



DISTRIBUTION SPATIALE DE L'OFFRE DE SOINS ET ACCESSIBILITÉ À NIANGOLOKO/ BANFORA (BURKINA-FASO)

SPATIAL DISTRIBUTION OF CARE OFFER AND ACCESSIBILITY IN NIANGOLOKO/ BANFORA (BURKINA-FASO)

¹ SAWADOGO Relwendé Patrice, ² OUEDRAOGO Rawelguy Ulysse Emmanuel, ³ NIKIEMA Dayangnéwendé Edwige

¹ Doctorant, Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Milieux et les Territoires (LERMIT), Université Joseph KIZERBO (Burkina Faso)
sawadogorelwendepatrice@gmail.com

² Maître-assistant (CAMES), Laboratoire Dynamique Des Espaces et Sociétés (L. D.E.S), Université Joseph KI-ZERBO (Burkina-Faso)
ouedraogemma2016@gmail.com

³ Maître de Conférences (CAMES), Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Milieux et les Territoires (LERMIT), Université Joseph KIZERBO (Burkina Faso) hedwigen@gmail.com

SAWADOGO Relwendé Patrice, OUEDRAOGO Rawelguy Ulysse Emmanuel, NIKIEMA Dayangnéwendé Edwige, Distribution spatiale de l'offre de soins et accessibilité à Niangoloko/ Banfora (Burkina-Faso), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 6 (11), 49-62, [En ligne] 2023, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Les politiques sanitaires mises en œuvre dans les pays du Sud peinent à répondre efficacement aux besoins sanitaires de la

population. A un niveau déconcentré, comme celui de la collectivité territoriale de Niangoloko, la situation est peu reluisante avec d'importantes inégalités en matière d'offre et d'accessibilité aux soins. La présente recherche analyse la distribution spatiale des formations sanitaires et leurs accessibilités par la population à Niangoloko. Pour aboutir à des résultats, une approche méthodologique comprenant la collecte, l'analyse et le traitement des données a été adoptée. Les travaux de terrain, déroulés entre novembre 2019 et octobre 2020 ont permis d'interroger 203 personnes et d'analyser les rapports d'activités des formations sanitaires de la commune. Les résultats obtenus révèlent que le paludisme et les pneumonies qui représentent respectivement 47,65 % et 22,91% du nombre de consultations constituent les principales pathologies. En sus, l'absence de centre de santé de second échelon pousse une partie de la population à parcourir plus de 40 km pour

bénéficier de soins spécialisés. Enfin, 58 % des enquêtés à Niangoloko n'ont pas accès aux soins de santé à cause du déficit de moyen financier. Il s'avère donc nécessaire de développer des stratégies pour une meilleure planification du système sanitaire dans cette partie du Burkina-Faso.

Mots-clés : Niangoloko, offre de soins, accessibilité au soin, soins primaires

ABSTRACT

Health policies in developing countries are struggling to respond effectively to the population's health needs. At a decentralized level, such as that of the Niangoloko local authority, the situation is less than stellar, with major inequalities in terms of healthcare provision and accessibility. This study analyses the spatial distribution of health facilities and their accessibility to the population of Niangoloko. To achieve the results, a methodological approach involving data collection, analysis and processing was adopted. The fieldwork, which took place between November 2019 and October 2020, involved interviewing 203 people and analyzing activity reports from the commune's health facilities. The results show that malaria and pneumonia, which account for 47.65% and 22.91% respectively of the number of consultations, are the main pathologies. In addition, the absence of a second-level health center means that some of the population have to travel more than 40 km to receive specialized care. Finally, 58% of respondents in Niangoloko have no access to health care due to a lack of financial resources. It is therefore necessary to develop strategies for better

planning of the healthcare system in this part of Burkina-Faso.

Keywords: Niangoloko, care supply, accessibility to care, primary care

INTRODUCTION

La santé, du fait qu'elle participe au bien être des individus constitue un levier indéniable pour améliorer le développement économique et social d'une communauté ou d'une nation (OMS et Banque mondiale, 2018, p.8). C'est ainsi, que les acteurs politiques et les institutions internationales n'hésitent pas à mettre en place des politiques publiques afin d'assurer à l'ensemble des citoyens une bonne couverture sanitaire (Scartezzini K., 2018, p. 27 ; Doumbouya M.L., 2008).

Au Burkina Faso, après plus de 60 ans d'indépendance politique, on constate que plusieurs orientations, programmes et politiques ont été adoptés pour répondre aux besoins dans le domaine de la santé. Ces actions qui prennent appui sur les recommandations de Alma Ata (1978) et de l'Initiative de Bamako (1987) ont été développées pour assurer une bonne couverture sanitaire à la population et accroître la performance du système de santé (Meunier A. et al., 2015, p. 2 ; Soma H.R.B., 2020, p. 6). Ainsi, on retient :

- L'adoption et la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS 2001-2010) en 2000, qui a introduit non seulement l'obligation d'assistance des accouchements et des urgences obstétricales par un personnel qualifié, mais surtout la prise en charge de mesures ou

d'initiatives pour lutter contre les épidémies dans le pays ;

- Le 2eme plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) adopté en 2011 qui visait la poursuite des objectifs du premier plan et l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Grâce à la mise en œuvre de tous ces plans, le nombre d'infrastructures sanitaires publiques a connu une hausse passant de 1515 établissements sanitaires en 2010 à 2079 établissements sanitaires en 2019. L'amélioration est aussi perceptible au niveau des ratios pour le personnel de santé. Ainsi, entre 2010 et 2019, on a un passage de 1/ 22017 habitants à 1/ 10927 habitants pour les médecins et 1/5056 habitants à 1/ 4831 habitants pour les infirmiers diplômés d'état. Enfin, le rayon moyen d'action théorique (RMAT) a régressé de 7,3 km à 5,8 km toujours dans cette période (INSD 2020, p. 43-47).

Malgré le fait que les questions sanitaires soient prises en compte dans plusieurs documents de planification aussi bien à l'échelle mondiale que locale, il faut remarquer la persistance de l'inégale accès aux établissements sanitaires entre les différents pays (développés ou en développement) ou à l'intérieur d'un même pays. L'offre de soins et l'accessibilité aux services de santé demeurent une préoccupation primordiale pour les populations à faible revenus (Azonhe T. H., 2019, p. 324 ; Vignerot E. et Haas S., 2012, p.1) des centres faiblement urbanisés comme Niangoloko et qui sont parfois éloignés des chefs-lieux de régions administratives.

La présente recherche analyse la distribution spatiale de l'offre de soins et l'accessibilité aux formations sanitaires par la population de la commune urbaine. Elle se justifie par le fait que l'accès aux soins de la population constitue un enjeu incontournable des politiques de santé actuelles. En sus, elle trouve son importance dans le fait que les populations vulnérables, fréquemment touchées par les divers maux doivent être prises en compte pour l'atteinte des objectifs de développement durable.

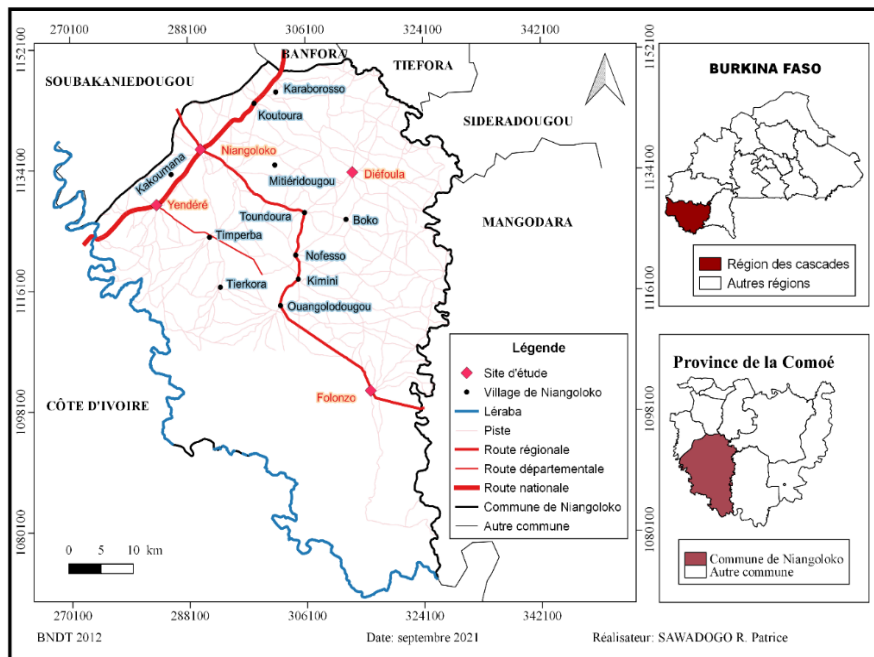
1. OUTILS ET MÉTHODES

1.1 Présentation de la commune urbaine de Niangoloko

Niangoloko localisée entre 10° 16'53 '' Nord et 4°55'01'' Ouest, est l'une des quarante-neuf (49) communes urbaines que compte le Burkina-Faso. Elle est située à l'extrême sud-ouest du pays, à environ 15 km de la frontière avec la république de la Côte d'Ivoire, à 45 km de Banfora (chef-lieu de la région administrative de la Cascades) et à 500 km de Ouagadougou (la capitale du pays). Administrativement, la commune relève de la province de la Comoé (carte 1). Sur le plan sanitaire, la commune appartient au district sanitaire de Banfora qui est l'un des trois districts (Banfora, Sindou et Mangodara) de la région des Cascades. En 2020, la commune disposait de 17 formations sanitaires, réparties en un centre médical, 11 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), un centre de santé privé (Shalom) et 4 cabinets de soins (Bien-Etre, Saint Michel, Yahvé Shamma et Lymmania). L'ensemble de structures sanitaires prenait en charge une population estimée

à 76 855 habitants en 2020 (RGPH, 2019).

Carte n°1 Localisation de la commune de Niangoloko et les sites d'étude



1.2. Données collectées

1.2.1. Les données démographiques

Les travaux de terrain ont concerné quatre localités de la commune urbaine de Niangoloko à savoir : la ville et les villages administratifs rattachés : Diéfoula, Folonzo et Yendéré. L'unité statistique retenue pour les enquêtes dans la cadre de la présente étude est l'individu. Le nombre de personne enquêté a été déterminé à partir de la formule probabiliste de Schwartz : $Tme = \frac{ZB \times P \times [1-P]}{d^2}$

Dans cette formule, Tme représente la taille minimale de l'échantillon. ZB est l'intervalle de confiance. Celle-ci est fixée à 95 % dans le cadre de cette étude et correspond à une valeur type de 1,96. P est la proportion type, il est considéré comme commune le taux d'une

population qui a une caractéristique spécifique parmi un ensemble de caractéristiques possibles. La proportion type étant inconnue, il est fixé à 50% dans cette étude. L'application de la formule a permis d'avoir un échantillon de 150 personnes. Pour compenser la marche d'erreur 30 personnes supplémentaires ont été enquêtées.

Au total, 180 personnes ont été enquêtées.

Au-delà des enquêtes, des entretiens ont été réalisés auprès des personnes ressources de la commune. En premier lieu, l'entretien a concerné le premier adjoint au maire de la commune. De cet entretien, les informations concernant le recrutement du personnel d'appui, l'équipement des formations sanitaires et la maintenance des ambulances ont été obtenues. En second lieu, un entretien

avec le médecin chef de district sanitaire a permis de déterminer les formes et types d'appui offerts aux formations sanitaires. Enfin, en troisième lieu, un entretien a eu lieu avec les responsables des structures sanitaires et les gérants des officines pharmaceutiques. Ces différents entretiens ont permis d'obtenir des informations sur la qualité des soins offerte aux populations, la disponibilité des produits pharmaceutiques et l'état d'amortissement des bâtiments ou autres équipements mis à la disposition des agents de santé

1.2.2. Données sur l'offre de soins

Les coordonnées géographiques des formations sanitaires de Niangoloko ont été obtenues à l'aide de l'application UTM GOE MAT 3.7.7 Installée dans un téléphone portable. Ces coordonnées, converties en fichier de forme « shape file » ont permis la réalisation, des cartes relatives à la répartition spatiale des infrastructures sanitaires avec le logiciel QGIS. En plus de cela, la géolocalisation

des centres de santé a permis de déterminer la couverture spatiale et démographique des centres de santé à travers la méthode des zones tampons de 5 km autour de chaque formation sanitaire.

2. RÉSULTATS

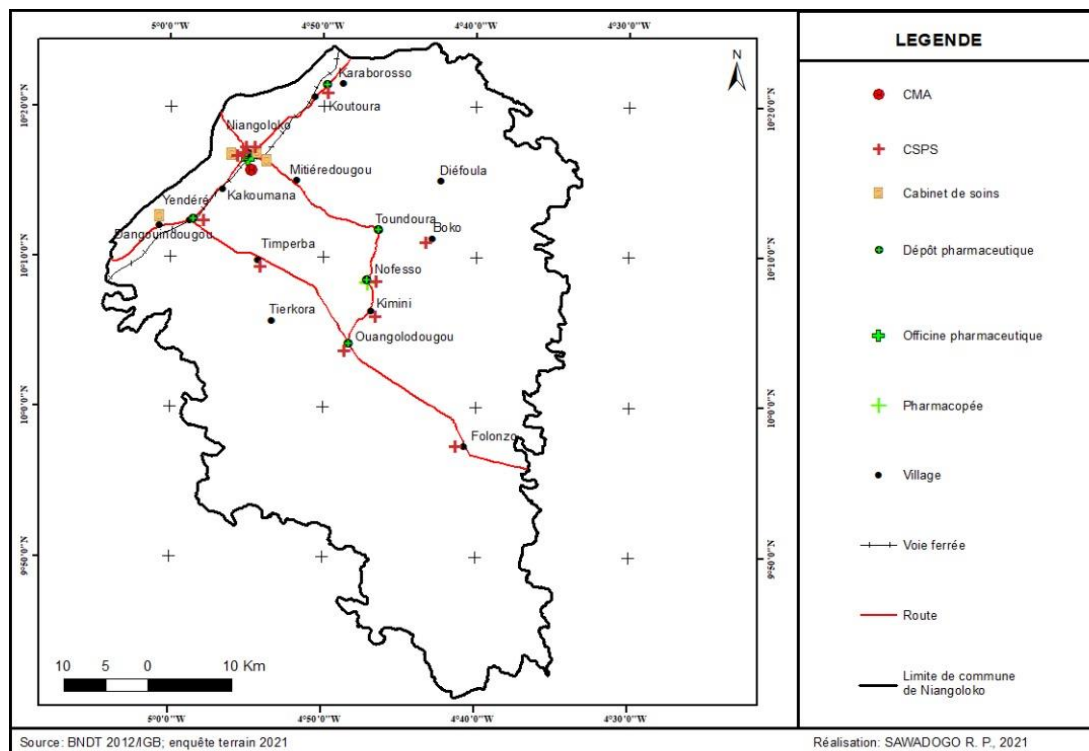
Les résultats de notre étude s'articuleront autour de la distribution spatiale des structures sanitaires et offres de soins à *Niangoloko*. Enfin, ils porteront sur la question de l'accessibilité aux centres de santé par les populations.

2.1. Distribution spatiale des structures sanitaires et offre de soins à Niangoloko

2.1.1 Distribution spatiale des structures sanitaires

Dans la commune de *Niangoloko*, il existe d'importantes inégalités dans la distribution des structures sanitaires notamment entre le milieu urbain et le milieu rural comme l'indique la carte n°2.

Carte n°2 : distribution spatiale des formations sanitaire de Niangoloko



La carte n°2, montre que les structures sanitaires sont plus concentrées dans la ville de Niangoloko que dans les villages rattachés. En effet, elle dispose à elle seule près de 47,06 % de l'ensemble des satures sanitaires de la commune. Ces structures sanitaires sont essentiellement localisées aux secteurs n° 1, n°3 et n° 4 ayant chacun 2 infrastructures. Le centre médical de la commune quant à lui est localisé au secteur n°6. Enfin, on note la présence d'un CSPS au secteur n°5. Par contre les secteurs restants (n°2, n°7, n°8 et n°9) sont dépourvus de structures sanitaires.

Hormis la ville, les villages de *Folonzo*, *Boko*, *Kimini*, *Ouangolodougou*, *Nofesso*, *Koutoura*, *Timperba*, *Yendéré*

disposent chacun d'un CSPS public et *Dangouindougou* dispose d'un cabinet de soins privé. A l'opposé, les villages de *Tiékora*, *Diéfoula* et *Mitiéredougou* ne disposent ni de CSPS, ni de cabinets de soins. Ainsi, la population de ces localités parcourt en moyenne plus de 7 km pour pouvoir avoir accès aux soins. Une telle situation favorise le recours à d'autres options ou moyens de soins. De plus, elle ne favorise pas la prise en charge rapide et le suivi fréquent des patients (85% des enquêtés)

2.1.2. Typologie de l'offre de soins exercés par les structures sanitaires

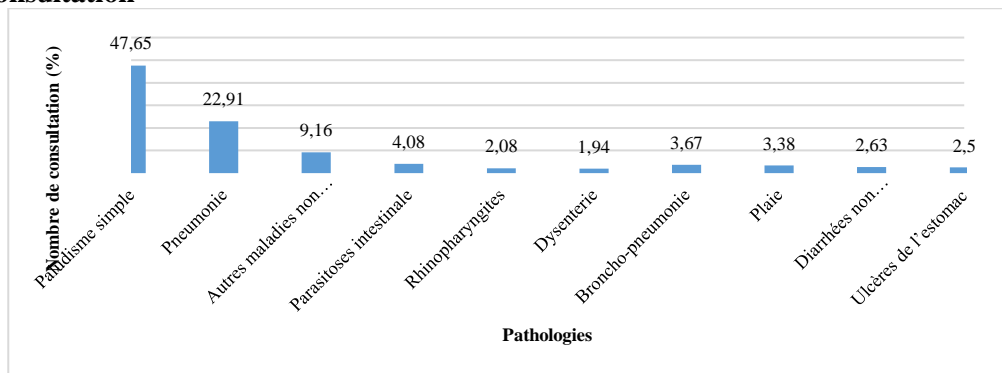
Les soins proposés par l'ensemble des structures sanitaires sont essentiellement du premier niveau. Ces soins sont regroupés en paquet minimum d'activités (PMA). Ce PMA est composé de soins

promotionnels, préventifs, curatifs et des activités de soutiens. Les soins curatifs se traduisent par la prise en charge des nosologies courantes et aiguës. Ils se traduisent par l'administration des comprimés, le placement des perfusions et la petite chirurgie (suture, circoncision).

Pour ce qui concerne les soins préventifs, on retrouve essentiellement les vaccinations. Quant aux soins promotionnels, ils regroupent les activités de sensibilisation sur les questions d'hygiène, de nutrition, de planning familial. Un appui pour la promotion des méthodes contraceptives est assuré par l'ONG Marie Stopes international qui intervient dans la commune.

Au niveau des structures privées de soins, la préférence est donnée soins curatifs.

Graphique n°1 répartition des dix principales pathologies selon le nombre de consultation



Source : Enquêtes de terrain, 2020

Il ressort du graphique n°1, que le paludisme avec 47,65 % du nombre de consultation est de loin l'affection la plus dominante. La prédominance du paludisme pourrait s'expliquer par le fait des conditions climatiques favorables au maintien et au développement de l'anophèle femelle. Il est suivi par la

Néanmoins, lorsque les agents de santé du public sont en arrêt de travail, celles-ci deviennent des centres de référence pour tout type de soins primaire.

2.1.3 Situation sanitaire de la commune urbaine de Niangoloko

Le dépouillement réalisé entre novembre 2019 à octobre 2020 a concerné les rapports mensuels d'activités (RMA) du centre médical, des CSPS des secteurs n°1, n°3, n°5, ceux des villages de Folonzo, Yendéré et les cabinets de soins Bien-être et Shalom. Cela a permis de classer les pathologies en fonction du nombre de consultations. Ainsi, les dix principales pathologies recensées vont dans l'ordre croissant du paludisme aux ulcères de l'estomac comme l'indique le graphique n°1 ci-après.

pneumonie et les maladies non classées avec respectivement 22,91 % et 9,16 % des cas de consultation. Au-delà de ces affections, viennent les parasitoses intestinales, les rhinopharyngites, la dysenterie, les broncho-pneumonies, les plaies, les diarrhées non sanguinolentes et les ulcères de l'estomac.

2.1.4. Etat des lieux des formations sanitaires dans la commune urbaine de Niangoloko

La plupart des formations sanitaires, quoique construites avec des matériaux définitifs, présentent des locaux qui sont

vétustes. Le cas le plus remarquable est celui de la maternité du CSPS de Folonzo. La planche n°1 ci-après présente une partie du mur et du toit de ladite maternité

Planche n°1 : Vue de l'état de la maternité du CSPS de Folonzo

a



b



Cliché: Sawadogo R.P., 2020

Les images ci-dessus montrent un mur fissuré de haut en bas (1b) et un toit où le plafonnage n'existe plus par endroit (1a). Ces fissures au-delà d'être des endroits de refuge des reptiles nuisibles à la santé humaine peuvent entraîner l'effondrement du bâtiment. En plus, de l'état des bâtiments, retenons que l'ensemble des formations sanitaires publiques ne sont pas clôturés exception fait des CSPS des secteurs n°3 et n°5. Cette situation expose les usagers et le personnel de santé à des risques de tout genre : divagation des animaux, nuisances sonores dues à la traversée des cours par les engins, insécurité. Il faut noter que certaines structures sanitaires

notamment celles qui sont situées en milieu rural tels que les CSPS de *Kimini*, *Nofesso*, *Boko* et le cabinet Yahvé Shamma ne sont pas connectés au réseau électrique de la nationale d'électricité (SONABEL). Cette situation complique la prise en charge des patients surtout en période d'hivernage.

Les travaux de terrain permettent de constater un sous équipement de l'ensemble des centres de santé publics en matériaux medicotechniques. A titre illustratif, l'ensemble des formations sanitaires publiques de la commune ne disposent que de 145 lits (Tableau n°1) pour la mise en observation des patients et pour la suite des couches.

Tableau n°1: Répartition des lits dans les formations sanitaires publiques

Formations sanitaires	Lits de mise en observation	Lits de suite de couche
Centre médical	24	08
Secteur 5	06	04
Secteur3/CSPS 1	06	06
Secteur 3/CSPS 2	09	06
Boko	05	05
Folonzo	05	05
Nofesso	05	03
Kimini	05	03
Koutoura	04	04
Ouangolodougou	05	05
Timperba	05	05
Yendéré	07	05
Total	86	59

Source : Enquêtes de terrain, 2020

En outre, la commune ne dispose que de deux ambulances pour les évacuations des patients. Cependant, celles-ci, sont régulièrement en panne compliquant ainsi la prise en charge de certaines urgences.

2.1.5 Disponibilité du personnel soignant

En 2020, la commune dénombrait 117 agents de santé toutes catégories confondues. L'ensemble de ce personnel est reparti dans les formations sanitaires publiques. La répartition de ces agents

selon leurs profils professionnels se présente comme suit (tableau n°2). Ce personnel soignant est assisté par 104 agents de santé à base communautaire (ASBC) et gérants qui exercent dans dépôts pharmaceutiques. Le nombre de personnel soignant, reste malgré tout, insuffisant pour répondre aux besoins sanitaires de la population. Ainsi, la charge théorique de certains personnels de santé n'est pas conforme à la norme consignée par l'OMS

Tableau n°2 : Répartition du personnel médical dans la commune de Niangoloko

Profils professionnels	Nombres	Charges théoriques	Normes	Etats	Ampleurs
Médecin généraliste	04	1/19214	1/10000	Déficit	04
Infirmier	40	1/1922	1/5000	Satisfaisant	00
AIS	30	1/2562	1/1000	Déficit	47
SF/ME	26	1/2956	1/5000	Satisfaisant	00
Accoucheuse	07	1/10980	1/1000	Déficit	70

Source : INSD, 2022 et Enquêtes de terrain, 2020

Les données du tableau n° 2 montrent que la commune urbaine de Niangoloko dispose que de quatre médecins généralistes pour une population totale estimée à 76 855 habitants en 2019 (RGPH, 2019). Comparativement à la norme de l'OMS (1 médecin pour 10 000 habitants), la commune enregistre donc

un déficit de quatre médecins. Quant aux Sages le femmes/Maïeuticiens (SF/ME) et aux accoucheuses, ils sont respectivement au nombre de 37. Suivant toujours la norme de l'OMS qui préconise respectivement 1 SF/ME pour 1000 habitants et 1 accoucheuse pour 1000 habitants, le déficit pour ces deux

catégories est de 47 SF/ME et 70 accoucheuses.

A ce personnel, vient s'ajouter les 13 agents de santé permanents intervenant dans les structures privées. Parmi ceux-ci, il y a : un médecin généraliste, 6 infirmiers, 4 AIS, une sage-femme et un attaché en chirurgie. Ce personnel constitue un apport important à l'offre de soins dans la commune, car ils permettent de pallier un tant soit peu à l'insuffisance du personnel dans la commune.

2.2. L'accessibilité aux soins dans la commune urbaine de Niangoloko

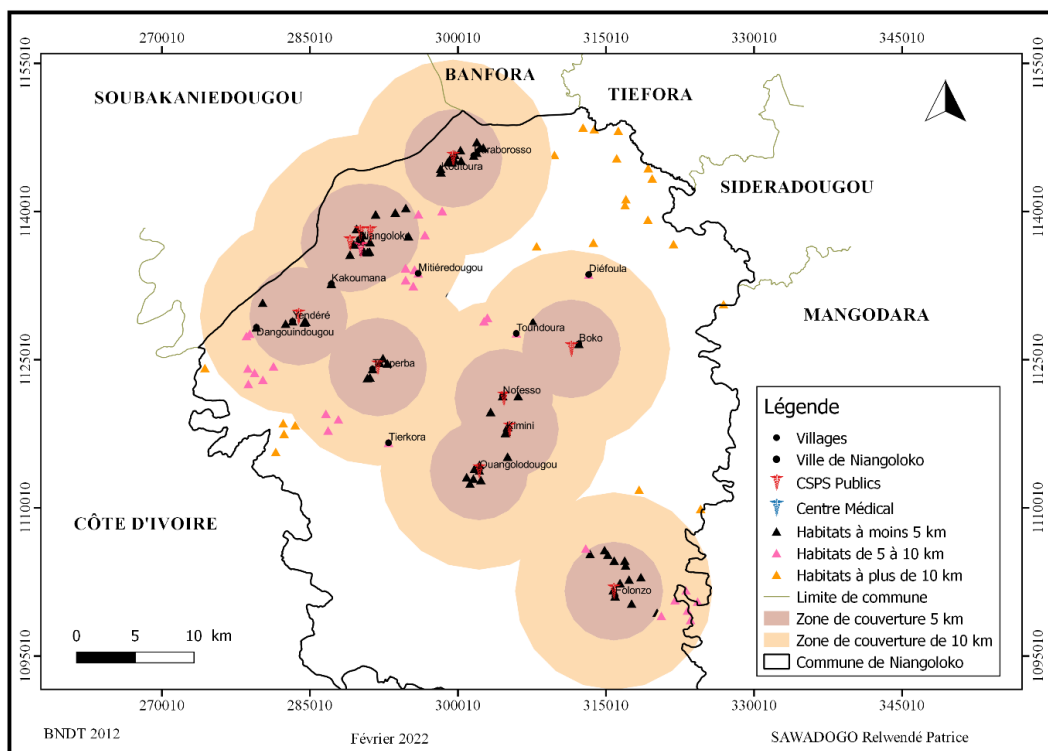
La présente étude s'intéresse à l'accessibilité géographique et économique des centres de santé. Cette précision s'impose du moment où

l'accessibilité peut être analysée à travers la considération des obstacles à l'accès, qu'ils soient d'ordre physique (distance, temps de déplacement), économique (coût du voyage, coût des services) ou socioculturel.

2.2.1 Accessibilité géographique des structures sanitaires

La couverture sanitaire de la commune comparée aux normes de l'OMS montre un léger déficit (carte n° 3). En effet, en 2018, le rayon moyen d'action théorique (RMAT) était de 5,61 km selon le plan communal de développement (2023, p. 48), alors que selon l'OMS, il y a une bonne couverture sanitaire lorsque la population parcourt moins de 5 km pour atteindre le centre de santé le plus proche.

Carte n°3 : couverture spatiale des Centres de santé de la commune de Niangoloko



Une analyse de la carte n°3 montre que les centres de santé sont plus concentrés à *Niangoloko* et dans les villages de *Kimini*, *Ouangolodougou* et *Nofesso*. La majorité de la population résidant dans ces zones parcourent moins de 5 km pour atteindre le centre de santé le plus proche. Cependant, l'essentiel de la population vivante dans les villages situés en dehors ces zones, sont à plus de 5 km d'un centre de santé. C'est le cas des villages de *Diefoula*, *Tierkora*, et *Mitiérédougou* où populations parcourent plus de 10 km pour se soigner.

Le graphique n°2 montre que la majorité de population enquêtée parcourt moins

de 5 km pour se soigner dans le centre de santé le plus proche. Celle-ci représente 82,22 % des personnes enquêtées. A la suite des personnes parcourant moins de 5 km, viennent celles qui résident ente 5 à 10 km d'un centre de santé. Ces personnes représentent 10 % des personnes enquêtées. Enfin, 8% des enquêtés résident au-delà de 10 km d'un centre de santé. Toutes les personnes résidant loin des centres de santé sont régulièrement confrontées aux aléas du réseau routier surtout en période d'hivernage.

Graphique n°2: Distances séparant les enquêtés aux centres



Source : Enquêtes de terrain, 2020

Par ailleurs, le travail de terrain révèle que la motocyclette est le moyen de transport (47,78%) le plus utilisé pour accéder aux centres de soins, suivi de la bicyclette (30,55%). Pour les ménages situés à proximité des centres de santé et dans les villages administratifs rattachés, on constate que la marche à pied est utilisée par 20,55% des enquêtés. L'équipement en moyen de transport comme la motocyclette ou la bicyclette permet de s'affranchir de la distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé. Ainsi, nos résultats indiquent que 61,11% mettent moins de 30 minutes

pour accéder à un centre de santé. Au-delà de l'aspect géographique, le facteur financier est aussi un élément important dans l'analyse de l'accessibilité des formations sanitaires.

2.2.2. Accessibilité financière aux soins sanitaires

Elle renvoie à la capacité du patient à pouvoir prendre en charge les frais de prestations des soins en fonction de sa capacité financière. Les frais de prestation des soins regroupent généralement les coûts de consultation et

de l'achat des produits pharmaceutiques. Au-delà de ces coûts, il y a les dépenses liées aux transports pour se rendre dans les centres de santé. La prise en charge de l'ensemble de ces facteurs peut être hors de portée pour certaines personnes surtout celles qui n'ont pas de revenus stables. Ainsi, 58,89 % des personnes enquêtées trouvent que la faiblesse des revenus constitue un obstacle majeur au recours des soins. La capacité financière est donc un facteur très déterminant dans le choix de littérature thérapeutique des patients. C'est pourquoi certains patients s'adonnent à l'automédication et ne se rendent dans les centres de santé que lorsqu'elles n'ont pas d'autres alternatives.

3. DISCUSSION

La présente étude a permis d'évaluer la répartition spatiale des formations sanitaires et d'analyser le niveau de l'offre de soins et son accessibilité dans la commune de *Niangoloko*. Les résultats obtenus révèlent que la commune dispose de formations sanitaires relevant du secteur public et du secteur privé. Les centres de santé publique qui sont les plus nombreux sont inégalement répartis entraînant des disparités spatiales de couverture sanitaire, opposant du même coup le milieu rural au milieu urbain. A l'image des formations sanitaires publiques, la quasi-totalité des structures de soins privées sont localisées en milieu urbain. L'analyse de la distribution spatiale des formations sanitaires montre que les besoins en soins n'ont pas été forcément pris en compte dans l'implantation des centres de santé. La situation décrite témoigne une inégale répartition des formations sanitaires dans la commune. Ces résultats se rapprochent

à ceux de M. Ymba et K. P. Anoh, (2015, p.103). L. Diaz Olvera, D. Plat, P. Pochet, (2013, p.2), dans leurs travaux à Conakry et à Douala sont parvenus aux mêmes résultats. Aussi, M. L. Doumbouya, (2008, p.7) a fait le même constat dans son étude sur la Guinée.

Dans la commune urbaine de Niangoloko, le profil épidémiologique montre une dominance du paludisme. Il représente 47,65 % du nombre de consultation. Après le paludisme viennent respectivement les pneumonies, les maladies non classées et les parasitoses. Ces résultats corroborent les données du Ministère de la santé, (2019, p.42). Pour faire face à ces différentes pathologies et d'une manière générale aux besoins de soins de la population, la commune devrait avoir un système sanitaire performant. Cependant, nos enquêtes de terrain ont révélé que le système sanitaire reste confronté un certain nombre de difficultés, notamment le sous équipement des plateaux techniques, l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines, l'exigüité et la vétusté des infrastructures sanitaires. Ces résultats rejoignent ceux de M. Ymba, (2018, p. 242) obtenues dans son étude réalisée en Côte-d'Ivoire. En plus, la commune ne dispose toujours pas de centre de soins de deuxième ni de troisième niveau permettant la prise en charge des patients souffrant de pathologies nécessitant une intervention chirurgicale. Ces résultats corroborent ceux de T. H. Azonhe, (2019, pp.324-325) dans son étude sur la commune Zogbodomey au Bénin et ceux R. Medah, (2008, p.8) dans la commune de Réo. Ne disposant pas de centre de soins de référence, l'ensemble des soins dispensés par les centres de santé dans la commune

sont regroupés dans un paquet minimum d'activité répartie en soins curatifs, préventifs et promotionnels. W. Bapolisi Ansima., (2016, p.19) dans son étude entre la zone rurale de Walungu et celle de Katana au Sud-Kivu est parvenu aussi aux mêmes conclusions.

L'absence de centres de référence contraint alors l'ensemble de la population de la commune à parcourir des dizaines de kilomètre pour obtenir des soins des spécialisés. Cet état de fait conduit à un exode médical qui reste entravé par la dégradation des voies de transport et par un nombre insuffisant d'ambulance pour les évacuations. Aussi, le manque d'officine pharmaceutique en milieu rural oblige la population qui y réside à parcourir des dizaines de kilomètre afin de disposer de certains produits pharmaceutiques. Ces résultats sont conformes à ceux de M. Mabula Mozy, (2016, p.19) dans son étude sur Gombe-Matadi, province du Kongo central. M. Audibert et E. De Roodenbeke, (2005, p. 97) est aussi parvenues aux mêmes conclusions au Mali.

Les dépenses engendrées par ces longues distances auquel s'ajoutent les frais de consultation et surtout la dépense liée aux ordonnances médicales font que les formations sanitaires restent inaccessibles à la majeure partie de la population surtout celle qui sont diminuées. Pour ces personnes le manque de moyen est un facteur très déterminant dans le choix de littéraire thérapeutique. Il constitue une des principales raisons de l'inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix à d'autres types de soins. Ces résultats sont identiques à ceux de (B. Kabore, R. Some et L. Pare, (2002, p.64)

dans leurs travaux sur le Burkina Faso. Ces résultats sont également conformes aux résultats obtenus par T.H. Azonhe, (2019, p. 320) à Zogbodomey et R. Jean-Luc, (2001, p.116) à Ouessè au Bénin.

CONCLUSION

L'analyse de l'offre soins montre que la commune dispose de dix-sept (17) formations sanitaires reparties entre le secteur public et celui du privé. Toutefois, celles-ci sont inégalement réparties entre la zone urbaine et celle qui est rurale. Le noyau urbain concentre à elle seule plus de la moitié des centres de soins toutes catégories confondues. L'ensemble des formations sanitaires publiques offre un paquet minimum d'activité constituée de soins curatifs, de soins préventifs et de soins promotionnels. Quant aux structures de soins privés, elles se contentent que sur les soins curatifs. Le manque de centre de santé de deuxième ou de troisième niveau dans la commune amène l'ensemble de la population à parcourir de très longue distance pour obtenir des soins spécialisés. La diversité des soins proposés ainsi que de leurs qualités fait que les centres de santé sont bien fréquentés par les résidents et surtout par les patients provenant des communes voisines et de la République de la Côte d'Ivoire. Cependant, pour des raisons d'ordre naturel, financier, et socioculturel, certaines formations sanitaires restent inaccessibles pour une frange de la population.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

AUDIBERT Martine et DE
ROODENBEKE Eric, 2005, Utilisation
des services de santé de premier niveau
au Mali : Analyse de la situation et
perspectives, Document de travail,
Département du développement humain
du Mali, Région Afrique, 106 p.

AZONHE Thierry Hervé, 2019, «
Disparité spatiales des infrastructures de
santé et accès aux soins dans la commune
de Zogbodomey au Benin », Rev. Ivoir.
Sci. Technol., 34 (2019), p. 311 - 327.

BAPOLISI ANSIMA Wyvine, 2016,
Déterminants de l'utilisation des
structures des soins et appréciation par
rapport aux services offerts dans les
centres de santé : étude comparative entre
la zone rurale de Walungu et celle de
Katana au Sud-Kivu, rapport de
mémoire, Université catholique de
Bukavu, République Démocratique de
Congo, 29 p.

DIAZ OLVERA Lourde, PLAT Didier et
POCHET Pascal, 2013, « Se déplacer
pour se soigner. Pratiques et obstacles à
Conakry et Douala », Cahiers de
Géographie du Québec, Vol. 55, n°156,
p. 555-573.

DOUMBOUYA Mohamed Lamine,
2008, « L'Accessibilité des services de
santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la
Guinée », Laboratoire d'économie de la
firme et des institutions, working paper
n° 2008-2, p.1-16

MINISTERE DE L'ECONOMIE DES
FINANCES ET DU

DEVELOPPEMENT, 2019, Tableau de
bord social, Rapport de l'institut national
de la statistique et de la démographie
ministère de l'économie des finances et
du développement, Burkina Faso, p. 309

MINISTERE DE L'ECONOMIE DES
FINANCES ET DU PLAN, 2022,
Cinquième Recensement général de la
population et de l'habitat du Burkina
Faso, 2019, Institut national de la
statistique et de la démographie, Burkina
Faso, p.133