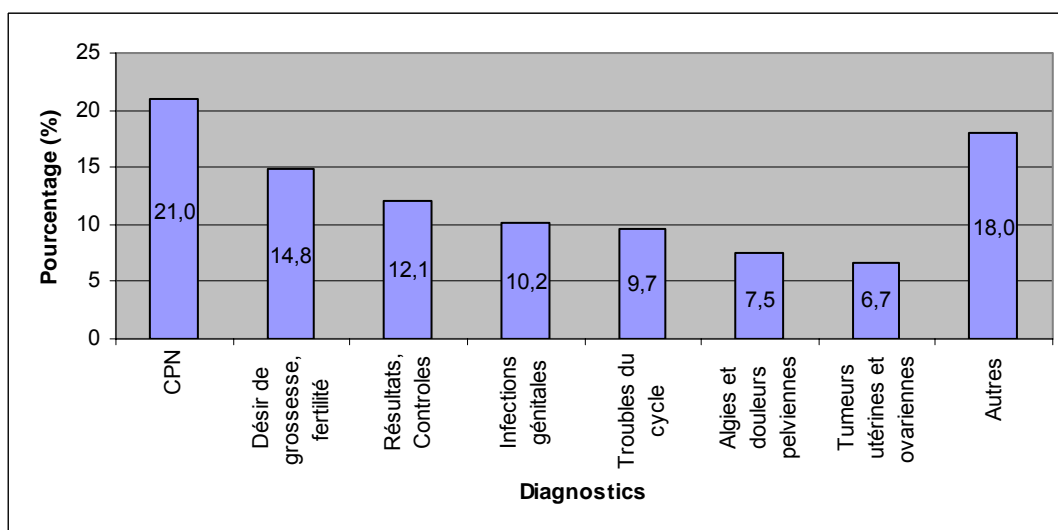


Au niveau des soins médicaux, la demande de soins se concrétise par une prépondérance de problèmes liés à l'appareil digestif, majoritaires à la fois dans les structures publiques et les structures privées. Les accidents, douleurs et autres traumatismes sont plus diagnostiqués dans les structures publiques de soins médicaux alors qu'à l'inverse le paludisme est trois fois plus représenté dans les structures privées.

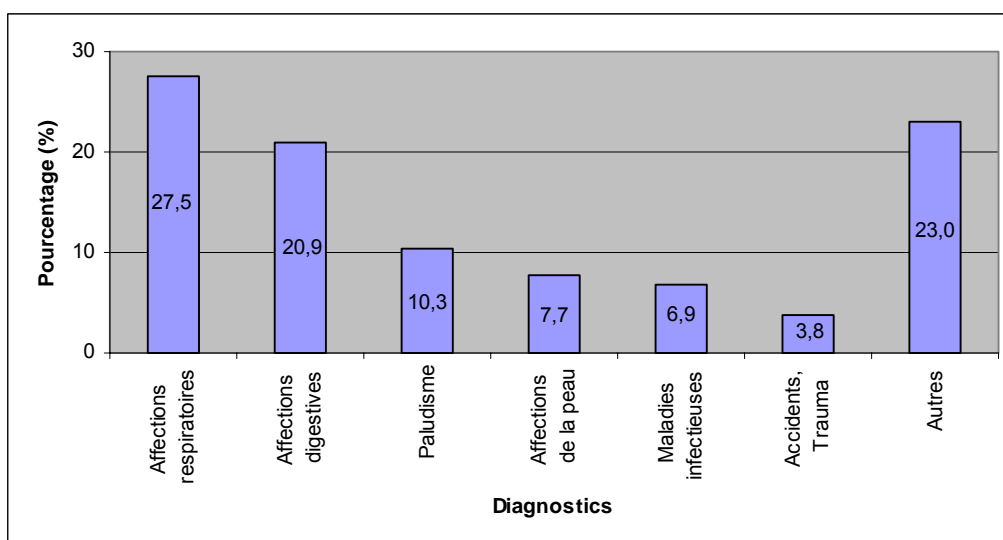


Au niveau des trois spécialités étudiées, n'ayant pas assez de représentativité, nous ne ferons pas de comparaison entre le public et le privé.

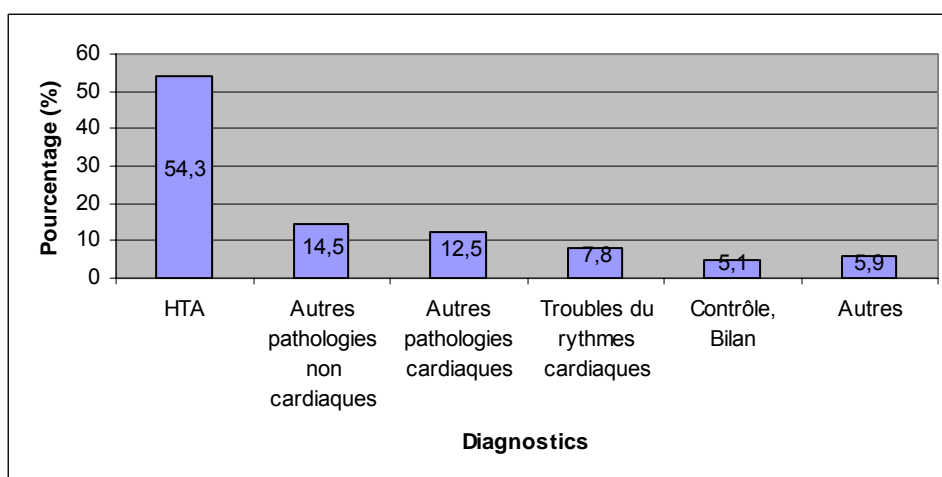
Dans les cabinets de gynécologie, les Consultations Périnatales (CPN) représentent le premier motif de consultations (21%). Les consultations pour désir de grossesse suivent avec 14,8%. Les infections génitales et les troubles du cycle représentent plus ou moins 10% de la demande de soins. Les algies pelviennes et les tumeurs sont moins représentées et on a en outre très peu de cas de pathologies mammaires ou de prolapsus génital.



Pour la pédiatrie les affections respiratoires et digestives sont les plus rencontrées alors que le paludisme ne constitue que 10,3% de la demande. Ce qui signifie que pour une maladie connue comme le paludisme, la population a plus tendance à consulter à un niveau de soins inférieur. Les maladies infectieuses sont plus représentées dans les soins dispensés par les spécialistes que par les infirmiers ou les médecins généralistes où elles rentrent dans la catégorie « autre » compte tenu de leur faible part.



Enfin pour la cardiologie, 54,3% des consultations avaient pour motif une hypertension artérielle, nouvelle ou pour un contrôle. Il est tout de même intéressant de noter que l'on consulte un cardiologue pour d'autres pathologies non cardiaques (14,5%). Dans la catégorie « autre » nous avons les cardiomyopathies, les valvulopathies, les coronaropathies, les cœurs pulmonaires chroniques et les péricardites qui constituent des cas rares.



En guise de conclusion...

La compilation de ces données en fonction du type de soins ou du statut de l'établissement permet de déterminer :

1. Le profil type des structures de soins
2. Le profil de populations vulnérables

Elle renseigne par ailleurs sur la demande de soins et permet ainsi une meilleure compréhension des problèmes de santé en milieu urbain. Elle permet en outre l'identification de populations vulnérables.

Il en ressort des profils spécifiques et fragmentés pour chaque type de structures.

3. Les recours aux soins : les pratiques citadines face à la maladie (M Harang)

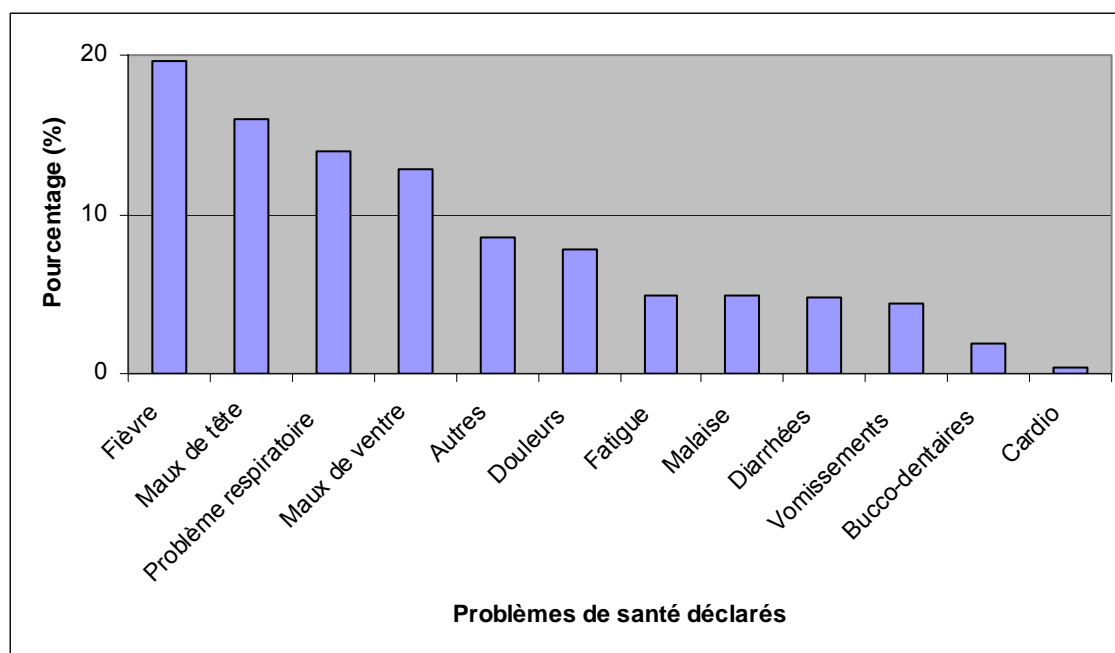
A partir des enquêtes domiciliaires qui ont eu lieu dans les 8 quartiers de la ville représentatifs des différents processus d'urbanisation, une étude sur le recours aux soins a pu être menée. Les analyses sont actuellement à un stade descriptif.

Nous verrons :

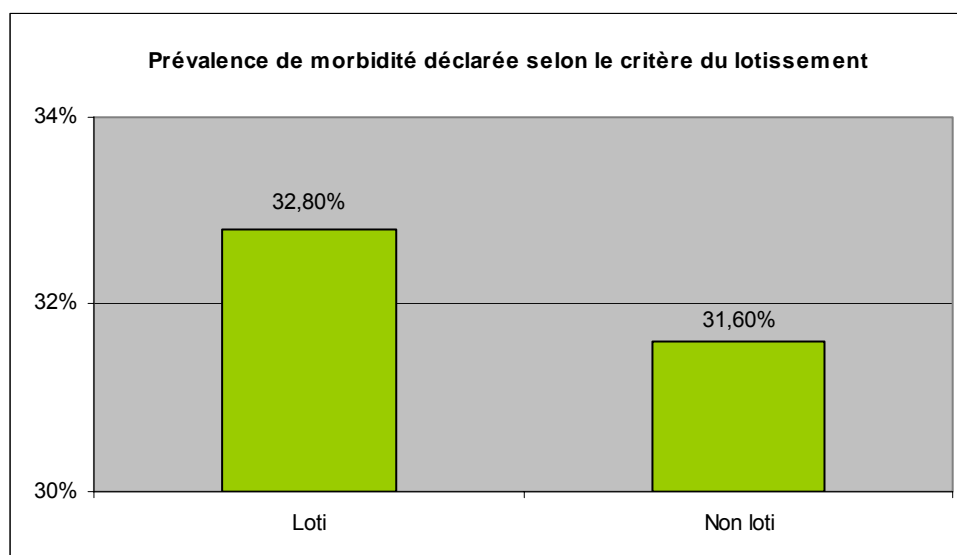
- La morbidité :
 - Les problèmes de santé déclarés
 - La morbidité déclarée à différentes échelles
- Le recours :
 - Les comportements par rapport aux problèmes de santé
 - Les inégalités dans le recours aux soins
- Confrontation de la morbidité et des recours aux soins par quartier

Parmi les problèmes de santé les plus souvent cités se trouve la fièvre (presque 20% des maux cités) puis les maux de tête, les problèmes respiratoires et les maux de ventre. Si l'on regroupe toutes les affections de l'appareil digestif (maux de ventre, diarrhées, vomissements), on remarque que ces

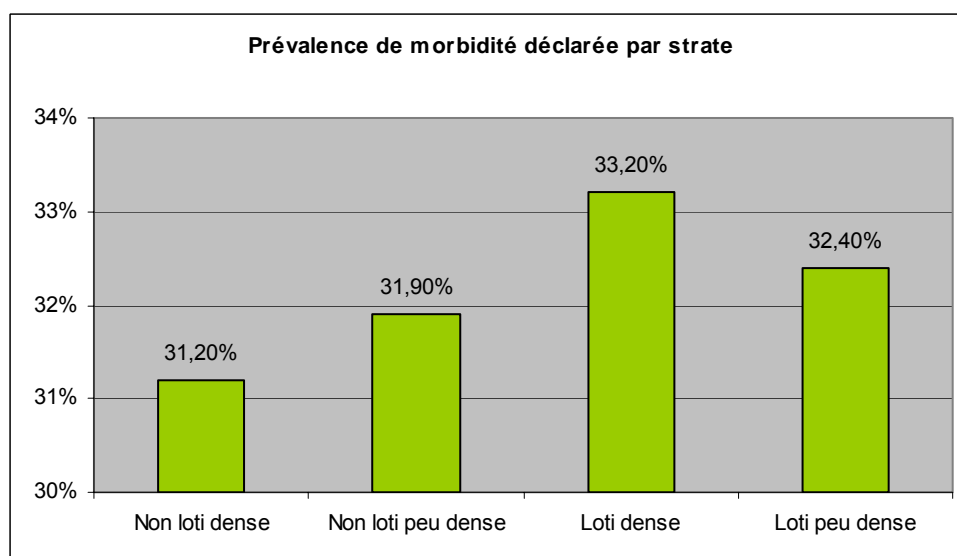
problèmes occupent une place notable. Les problèmes bucco-dentaires ou les problèmes cardiaques occupent une très faible place.



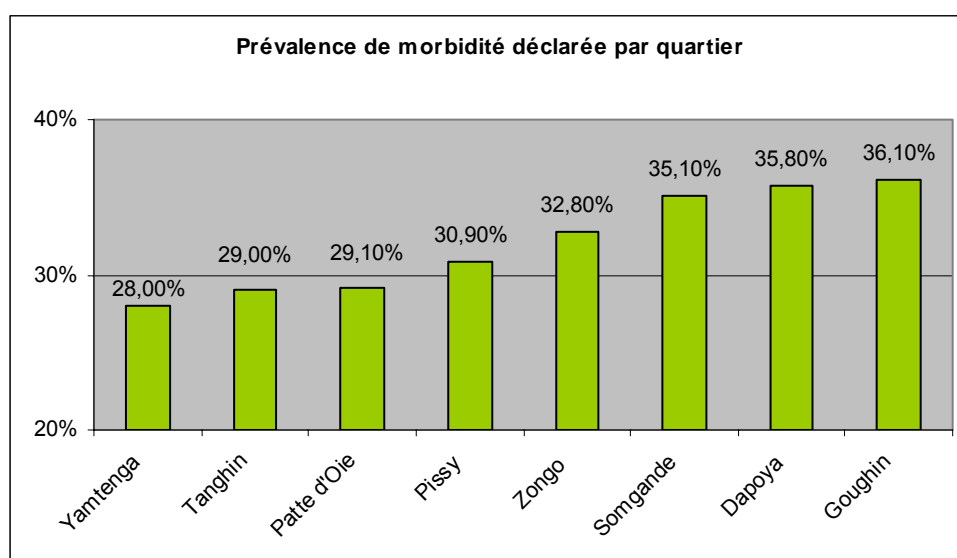
L'étude de la morbidité selon les strates montre une prévalence légèrement plus élevée dans le loti avec 32,8%. Cela ne veut pas dire bien entendu que l'état de santé des populations en loti est plus mauvais que celui des populations en non loti mais tout simplement peut être que les populations du lotie ont une meilleure écoute ou conscience de leur état de santé.



A l'échelle de la sous-strate, on remarque que les différences se creusent. Si bien que le loti dense (Patte d'Oie et Dapoya) est la strate où la population déclare le plus des problèmes de santé dans les 15 jours précédant l'enquête avec 33,2% et le non loti dense la plus faible avec 31,2%.



A l'échelle du quartier, les différences sont encore plus visibles de Yamtenga avec une prévalence de 28% à Gounghin 36,10%, ce qui présage en effet de fortes disparités intra urbaines des états de santé dans la ville de Ouagadougou.



Au niveau de l'étude du recours aux soins face à ces problèmes de santé déclarés les 15 jours précédant l'enquête, on remarque 3 types de comportements distincts. Sur les 2163 individus ayant déclaré un problème de santé, 60,7% ont eu recours à l'automédication, 25,9% ont eu recours au système de soins et 13,4 n'ont rien fait. Pour la même période de rappel dans une étude précédente sur le recours aux soins réalisée par Develay, Sauerborn et Diesfield (1996), l'automédication était de 55,6% et ceux qui n'avaient rien fait représentaient 12,5% de la population.

Parmi ceux qui ont choisi de se soigner seuls par l'automédication, 83% ont pris des médicaments dits « modernes » en comparaison des médicaments traditionnels ou chinois qui représentent 16%. Les

médicaments modernes ont été achetés à 62% dans une pharmacie. Les autres médicaments ont été achetés au dépôt pharmaceutique d'une structure publique, au vendeur de rue, acquis auprès d'un proche ou étaient déjà dans la trousse à pharmacie de la maison.

25,9% des personnes qui ont déclaré un problème de santé dans les 15 jours précédents sont allés consulter dans 5 types de structures :

- 58,8% d'entre eux ont eu recours à une structure publique,
- 19% ont eu recours à une structure confessionnelle,
- 10% sont allés consulter dans un cabinet privé de soins infirmiers,
- 7,5% dans une clinique ou polyclinique,
- 4,7% sont allés directement à l'hôpital

On a exclu volontairement les recours aux thérapeutes traditionnels et à la pharmacie qui ne concernait pas plus de 10 individus.

Plusieurs réactions nous viennent à l'esprit face à ce tableau :

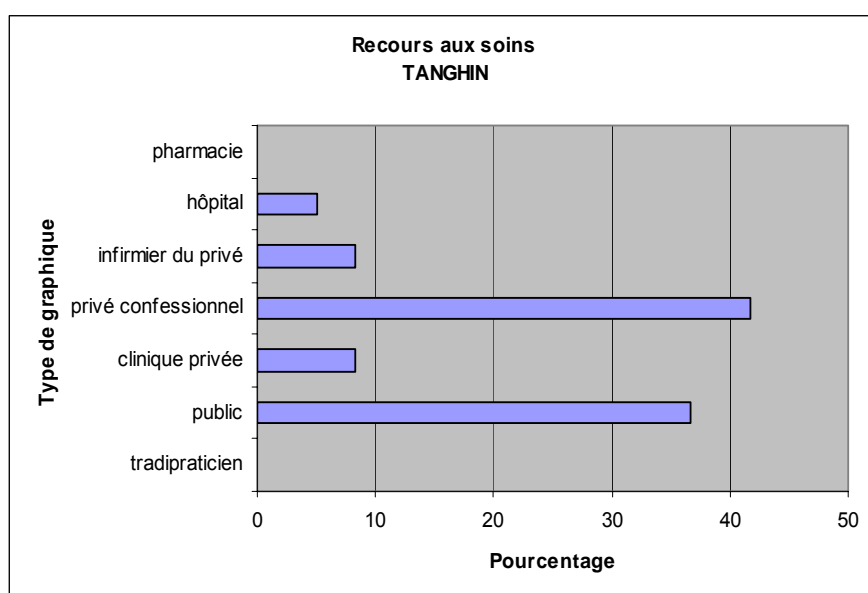
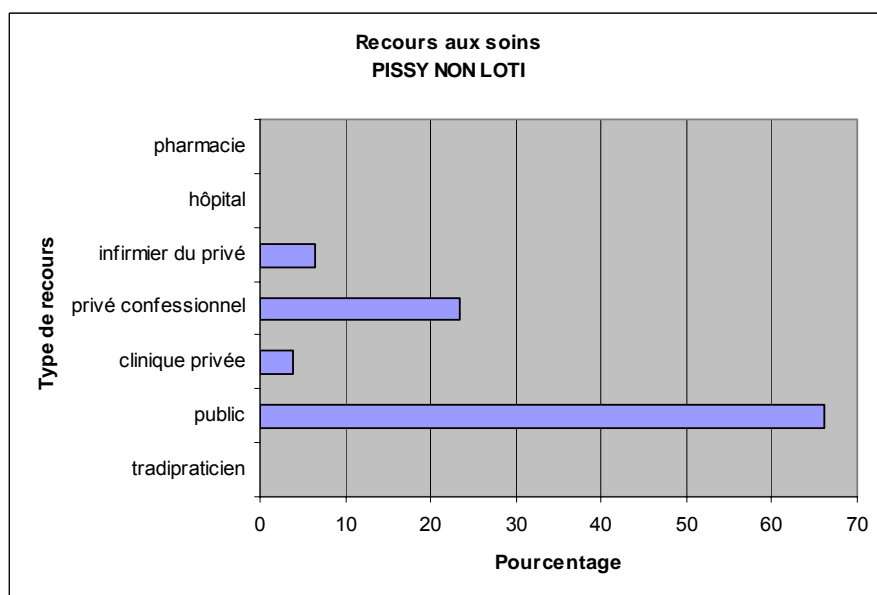
- Le recours aux soins traditionnels est sous-déclaré, c'est un des biais de notre enquête
- Contrairement aux idées reçues, le recours direct à l'hôpital n'est pas si élevé que ça
- Le système public occupe toujours la première place dans les recours
- Mais le secteur confessionnel reste aussi présent en terme d'attractivité

Le recours au secteur privé est en essor (+7,5%) comparativement à la dernière étude sur le système de soins à Ouagadougou où le recours au privé était de 9,5%.

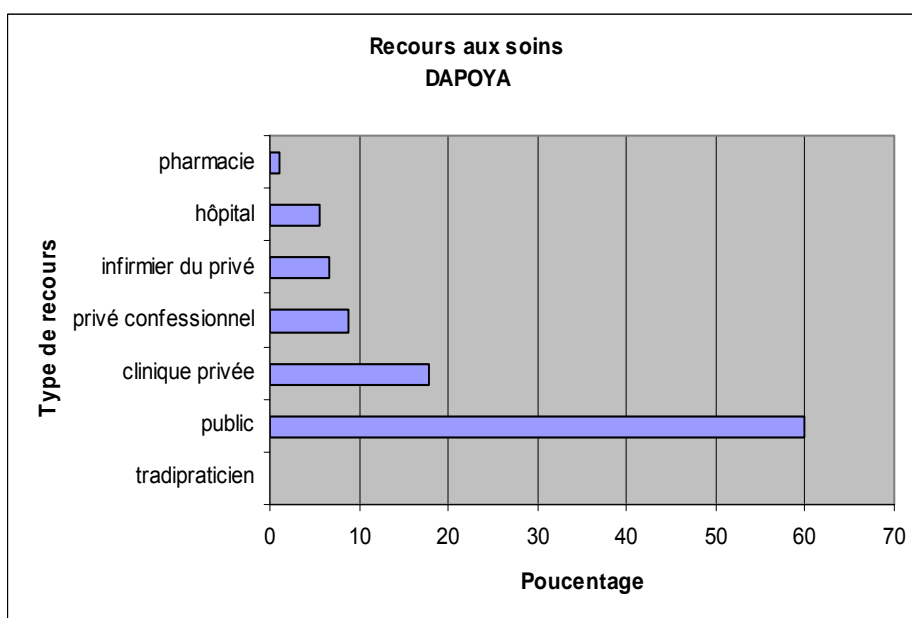
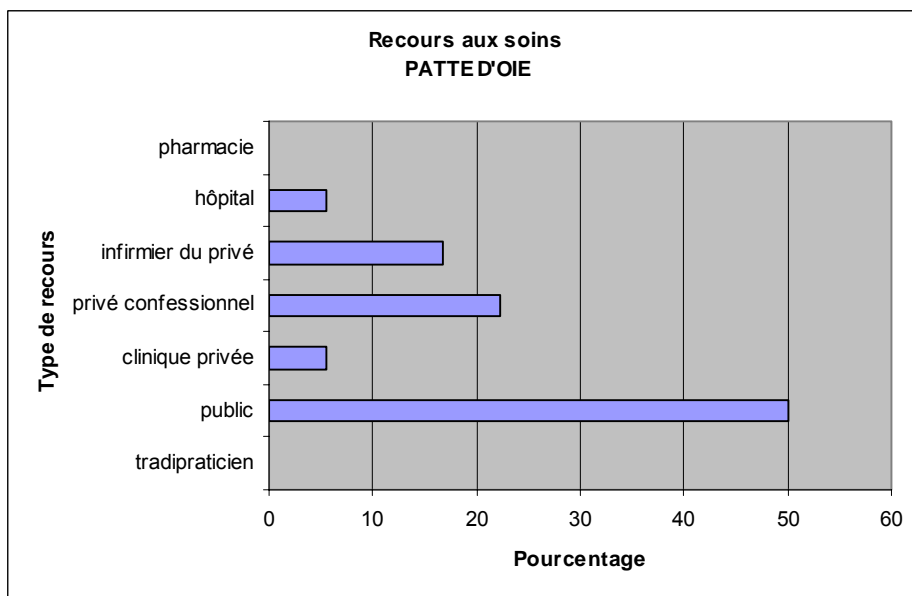
Nous prendrons maintenant 4 exemples de quartier.

Tout d'abord celui de Pissy (non loti peu dense) et Tanghin (loti peu dense).

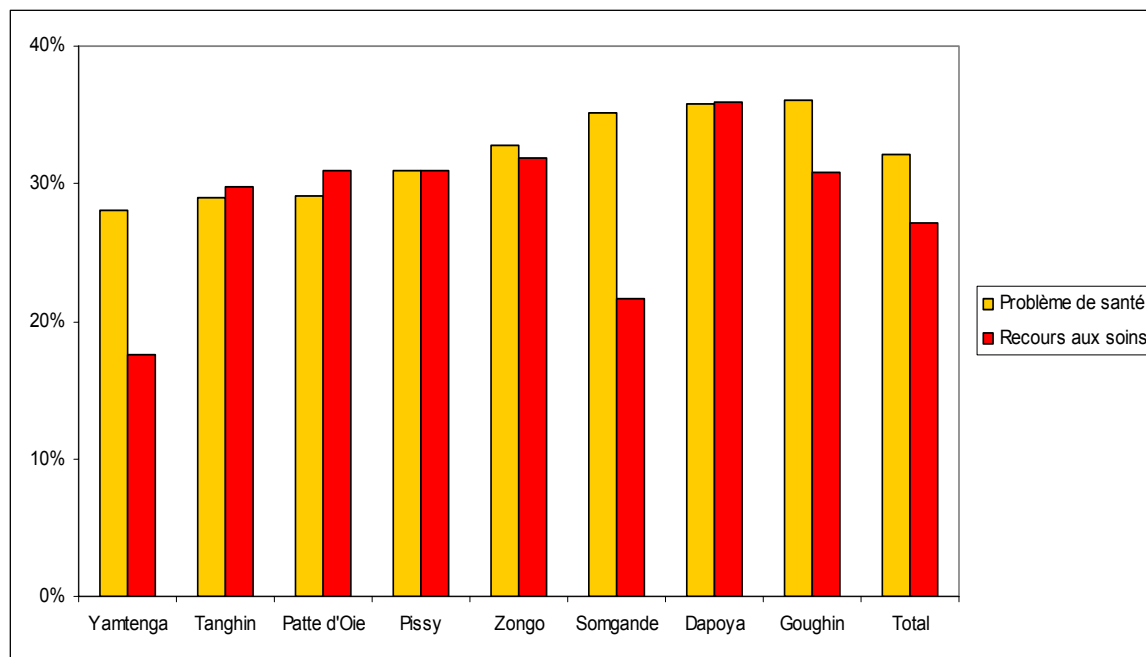
On remarque qu'à Pissy, la part des individus qui est allée consulter dans une structure publique dépasse les 65%. A Tanghin, le privé confessionnel obtient la majorité des recours (soit 41,7%). Ces deux exemples illustrent à quel point la localisation d'une structure phare dans le quartier oriente le choix du recours, tel le CMA du district de Pissy à proximité du quartier enquêté de Pissy Burundi ou le CM Schiphra pour les habitants de Tanghin. La distance joue donc un rôle primordial dans le recours aux soins, d'ailleurs ce fait se confirme puisque l'on voit bien qu'aucun individu de Pissy n'a eu recours à l'hôpital Yalgado qui se situe à plus de 7km.



Le choix des recours dans le quartier de Patte d'oie et de Dapoya montre que le niveau socio-économique et la disponibilité des services influencent le choix des recours. A Patte d'Oie où l'indice d'équipement (indice calculé à partir de plusieurs variables qui représentent le niveau économique des ménages qui garantit le niveau économique du ménage et sa capacité à financer son accès aux soins) est le plus élevé, le recours aux structures privés est de 22,3%. A Dapoya, le recours au privé est aussi important (24,5%) par rapport à la moyenne et pourrait s'expliquer entre autre par une offre très importante de cabinets ou cliniques privées dans cette zone centrale.



Le graphique suivant confronte la morbidité et le recours par quartier. Si la prévalence de la morbidité est classée de façon croissante avec les plus faibles prévalences pour Yamtenga et les plus fortes pour Gounghin, on voit clairement que le taux de recours ne suit pas toujours celui de la morbidité. Ainsi l'écart observé entre les deux courbes montre certaines situations problématiques comme c'est le cas à Yamtenga ou à Somgandé, deux quartiers du non loti dense où le taux de recours est très faible (17,6% pour Yamtenga et 21,6% pour Somgandé). Dapoya a le taux de recours le plus élevé avec 36% et en général le loti enregistre des taux de recours plus forts.



Ces résultats sur le recours sont pour l'instant très descriptifs et des analyses multivariées permettront de cerner les déterminants du recours aux soins. Dès lors, nous devons nuancer notre propos en rappelant le biais dans la déclaration du symptôme et de la structure consultée, et aussi compte tenu du fait que ces enquêtes ne tiennent pas compte de la qualité de la prestation offerte, ni de la guérison du problème de santé.



ENVIRONNEMENT URBAIN ET TRANSITION SANITAIRE EN AFRIQUE DE L'OUEST : LE CAS DE OUAGADOUGOU AU BURKINA FASO

Atelier de restitution

28 et 29 mars 2006

Résumés des présentations

SOMMAIRE

Introduction

Florence Fournet

Méthodologie

1. Environnement urbain *Pierre-Erwann Meyer*
2. Etats de santé *Dr Hermann Ouédraogo*
3. Offre de soins *Maud Harang*

Offre de soins, activité et recours aux soins généraux

Yamba Kafando et Maud Harang

Offre de soins, demandes de soins et déterminants des recours en santé orale

Célestin Zoungrana et Seydou Ouattara

Etats de santé des populations (enquêtes domiciliaires)

1. Etats nutritionnels *Dr Hermann Ouédraogo*
2. Etats bucco-dentaires *Dr Benoît Varenne*
3. Hypertension artérielle *Pr Ali Niakara*
4. Paludisme *Florence Fournet*
5. Diarrhées *André Koné*

Processus d'urbanisation et états de santé : des éléments de productions des espaces à risques sanitaires ?

Pierre-Erwann Meyer et André Koné

Bibliographie

Participants