

Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain : le cas de la périphérie nord de Ouagadougou

Résumé court

Il est généralement admis que la santé des populations en milieu urbain est meilleure en raison de la densité de l'offre de soins. Toutefois, de fortes disparités demeurent, notamment parmi les populations pauvres. L'observation de 5 quartiers de la périphérie nord de Ouagadougou, (Burkina Faso), est l'occasion de montrer que la proximité d'une structure de soins publique et la qualité des services offerts expliquent le recours plus ou moins fréquent à l'offre de soins. L'augmentation des structures de soins privées n'a pas amélioré l'accès aux soins des populations les plus pauvres. L'automédication constitue une part non négligeable dans les modes de soins, l'automédication traditionnelle se partage alors avec les médicaments modernes dont une part non négligeable provient de source non licite. Nous reviendrons sur l'idée que la distance géographique ne compte pas en ville, en revenant sur cette question pour les populations les plus pauvres.

Résumé long

Coordonnées des auteurs :

- 1) Aude Nikiéma, Ph. D, INSS/CNRST-Ouagadougou (nikiaude@yahoo.fr)
- 2) Clémentine Rossier, Ph. D, INED, ISSP Ouagadougou (clementine.rossier@ined.fr)
- 3) Valéry Ridde, Ph. D, Université de Montréal, (valery.ridde@umontreal.ca)

Problématique

L'accès aux soins en Afrique constitue une préoccupation pour les autorités. Longtemps appréhendé sous le prisme de la distance géographique, l'échec des politiques sanitaires favorisant la réduction des distances entre structures et population a mis en évidence la pluralité des causes d'une faible utilisation de l'offre, dont l'obstacle que constitue le coût des soins et des médicaments prescrits. Ceci est particulièrement vérifié en milieu urbain africain, où de nombreuses personnes n'ont pas accès aux soins malgré leur faible distance aux structures de soins. Le problème en ville serait plutôt celui d'une difficulté d'accès économique au système de soins. La ville en Afrique en général, et au Burkina Faso en particulier, est en effet marquée par une prévalence importante de la pauvreté, le creusement des écarts entre classes en étant l'autre caractéristique importante. A Ouagadougou, une partie de la population la plus pauvre habite dans les zones d'habitat informel à la périphérie de la ville.

Au Burkina Faso, les acteurs de la politique sanitaire ont opté pour l'application des orientations des grands organismes internationaux. Dès 1991, ceci s'est concrétisé à Ouagadougou par une libéralisation du secteur et une multiplication des structures de soins privées. Perçu comme une opportunité de remédier à l'insuffisance de l'offre publique, le Plan d'ajustement structurel imposé par la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International est rapidement mis en œuvre. Une nouvelle offre de soins privée s'implante alors au centre-ville, le long des voies de communication et dans les quartiers où résident les populations au niveau de vie élevé (Harang M, 2007). La recherche d'une population aisée, clientèle potentielle, justifie les axes de densification de l'offre de soins. Alors que l'on comptait moins de 50 établissements de soins privés en 1990, on en compte plus de 200 en 2005 (Harang 2007), et plus de 300 en 2010 (OPO 2010). Cette nouvelle offre est surtout constituée de cabinets de soins infirmiers. Parallèlement à l'augmentation des structures de soins privées, le nombre de pharmacies explose à Ouagadougou (avant 1991 elles étaient au nombre de 18, en 2010 elles sont 110). Alors que l'offre de soins privée a beaucoup augmenté au cours de la dernière décennie, l'offre publique n'a guère changé. L'essentiel des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS, structure de santé de premier niveau) a été construit avant 1998, seuls deux CSPS ont été ouverts en 2000.

Notre objectif est de montrer que l'augmentation des structures de soins privées n'a pas amélioré l'accès aux soins des populations les plus pauvres qui habitent à la périphérie de la ville. Nous investigueront également la place de l'automédication dans la réponse à la maladie des individus, pauvres et moins pauvres, en particulier en ce qui concerne les achats de médicaments en pharmacies, et nous demanderons en quoi la multiplication des pharmacies et la pratique fréquente de l'automédication rendent inutile, à certains égards, le recours aux structures de santé primaires ; nous questionnerons sous cet angle le non respect de la chaîne de référencement souvent constatées en ville. Enfin, nous reviendrons sur l'idée que la distance géographique ne compte pas en ville, en revenant sur cette question pour les populations les plus pauvres.

Données

Dans le cadre de l'Observatoire de la population de Ouagadougou, une enquête santé, menée auprès de 2500 personnes (enfants, adultes, personnes âgées), en 2010, a collecté des informations relatives à l'accès aux soins lors de leur dernier épisode morbide. Ces données ont l'avantage d'être spatialisées ce qui permet de localiser précisément le lieu de recours aux soins et le lieu de résidence.

En outre, cette étude qui s'intéresse particulièrement aux populations pauvres a considéré le critère de lotissement comme critère de distinction. Ainsi, deux quartiers lotis (secteurs 21 et

23) et 3 quartiers non lotis (secteurs 21, 23, 26) ont été retenus (cf figure 1). Ils se situent tous dans la périphérie nord de la capitale soumis à la même contrainte imposée à leur mobilité : le franchissement des barrages qui alimentent la ville en eau. L'objectif de cette distinction est de mettre en évidence d'éventuelles disparités spatiales et comprendre les déterminants qui sous-tendent l'accès à l'offre de soins.

Figure 1 : Localisation des quartiers d'étude



Résultats préliminaires

1- Quel comportement vis-à-vis de la maladie ?

En moyenne 19,9% des adultes interrogés déclarent un épisode morbide. La variation entre le loti et le non loti reste faible même si le pourcentage est légèrement plus prononcé en non loti 21,8% contre 18,1% (tableau 1). Toutefois, la distinction par quartier montre des situations quelque peu paradoxales où des quartiers lotis, comme Tanghin (un quartier loti mais plus pauvre), offrent un profil relativement proche des quartiers non lotis. Ceci est vrai quelque soit la variable d'observation. Si 51,1% des personnes interrogées ont déclaré avoir consulté

pour leur mal, globalement, les populations du loti (59,5%) consultent plus dans une structure de soins que les populations du non loti (43,6%) (tableau 1).

Tableau 1 : Part de la population ayant consulté

District sanitaire	Secteur	Avez-vous consulté pour ce problème ?		
		OUI	NON	Total
Paul VI	Kilwin (loti nb)	46	18	64
	%	71,9		
	Nonghin (non loti nb)	37	34	71
	%	52,1		
Kossodo	Tanghin (loti nb)	42	42	84
	%	50		
	Polesgo non (loti nb)	7	10	17
	%	41,2		
	Nioko (non loti nb)	27	48	75
	%	36,0		
	Total	159	152	311
%	51,1			

2- Motifs de non recours aux soins

Parmi les personnes déclarant une maladie, 48,9% ne consultent pas dans une structure de soins. Parmi les trois principaux motifs de non recours, l'accès financier est le plus important (51,3%) (Tableau 2). Deux autres motifs se dégagent : « Le problème n'était pas grave » et « j'avais des médicaments à la maison ». On voit que le jugement des individus les engage bien souvent à pratiquer une automédication à partir d'une boîte à pharmacie facilement renouvelable puisque l'achat des médicaments dans les pharmacies n'est soumis à aucune restriction.

Le facteur financier constitue une contrainte plus importante en milieu non loti en général (tableau 2). De même, et peut-être en toute logique, le sentiment de non gravité du mal est plus fréquent. Les faibles disponibilités financières des ménages et le niveau d'instruction peu élevé (ainsi que leur origine rural plus fréquente) peuvent contribuer à maintenir ces perceptions. Par contre, la tendance à l'automédication semble s'équilibrer entre loti et non loti. Il convient alors de déterminer si l'automédication moderne ou traditionnelle est partagée par l'ensemble de la population quelque soit son milieu de vie.

Tableau 2 : Principaux motifs de non consultation selon le profil de lotissement (réponses multiples possibles)

Secteur	Problème pas grave	Problème financier	Automédication
Loti (nb)	14,5%	42,2%	15,7%
Non loti (nb)	30,3%	84,2%	22,4%

3- Choix du lieu de soins

Pour les individus ayant consulté lors du dernier épisode morbide, les structures de soins publiques sont beaucoup plus utilisées, particulièrement pour les résidents du non loti (tableau 3).

Tableau 3 : Type de structure de soins choisi pour la consultation (%)

Secteur	Type de structures de soins		
	Confessionnel	Privé	Public
Loti	33,3	10,5	56,1
Non loti	18,9	1,9	79,2
Total	26,4	6,4	67,3

La distance constitue un facteur fondamental, semble-t-il, dans le choix du lieu de soins, comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 4 : Motif du choix du lieu de soins (n)

Motif du choix du lieu de soins	Nombre
Consulte le plus proche de chez moi	86
Habitude de se soigner là-bas	46
Parce que l'on y soigne mieux	39
Structure adaptée aux adultes sexe et âge	34
Structure renommée	32
Structure adaptée à mon mal	32
Tarifs abordables	26
Structure bien entretenue	17
Connaît quelqu'un qui y travaille	15
Ma langue y est parlée	7
Personnel gentil	4

La proximité comme facteur de décision semble peu différer selon le lieu de résidence (tableau 5). Ce critère constitue sans doute un facteur défavorable au maintien d'un bon état de santé de la population dans le cas où la structure publique la plus proche est une structure peu prisée par la population (cf figure 2). Tel est le cas du CSPS du secteur 23 où seulement 4 individus déclarent s'y rendre pour leurs soins.

Tableau 5 : Motif du choix du lieu de soins par quartier

Motif du choix du lieu de soins	Kilwin (loti)	%	Tanghin (loti)	%	Nonghin (non loti)	%	Nioko (non loti)	%	Polesgo (non loti)	%
Consulte le plus proche de chez moi	21	23,1	25	27,2	21	25,9	18	21,2	1	8,3
Habitude de se soigner là-bas	14	15,4	9	9,8	12	14,8	10	11,8	1	8,3
Parce que l'on y soigne mieux	9	9,9	8	8,7	11	13,6	9	10,6	2	16,7

Ces premiers résultats issus de l'exploitation des questionnaires soumis aux adultes seront contrôlés en fonction de la structure par âge des quartiers et des analyses plus fines examineront ces variables en fonction du lieu de naissance, de la durée de résidence dans la ville, de la capacité de mobilité des ménages, du niveau de richesse, etc. On examinera également les différences en fonction du type d'automédication. Des tests seront effectués pour vérifier la significativité des différences observées. On comparera également les résultats pour les enfants à ceux des adultes, et les effectifs des deux analyses seront joints si les mêmes tendances se dégagent.