

## SYSTÈME DE SOINS ET ORGANISATION DU TERRITOIRE AU BURKINA FASO

Aude Meunier \*

**RÉSUMÉ.** Jusqu'en 1995, le système de soins au Burkina Faso était fondé sur les principes définis en 1978 par l'OMS, préconisant notamment la diffusion des centres de soins primaires. La carte sanitaire révèle les influences politiques passées et présentes sur la distribution de ces établissements de soins publics. Ces influences contribuent à justifier l'attraction assez faible exercée par certains dispensaires aujourd'hui.

• BURKINA FASO • OFFRE DE SOINS • ORGANISATION DU TERRITOIRE

**ABSTRACT.** Until 1995, the health care system in Burkina Faso was based on the principles set forth by the WHO in 1978, particularly the expansion of primary health care. The health map reveals the political influences on the distribution of public health establishments. The low attraction of these dispensaries can be partly attributed to these influences.

• BURKINA FASO • HEALTH CARE • TERRITORIAL ORGANISATION

**RESUMEN.** Hasta 1995, el sistema de salud en Burkina Faso estaba establecido sobre los principios definidos en 1978 por la OMS, particularmente a partir de una red de centros primarios. El mapa sanitario deja aparecer las influencias políticas presentes y del pasado en la repartición de esos centros públicos de salud, lo que contribuye a explicar la atracción actual bastante débil de algunos de estos consultorios.

• BURKINA FASO • OFERTA DE SALUD • ORGANIZACIÓN DEL TERRITORIO

Au Burkina Faso, la santé publique est exercée dans différents services organisés selon une hiérarchie bien définie. Chaque niveau possède des moyens et des responsabilités différents. Ces établissements sont généralement étudiés individuellement ; cependant, leur dynamisme dépend de l'attraction qu'ils exercent sur les populations. Or cette attraction n'est pas liée uniquement au niveau d'équipement mais également à d'autres facteurs comme l'implantation géographique, la desserte en voies de communication, le dynamisme économique de la ville ou du village d'accueil : le réseau sanitaire est ainsi une composante du territoire.

### Politique sanitaire et système de soins : la satisfaction des normes internationales

La « santé pour tous d'ici l'an 2000 », tel était, en 1978, le slogan de l'OMS, pourvoyeur de fonds en matière de santé pour les pays africains. De 1980 à 1995, le Burkina Faso a

ainsi appliqué les grands principes de la déclaration d'Alma-Ata sur les structures de soins primaires qui « représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens » (1).

L'atout de cette intervention internationale est de maintenir dans le domaine de la santé un secteur public que l'État burkinabé n'a pas les moyens d'entretenir et dont il s'est peu à peu désengagé au cours des décennies : la part du budget est passée de 8,7 % en 1970 à 2,4 % en 1995.

La participation communautaire, la proximité des populations et des établissements de soins sont les principes de base du système de soins. La politique sanitaire se concrétise par un modèle hiérarchique pyramidal (fig. 1). Elle est renforcée par l'option de l'État pour la décentralisation, offrant ainsi à

\* Laboratoire d'Étude des Régions Arides (LEDRA), département de géographie, université de Rouen, 76821 Mont-Saint-Aignan CEDEX, Aude.Meunier@univ-rouen.fr

chacune des 30 provinces (2) une certaine autonomie dans le cadre de l'élaboration et de l'exécution des programmes de santé, par le biais des Directions provinciales de la santé.

Type de structures	Normes fixées par la politique sanitaire
ENSP	Dépend du ministère de la Santé
Hôpital national	À Ouagadougou et Bobo-Dioulasso
Hôpital régional	Groupe de provinces (400 à 500 000 hab.)
Centre médical	Gp. de départements (150 à 200 000 hab.)
Centre de santé et de promotion sociale	Groupe de villages (15 à 20 000 hab.)
Poste de santé primaire	Dans tous les villages

*Source : DEP, ministère de la Santé, Ouagadougou*

### 1. Hiérarchie sanitaire

Selon H. Picheral, « la répartition géographique des ressources sanitaires contribue à l'organisation de l'espace et détermine le niveau de desserte, d'accessibilité et de recours aux soins de la population » (3). Pour améliorer le niveau de desserte sur l'ensemble du territoire, l'État a opté pour la multiplication des services de base, et plus précisément des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Ceux-ci remplacent les dispensaires, qui ne sont pas détruits mais équipés d'une maternité sous cette nouvelle dénomination (fig. 2).

Structure	1986	1989	1992
Hôpital national	2	2	2
Hôpital régional	6	7	9
Centre médical	54	63	68
Centre de santé et de promotion sociale	366	463	602
Dispensaires	154	148	119
Maternités	20	16	

*Source : DEP, ministère de la Santé, Ouagadougou*

### 2. Évolution du nombre de structures de soins

Les autorités sanitaires développent donc l'offre de soins selon une demande supposée et des critères démographiques définis – tel le nombre d'habitants –, ce qui a une incidence sur la répartition géographique. Les établissements ne sont plus alors des lieux dépendant de la situation sanitaire mais le reflet de l'empreinte de l'État sur son territoire, par le privilège accordé aux chefs-lieux administratifs. Quel que soit le niveau de la hiérarchie, les conséquences spatiales sont identiques ; il existe un lien évident entre la santé publique et l'aménagement du territoire. Si les CSPS ont été multipliés par deux en moins de dix ans, les établissements de soins supérieurs ont connu un rythme de croissance plus limité. La relative stagnation du nombre d'hôpitaux est liée

à la fois au manque de crédits et à l'aménagement du territoire. La dynamique et la géographie des hôpitaux nationaux et régionaux montrent une étroite dépendance avec les chefs-lieux administratifs au cours des décennies.

### La distribution des hôpitaux, reflet des lieux de pouvoir

Devenue tardivement – en 1919 – une colonie à part entière, l'ancienne Haute-Volta a d'abord été dotée de dispensaires pour les troupes françaises ; ils ont été ouverts lentement aux Africains. Le réseau ne s'organise pas en fonction de la situation sanitaire, considérée comme alarmante en raison notamment de l'expansion de la trypanosomiase : les structures de soins semblent davantage corrélées à la création de chefs-lieux administratifs, lieux théoriques de concentration de la population blanche. Aux structures fixes sont associés les services de traitement mobiles qui assurent l'encadrement des populations, de façon à remédier au manque d'infrastructures en milieu rural et de lutter contre les maladies qui sévissent (paludisme, maladies d'origine hydrique). Ce n'est qu'à la fin des années 1930 qu'un service spécialisé contre la maladie du sommeil est mis en place, remplaçant les « hypnoseries » créées quelques années auparavant et peu efficaces.

Le réseau prend forme au bénéfice des pôles administratifs désignés par les autorités coloniales. Les limites du découpage interne suivent celles des royaumes ou des États préexistants et confirment le rôle de capitale tenu par les anciennes résidences royales, situées au centre du pays, parmi les populations mossi. Ces dernières sont politiquement hiérarchisées et rassemblées autour de pôles, comme Tenkodogo, Ouahigouya, Ouagadougou, devenus pendant la colonisation des chefs-lieux de cercle (fig. 3). L'organisation hiérarchique des Mossi explique également la présence de missionnaires, qui sont à l'origine de la construction de plusieurs dispensaires et qui recherchent une certaine stabilité.

La densité sanitaire en pays mossi est beaucoup plus forte que sur les marges de la colonie occupées par des populations villageoises, qui ne sont pas soumises à une autorité supérieure. Ainsi, dans l'Ouest, une multitude de groupes, d'origine différente, occupe l'espace sans reconnaître aucune forme de pouvoir et en limitant les échanges économiques et sociaux. En l'absence de pôles commerciaux, les points d'appui pour le pouvoir colonial sont rares. La désignation de pôles résulte alors non pas d'un espace

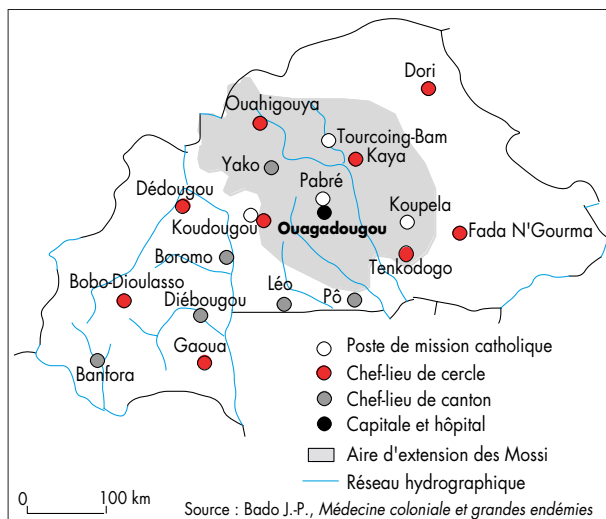
réfléchi en fonction de ses dynamiques, mais de la conquête militaire et du contrôle de populations particulièrement instables.

Au nord et à l'est, l'insuffisance des établissements existants résulte des faibles densités démographiques et du peu d'intérêt économique qu'elles représentent. En 1932, la colonie de Haute-Volta est supprimée, le territoire est alors divisé en fonction de considérations économiques. L'objectif est de fournir la main-d'œuvre nécessaire aux chantiers ouverts dans les colonies de Côte d'Ivoire et du Soudan. Les régions de Dori et Fada N'Gourma sont rattachées à la colonie du Niger, créée dans un but militaire et sans grand rôle dans la politique d'exploitation économique coloniale (fig. 3).

Ce schéma a peu changé au cours des décennies et l'on peut observer la permanence des lieux d'implantation des structures de soins, toujours associées à la fonction administrative. Les lieux les mieux équipés pendant la colonisation sont devenus aujourd'hui des centres urbains ; ils cumulent les équipements publics dont font partie les hôpitaux, au sommet de la hiérarchie sanitaire. En 1985, selon le dernier recensement démographique exhaustif, le Burkina Faso comptait 13 villes ; en 1995, 11 d'entre elles bénéficiaient d'un hôpital national ou régional.

Seules Bobo-Dioulasso et Ouagadougou possèdent un hôpital national, aux équipements plus nombreux et perfectionnés. Le rôle de carrefour commercial de Bobo-Dioulasso – elle fut pour une courte durée capitale de colonie au début de la colonisation – lui a valu de dominer pendant de longues années l'espace économique et de reléguer au second plan la capitale administrative, Ouagadougou. Ceci explique la bicéphalie actuelle du Burkina Faso et les doubles d'équipements dans ces deux villes.

Les centres urbains qui n'ont eu qu'une fonction réduite ou de courte durée, voire aucun rôle pendant la colonisation et la période précoloniale, ne disposent pas d'hôpital régional (Tougan, Po) (fig. 4). Seule exception, Banfora, située le long de la voie de chemin de fer reliant Ouagadougou et Bobo-Dioulasso à Abidjan (en Côte d'Ivoire) ; cette ville industrielle et attractive depuis le milieu des années 1970, est devenue la quatrième ville du pays, ce qui a justifié la création d'un hôpital. Le rôle administratif joué par le village dans le passé est fondamental pour le maintien de la structure de soins au cours des décennies. Les postes de



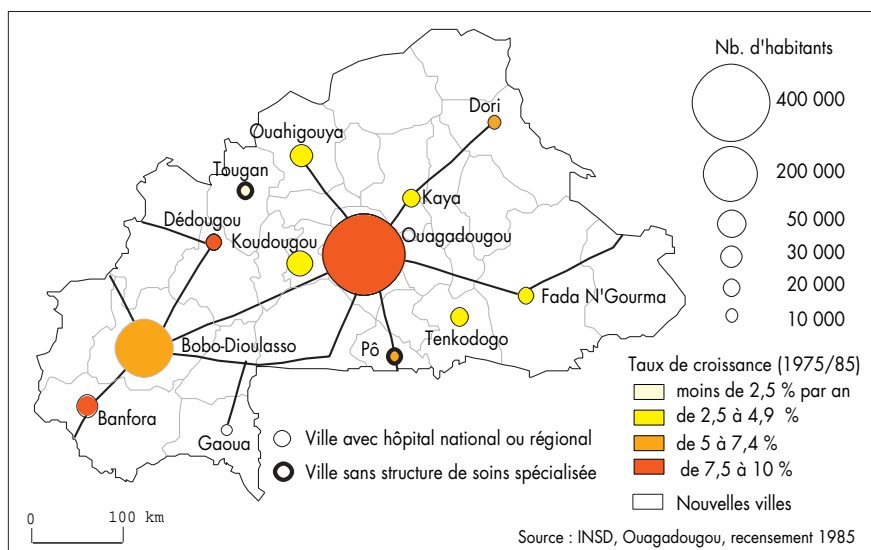
3. Localisation des dispensaires au début des années 1930

mission catholique, équipés de dispensaires pendant la colonisation, n'ont pas été maintenus après l'Indépendance.

### Structures de soins primaires et territoire : géographie d'une politique de développement

Par leur densité plus forte que celle des structures de soins de niveau supérieur, les dispensaires sont un excellent marqueur de l'espace. La géographie des établissements de base permet de mettre en évidence la perception du territoire par l'État et des lieux qu'il privilégie.

La province du Houet est la seule où les données statistiques ont été recueillies par des enquêtes réalisées auprès des infirmiers responsables des Centres de soins et de promotion sociale, en milieu rural uniquement (4). C'est une échelle pertinente dans la mesure où les autorités sanitaires provinciales sont le principal acteur en matière de localisation des équipements. Le Houet, situé dans le Sud-Ouest, avec 35 hab./km<sup>2</sup>, est l'une des provinces les plus peuplées du Burkina Faso ; autour de Bobo-Dioulasso les fortes densités s'égrènent le long des voies de communication reliant Ouagadougou, vers l'ouest et vers le nord, en direction du Mali. En dehors de ces axes, l'habitat est plus dispersé. Cependant, depuis le milieu des années 1970, le Nord de la province fait l'objet d'une intense migration de Mossi venus du centre du pays, attirés par de meilleures conditions climatiques et des terres vacantes.



#### 4. Taille des villes en 1985 et équipement sanitaire

Les 39 établissements situés en milieu rural dépendent tous de l'État. Jusqu'en 1995, les seuls équipements gérés par des personnes privées sont les pharmacies ; l'automédication est une pratique très courante et permet aux propriétaires des officines de réaliser des affaires (5). En ville, ces structures privées se multiplient, car elles offrent une meilleure qualité d'accueil et de soins aux patients. Les établissements confessionnels n'existent pas, les religieux intervenant indirectement par la vente de médicaments à moindre coût. Enfin, certains responsables de formation ou des villages bénéficient de l'aide matérielle d'ONG par le biais de projets ou de jumelages.

Le rythme de croissance des dispensaires s'est accru au cours des décennies : en moyenne 0,8 établissement par an entre 1950 et 1978 et 1,25 depuis cette date. Les premiers dispensaires datent de la colonisation. Il s'agit le plus souvent de postes de contrôle sur les axes de circulation les plus importants comme Fo (vers le Mali par Koutiala) ou Toussiana (vers la Côte d'Ivoire). D'autres, comme Béréba ou Satiri, ont longtemps possédé une infirmerie, dépendant du chantier du chemin de fer, transformée plus tard en établissement de plus grande importance. La dispersion des structures sur le territoire est organisée en fonction du contrôle de l'espace par les postes administratifs, les postes de douane ou les voies de communication.

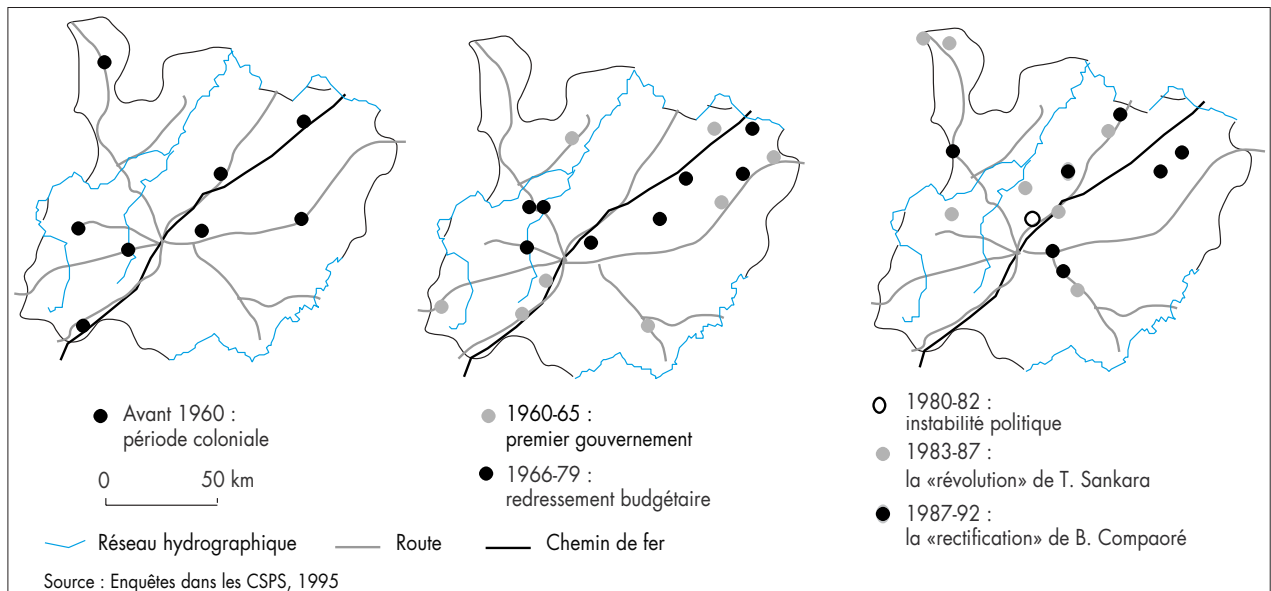
Dès l'Indépendance, le nombre de constructions est multiplié, au bénéfice de la périphérie. Les années 1970 sont

moins prolifiques en raison de choix budgétaires plus rigoureux. Au cours de cette période, on peut facilement observer les espaces auxquels s'intéresse l'État : le Nord-Est et la périphérie de la ville de Bobo-Dioulasso. En 1960 le Nord-Est est placé sous l'autorité de la CFDT (Compagnie française de développement des fibres textiles) et devient l'une des régions les plus productives du pays en coton, aidée par le Projet coton Ouest-Volta (PCOV) mis en place par le gouvernement au cours des années 1970 (6). L'adhésion massive des populations du Nord-Est à cette nouvelle culture met en évidence leur réceptivité aux changements, déjà obser-

vée par les missionnaires très présents pendant la colonisation. Ce sont également les cultures commerciales qui ont permis de construire deux dispensaires l'un près de l'autre dans la vallée du Kou, au nord-ouest de Bobo-Dioulasso, où est pratiquée la riziculture irriguée, grande consommatrice de main-d'œuvre, d'où les fortes densités de population (fig. 5).

Le développement des échanges commerciaux s'accompagne de la croissance de la ville de Bobo-Dioulasso (7). Elle englobe progressivement les villages périphériques, dans un rayon de 10 à 15 km pratiquant des cultures pour les besoins des marchés bobolais. Pour pallier l'engorgement des structures de soins urbaines et plus particulièrement de l'hôpital, les responsables politiques décident de construire un dispensaire dans ces villages.

En 1978, le pays adopte la politique des soins de santé primaires ; ses répercussions sur la carte sanitaire ne sont visibles qu'à partir de 1983, après quelques années d'instabilité politique. En 1984, s'installe la « révolution » de T. Sankara ; la Haute-Volta est rebaptisée Burkina Faso, les découpages administratif et urbain sont modifiés ainsi que l'organisation sanitaire. Leur dispersion spatiale ne suit aucune logique, seul Bekuy répond à la volonté de l'État d'associer une structure de soins à tous les chefs-lieux administratifs (8). La rectification de B. Compaore poursuit la densification de la carte sanitaire. Les villages désignés pour être équipés sont très différents ; le dynamisme



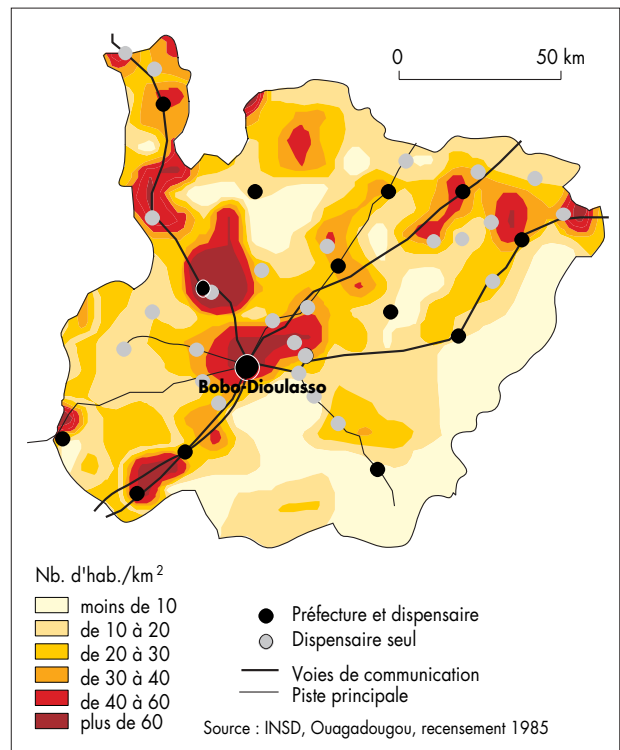
### 5. Évolution du nombre de dispensaires dans la province du Houet

agricole et commercial de certains, comme Dande et Yeguresso, leur confère un rayonnement et une attraction qui permettent à un dispensaire de disposer d'une « clientèle » importante. D'autres ne justifient leur existence que par l'intervention de personnes externes au Programme sanitaire national comme Bouéré, village d'origine d'une personnalité politique.

Les années 1980-1990 mettent en évidence deux espaces délaissés : le Sud-Sud-Ouest, du fait d'un habitat dispersé et économiquement peu intéressant, le Nord, dont les autorités gardent l'image d'un espace pratiquement inoccupé (alors que, depuis 1975, les migrants mossi s'y installent en nombre). La carte des densités démographiques révèle de forts taux d'occupation de l'espace dans cette partie de la province (fig. 6).

### Conclusion

La localisation des structures de soins ne met pas en évidence les difficultés liées au milieu naturel et les conséquences sur la santé des populations, mais elle est le reflet du contrôle des individus, de l'espace et de la mise en valeur du territoire, ce qui correspond à leur statut d'établissement public. Une image qui ne satisfait pas totalement les Burkinabé, puisque seulement 17 % d'entre eux, en 1992, consultaient dans ces structures. On assiste ainsi à un paradoxe sanitaire : alors que le réseau sanitaire se



### 6. Densités de population en 1985 et répartition des dispensaires dans le Houet en 1993

densifie, le nombre de patients dans les établissements publics diminue; la médecine traditionnelle est préférée aux soins dits modernes.

(1) OMS, « Les soins de santé primaire ».

(2) La province est le découpage administratif le plus vaste au Burkina Faso. En 1996, les autorités ont décidé de les multiplier; elles sont aujourd'hui au nombre de 40.

(3) *Cahiers GEOS*, n° 2, 1996.

(4) Ce travail a été réalisé, entre 1993 et 1995, au sein du programme « Environnement et santé » dirigé par J.-P. Hervouët à l'IRD de Bobo-Dioulasso.

(5) À partir de 1996, la politique sanitaire a privilégié la vente de médicaments essentiels à moindre coût au sein d'un dépôt communautaire, ce qui a porté un coup aux ventes dans les dépôts privés installés en brousse.

(6) Le Nord-Est fait partie d'un ensemble plus vaste qui s'étend du nord de Bobo-Dioulasso à Dédougou et englobe sept provinces.

(7) 800 ha en 1945 selon le Schéma de Développement et d'Aménagement Urbain et 1750 ha en 1985.

(8) Lors du nouveau découpage administratif, Bekuy qui n'avait aucune fonction, est désigné comme chef-lieu de département et est équipé d'un CSPS; tous les autres disposaient déjà de ce type de structure publique.

---

### Références bibliographiques

BADO J.-P., 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris : Karthala, 432 p.

DE BENOIST J.R., 1987, *Eglise et pouvoir colonial au Soudan français. Administrateurs et missionnaires dans la boucle du Niger (1885-1945)*, Paris : Karthala, 541 p.

CHATEIL S., 1994, *Accessibilité et accès aux soins modernes dans le Sud-Ouest du Burkina Faso. L'exemple de la province du Houet et du village de Moussobadougou*, mémoire de géographie, Université de Rouen, ORSTOM Bobo-Dioulasso, 151 p.

HERVOUET J.-P., PODA S., 1991, *Les Structures de soins en milieu rural au Burkina Faso, aspects géographiques le cas de l'Est de la province du Houet*, ORSTOM Bobo-Dioulasso, 10 p.

INSD, 1985, *Recensement général de la population*, Ouagadougou.

MEUNIER A., 1998, *Système de soins public et organisation territoriale, approche de l'espace burkinabé*, doctorat de géographie, Université de Rouen, ORSTOM Bobo-Dioulasso, 490 p.

NIANG A., 1997, *Évolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaires dans le delta et la moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993). Analyse géographique*, doctorat de géographie, Université Cheick Anta Diop, Dakar, 183 p.

OMS, FISE, 1978, *Les Soins de santé primaires*.

PICHERAL H., 1996, « Mots et concepts de la géographie de la santé », *Cahiers GEOS*, n° 2.

RICHARD J.-L., 1995, « Accès aux soins de santé en milieu rural », *Société Neuchâteloise de Géographie*, n° 39, p. 121-136.

## EN LIBRAIRIE

### Géographie des milieux forestiers

Neuf auteurs se sont retrouvés pour réaliser ce manuel très vivant, destiné initialement à préparer la question d'agrégation sur les milieux forestiers (1). Si, comme le précise l'avant-propos, la somme n'est pas complète, les 4 parties et les 12 chapitres permettent toutefois un abondant contenu, depuis les facteurs physiques jusqu'au socio-système forestier. Documents et illustrations aèrent agréablement un texte dense où les références citées sont parfois difficiles à retrouver dans la bibliographie de fin de volume. On apprécie particulièrement les approches systémiques, le court mais précieux chapitre sur le géosystème forestier de G. Riou, comme ceux sur les dynamiques des végétations, sur les milieux de la zone intertropicale (le plus long) et sur ceux de la zone tempérée : dans ce dernier, les milieux alluviaux sont trop peu documentés et le problème des incendies trop succinctement évoqué. Enfin, les yungas, présentées en p. 143 comme significatives de la forêt tropicale d'altitude, correspondent uniquement et exclusivement aux vallées profondément encaissées perpendiculairement aux cordillères occidentale et orientale andines. – **Pierre Usselmann**

(1) J.-J. Dubois, coord. 1999, *Les Milieux forestiers, aspects*

*géographiques*, Paris : SEDES, Dossiers des Images Économiques du Monde, 336 p.

---

### Le temps des paysages vus d'en haut

Raymond Chevallier est connu depuis longtemps pour son ample usage de la photographie aérienne dans l'ouverture de pistes en archéologie : les traces de fonds de cabanes et d'anciennes fondations abondent dans les champs picards, quand on les voit d'en haut à certains bons moments de l'année. Il nous présente un superbe ouvrage (1), très illustré, posant quantité de problèmes de l'archéologie des paysages. Six domaines sont spécialement analysés : les oppidums, Métafonte en Italie du Sud, les centuriations en Italie du Nord, la villa gauloise, l'urbanisation romaine en Gaule, les villages disparus. Bibliographie, sources, très belles photographies (dont 8 excellentes pages en couleurs), plans et dessins impeccables. – **Roger Brunet**

(1) R. Chevallier, 2000, *Lecture du temps dans l'espace. Topographie archéologique et historique*, Paris : Picard, 229 p., 22 x 28, nb. ill. (295 F).