



HAL
open science

Systeme de soins publics et organisation territoriale. Approche de l'espace burkinabè

Aude Meunier

► **To cite this version:**

Aude Meunier. Systeme de soins publics et organisation territoriale. Approche de l'espace burkinabè. Géographie. Université de Rouen, 1998. Français. NNT : . tel-00835312

HAL Id: tel-00835312

<https://theses.hal.science/tel-00835312>

Submitted on 18 Jun 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN
U.F.R. de Lettres
Département de Géographie
L.É.D.R.A.

**SYSTEME DE SOINS PUBLICS
ET ORGANISATION TERRITORIALE
APPROCHE DE L'ESPACE BURKINABE**

MEUNIER Aude

Thèse de Doctorat soutenue en septembre 1998
en présence du jury composé de Messieurs :

ARNAUD J.C., Professeur
HERVOUET J.P., Directeur de recherche ORSTOM
SALEM G., Professeur
COSAERT P., Professeur
VAGUET A., Maître de conférence

sous la direction de
Monsieur le Professeur Jean-Claude Arnaud

UNIVERSITE DE ROUEN
U.F.R. de Lettres
Département de Géographie
L.E.D.R.A.

**SYSTEME DE SOINS PUBLICS
ET ORGANISATION TERRITORIALE
APPROCHE DE L'ESPACE BURKINABE**

MEUNIER Aude

Thèse de Doctorat soutenue en septembre 1998
en présence du jury composé de Messieurs :

ARNAUD J.C., Professeur
HERVOUET J.P., Directeur de recherche ORSTOM
SALEM G., Professeur
COSAERT P., Professeur
VAGUET A., Maître de conférence

sous la direction de
Monsieur le Professeur Jean-Claude Arnaud

SOMMAIRE

| | |
|--|-----|
| INTRODUCTION GENERALE | 7 |
| PREMIERE PARTIE- ORGANISATION TERRITORIALE DU BURKINA FASO | |
| SANTE ET SYSTEME DE SOINS | 16 |
| Chapitre I - L'offre de soins reflet des logiques spaciales des pouvoirs succesifs .. | 19 |
| Chapitre II - Emergence de nouveaux pôles et multiplication des équipements sanitaires de 1919 à 1959 | 46 |
| Chapitre III - Dynamique de la population et médecine de l'indépendance | 85 |
| DEUXIEME PARTIE - L'OFFRE DE SOINS DANS LE SUD-OUEST | |
| LA PROVINCE DU HOUET - UN EXEMPLE D'ORGANISATION DU RESEAU SANITAIRE | 157 |
| Chapitre I - Densités, dynamisme démographique et équipement sanitaire | 160 |
| Chapitre II - Occupation de l'espace et risques sanitaires | 206 |
| Chapitre III - Offre de soins et territoire | 249 |
| TROISIEME PARTIE - "LE PARADOXE SANITAIRE" | 289 |
| Chapitre I - Le recours aux soins publics et les critères d'évaluation | 291 |
| Chapitre II - L'impact des activités économiques sur la fréquentation | 343 |
| Chapitre III - L'absence d'une structure de soins synonyme d'enclavement | 373 |
| Chapitre IV - Les structures de soins de l'espace urbain : une attraction limitée | 396 |

LISTE DES ABREVIATIONS

SDAU : Schéma de Développement et d'Aménagement Urbain

PSP : Poste de Santé Primaire

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

DPS : Direction Provinciale de la Santé

CM : Centre Médical

HN : Hôpital National

AA : Accoucheuse Auxiliaire

AIS : Agent Itinérant de Santé

IB : Initiative de Bamako

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ASC. : Agent de Santé Communautaire

CDR : Comité de la Révolution

HR : Hôpital Régional

projet H.C.K. : projet Houet-Comoé-Kéné Dougou

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

ORSTOM :

GV : Groupement Villageois

MEG : Médicaments Essentiels Génériques

AVANT-PROPOS

Le thème de notre recherche portant sur l'offre de soins publics et leur intégration dans le système de soins adoptés par les populations au Burkina Faso, nous a été proposé par Monsieur Jean-Pierre Hervouët, à la fin de l'année 1992. Dans le contexte de désaffectation des structures de soins au Burkina Faso, des recherches avaient déjà été entamées par des étudiants de maîtrise pour répondre aux interrogations des autorités sanitaires. C'est dans ce cadre que l'étude des services de l'Hôpital National de Bobo-Dioulasso nous a été soumise, nos travaux ont débuté en 1993 avec l'étude du service chirurgie. Ce premier séjour a été suivi de deux autres d'environ sept mois, en 1994 et 1995, où nous nous sommes intéressés au réseau sanitaire de la province du Houet. Le choix des provinces du Houet, de la Comoé et du KénéDougou est lié à la présence de l'antenne ORSTOM de Bobo-Dioulasso et d'un projet "HCK", financé par la coopération française, qui participe à l'élaboration du système de santé. Nous avons donc bénéficié de moyens techniques, logistiques, et financiers alloués par l'ORSTOM, grâce à l'appui de Monsieur Jean-Pierre Hervouët.

ET REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à Monsieur le professeur Jean-Claude Arnaud qui a pris la direction de cette thèse, pour le soutien qu'il m'a témoigné tout au long de ce travail.

Ainsi qu'à Monsieur Jean-Pierre Hervouët, directeur de recherches à l'ORSTOM, qui m'a accueilli dans son programme "environnement et santé" au Burkina Faso. Il m'a fait partager son expérience et découvrir le sud-ouest du Burkina Faso.

Mais aussi à Monsieur Alain Vaguet, maître de conférence, pour ses encouragements, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie Messieurs les professeurs Gérard Salem et Patrice Cosaert pour avoir accepté de participer au jury de soutenance.

Ma profonde gratitude va à Monsieur Eric Leclerc, maître de conférence, pour sa patience et sa grande disponibilité.

Merci à Monsieur le professeur Denis Retailé pour m'avoir accordé de son temps et de ses conseils.

Mes pensées vont également vers les villageois burkinabè qui m'ont offert de leur temps et plus particulièrement Dambo Bambio, mon logeur à Kiéré et mon enquêteur Adama Kombelemsigri, sans oublier l'équipe des stagiaires de la case ORSTOM, Damien, Renaud, Isabelle, Djimadoum, Stéphane, plus Myriam Roger-Petitjean et François ainsi que Florence, avec lesquels j'ai passé de bons moments. Enfin, merci à tous ceux qui ont concouru de près ou de loin à la conclusion de ce travail : Claire, Sylvie, Mathilde Moradell et une mention spéciale "aux Parisiens" pour leur aide précieuse.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Burkina Faso est un petit pays enclavé de l'Afrique de l'ouest, son nom est peu évocateur pour le grand public parce qu'il est peu touristique, en revanche il est plus connu des organismes internationaux, car il est l'un des plus aidés par les ONG notamment en matière de santé. Malgré les indicateurs qui le placent parmi les pays les plus pauvres du monde, le Burkina Faso fait le pari aujourd'hui de se placer au cœur des événements en accueillant les sièges d'organismes internationaux comme l'UEMOA (Union Economique et Monétaire Ouest Africaine) ou les manifestations comme la CAN (Coupe d'Afrique des Nations).

La position géographique du pays entre 10 et 15° de latitude nord, 5° de longitude ouest et 2° de longitude est, le situe à cheval sur deux domaines climatiques, soudanien et sahélien, mais la forme du territoire explique que le pays soit plus souvent associé au Sahel puisque l'essentiel du Burkina Faso se situe sous climat tropical sec. Cette situation et le faible développement du secteur industriel offrent peu d'atouts aux populations qui vivent plus ou moins bien de leur production agricole. La médiocrité des récoltes incite les populations densément établies au centre du pays, à migrer vers les plantations de Côte d'Ivoire. Le Burkina Faso n'a pas développé une industrie susceptible de le faire progresser au sein de la hiérarchie économique internationale. D'ailleurs *Jeune Afrique* insistait récemment sur la situation économique critique "*si le Burkina peut se prévaloir de faire partie du peloton de tête des pays africains les plus engagés dans le développement social et la lutte pour la protection de l'environnement, près de la moitié de la population vit toujours en dessous du seuil absolu de pauvreté*"¹.

A l'intérieur de cet espace le sud-ouest est devenu peu à peu une région d'immigration des populations du centre du pays. Les faibles densités démographiques et les conditions climatiques, favorables aux activités agricoles, ont permis l'installation de familles en perpétuel mouvement, peut être parce que leurs pratiques agricoles ne leur permettent pas de se maintenir durablement sur des sols et d'en tirer des revenus constants. Il y a donc des disparités naturelles qui expliquent que les populations ne sont pas toutes égales devant les problèmes de santé (revenus, productions, milieu naturel ont des conséquences différentes selon les lieux, sur l'état nutritionnel, les pathologies...).

¹ Jeune Afrique, n°1926, déc 1997, p 69

Bien que la présentation du cadre de cette étude puisse faire songer aux règles des monographies les plus classiques, c'est en suivant une approche géographique plus contemporaine que nous avons construit notre sujet. La géographie de la santé est une branche relativement récente de la géographie si on la considère du point de vue des concepts, des méthodes d'analyse. M. Sorre est généralement considéré comme le précurseur de cette discipline dans les années 1940, mais son ouvrage "les fondements biologiques de la géographie humaine"² sur les complexes pathogènes date de plus longtemps puisqu'il est paru en 1928.

Les grands principes de la géographie classique sont basés sur des monographies régionales descriptives axées sur les spécificités du territoire "*la priorité était accordée à la collecte empirique du plus grand nombre de données, sans que cette quête fût orientée par une problématique précise et fondée sur quelques hypothèses clairement formulées*"³. "*Progressivement, après la dernière guerre, c'est une géographie générale de plus en plus sectorisée et séparative qui s'est imposée, afin de mieux suivre les différentes spécialisations des autres sciences*"⁴. En même temps, l'analyse de la société est privilégiée et les questions sociales sont désormais abordées : on considère que l'homme agit sur le milieu qui l'entoure et de là naît la géographie médicale dont M. Sorre a défini les priorités en mettant en évidence les complexes pathogènes. La géographie devient science sociale, elle n'est plus uniquement descriptive à l'image de la géographie classique mais se donne pour objet l'espace et cherche à en comprendre le fonctionnement. Pendant longtemps la géographie de la santé s'est cantonnée à l'étude des pathologies, à leurs conditions de développement et à leurs conséquences sur les activités humaines. Mais la santé des populations passe également par la capacité d'un Etat à les soigner, et l'offre de soins fait l'objet d'une attention particulière depuis environ deux décennies.

Espace et société sont intimement mêlés pour comprendre les mutations du monde. En tant que science sociale la géographie de la santé s'inscrit dans cette nouvelle orientation de la géographie générale. La géographie des maladies est à l'origine de nombreux écrits sur les répartitions spatiales des pathologies et de la mise en évidence de corrélation entre maladies et milieu en liant les phénomènes physiques et sociaux. Mais la définition des zones à risques n'est pas un gage d'immunité pour la population et l'on ne peut pas ignorer que l'espace social peut être à l'origine de pathologies difficiles à éviter ou pas toujours identifiées à temps. Une autre démarche a pris forme alors, celle de la géographie des soins, elle s'attache à l'analyse de l'offre de soins et des systèmes de santé, c'est cette démarche que nous avons suivie dans ce travail.

² 1943, Paris

³ Marconis (R), 1996, Introduction à la géographie", p 110

⁴ ibidem, p 114

Le développement de cette branche de la géographie n'est pas uniquement lié à l'évolution de la discipline, il dépend également de la place que la santé va prendre progressivement au cours des années 1950-1960 dans l'évaluation du niveau de développement des pays. H. Picheral⁵ insiste d'ailleurs sur le rôle du préambule de la constitution de l'OMS⁶ dans ce phénomène.

Au Burkina Faso, depuis les années 1970, les systèmes de soins modernes, mieux organisés que ceux dont les populations disposaient depuis les années 1910-1920, ont été imposés par des organismes internationaux. Attribuer le terme de "système de soins" à l'organisation qui prévalait au début du siècle est d'ailleurs un peu excessif. H. Picheral le définit comme *"l'organisation et (les) caractères de la distribution des soins d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial. (Il) sous-entend les notions de justice sociale, de financement, de desserte médicale, d'accès et de recours aux soins"*. Les soins de type moderne, apparus avec l'arrivée des militaires européens et développés avec l'établissement des administrateurs français dans la colonie de Haute-Volta, intégraient quelques-unes de ces notions mais de façon à satisfaire avant tout les besoins de la communauté blanche. Ainsi, la colonisation a-t-elle indirectement influencé l'implantation des établissements et les types de soins accordés.

L'Indépendance et l'insertion de l'Etat burkinabè au sein d'une hiérarchie mondiale, ont fait de la santé un critère de développement majeur d'où les efforts mis en oeuvre sous l'impulsion des organisations internationales comme l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, pour tenter d'améliorer l'état de santé des populations. Ainsi, les options suivies sont caractéristiques des systèmes sanitaires adoptés par les pays africains pour satisfaire aux normes internationales.

Les structures de soins sont de différents types au Burkina Faso et sont représentées sous forme pyramidale dont chaque niveau exerce une compétence sur une portion bien définie du territoire. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la base de la hiérarchie représentée par les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), parfois désignés dans le texte de façon restrictive sous le terme de dispensaire. En effet, le CSPS est composé d'un dispensaire et d'une maternité, laquelle est peu utilisée. Le système curatif a fait l'objet de toute notre attention à travers les registres de consultations étudiés. Les maladies et l'état de santé des populations ne sont pas le but principal de notre recherche -les informations dans ce domaine sont d'ailleurs très incertaines- ; l'objet de notre travail concerne l'offre de soins, envisagée sous la forme d'une analyse du mode d'insertion des établissements de soins modernes dans l'organisation de l'espace, mais aussi de leur adoption et de leur place dans l'itinéraire thérapeutique des Burkinabè.

⁵ Picheral (H), *l'espace géographique*, p 163

⁶ En 1946 il est dit "la santé est un état de bien-être complet, physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité"

La préférence accordée aux CSPTS est liée à leur position dans la hiérarchie sanitaire et à leur localisation. Etablissements de soins de base, ils sont présents dans les villes comme dans les campagnes et dans le cadre du rapprochement des soins et des populations, ce sont les établissements les plus proches des populations en milieu rural.

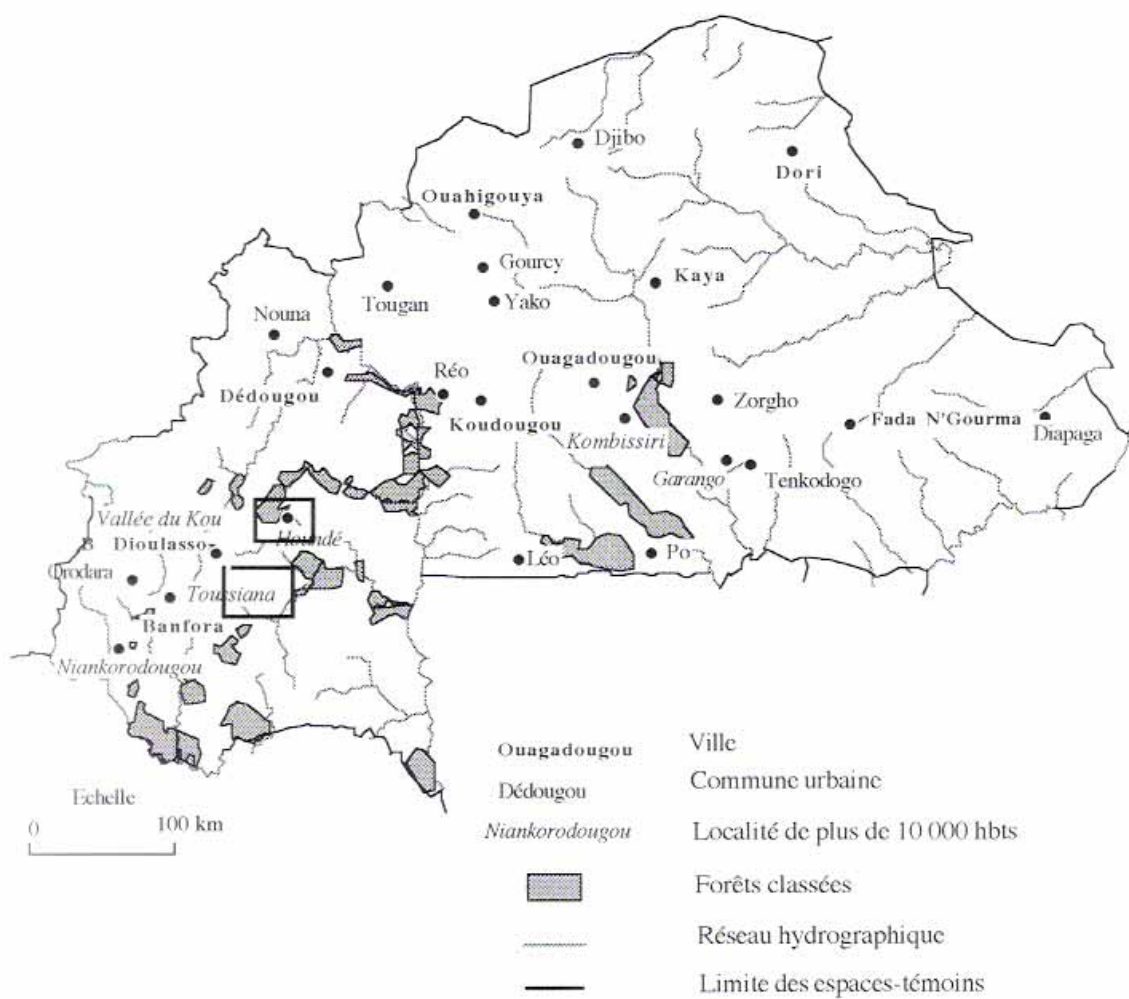
S'inscrivant dans un programme de recherche axé sur le fonctionnement des structures de soins dirigé par l'ORSTOM à Bobo-Dioulasso, notre cadre de recherche limité au sud-ouest du Burkina Faso nous a été imposé par le cadre d'action de l'ORSTOM et des études déjà engagées. Tout au long de notre analyse, la province a été la limite spatiale de notre étude. Elle est, en effet, l'unité d'application de la politique sanitaire, et cette échelle ne peut être ignorée au risque de faire l'impasse sur la représentation et l'organisation de l'espace par l'Etat. Dans la province du Houet on peut observer les différents comportements des Burkinabè face aux établissements de soins modernes. L'échelle provinciale permet également de cerner les stratégies adoptées par les populations proches de la ville, puisque le Houet accueille Bobo-Dioulasso, le deuxième centre urbain du pays.

Le sud-ouest présente l'image d'un espace privilégié mais peu exploité. Le réseau hydrographique offre au sud-ouest l'image contrastée d'une végétation de savane jaunie par le soleil, où tranche le vert des aménagements hydroagricoles réalisés après mais également avant la maîtrise des endémies qui sévissent le long des cours d'eau, donc indépendamment de la lutte. Le couvert végétal naturel a fait place en certains lieux aux cultures fruitières, à la riziculture ou aux plantations de canne à sucre. Dans le paysage naturel, il y a encore quelques années, l'homme apparaissait peu, mais les décennies ont modifié cette impression et déjà le recensement de 1985 mettait en évidence l'évolution du peuplement. Désormais l'habitat se densifie de façon spectaculaire le long de l'axe formé par le Mouhoun, autrefois inoccupé. L'originalité du sud-ouest est issue de populations très différentes, de leurs pratiques agricoles non moins variées et d'un flux migratoire intense depuis plus de deux décennies. Mais la multiplicité ethnique, pas plus que le milieu naturel très exploité, ne pouvaient offrir de limite stricte à notre étude. Compte tenu de la place du découpage administratif dans la politique de santé nationale, le choix de l'espace étudié s'est limité à la province. Toutefois, lorsque les données recueillies par d'autres étudiants sont disponibles, l'analyse s'étend parfois à un plus vaste ensemble les limites administratives ne sont pas synonymes de rupture d'un phénomène.

Cette étude tente d'appréhender les aspects qualitatifs du fonctionnement et de l'utilisation des structures de soins, et les aspects quantitatifs tirés d'enquêtes réalisées auprès des CSPTS du Houet. En matière de statistiques le Burkina Faso fait des efforts : à l'échelle provinciale des données quantitatives sur la fréquentation des CSPTS sont disponibles, malheureusement ces sources ne sont pas toujours fiables. C'est pourquoi nous avons préféré enquêter auprès de chacun

Figure 1

LOCALISATION DES ESPACES-TEMOINS



Réalisation : A. Meunier - LEDRA Université Rouen

des 39 CSPS du Houet pour fonder notre réflexion sur l'utilisation des structures de soins modernes par les Burkinabè.

La variété des fréquentations des structures de soins dans la province nous a incité à retenir des espaces présentant des situations différentes, et avant tout, nous avons retenu l'éloignement de la ville de Bobo-Dioulasso. D'autres critères sont également intervenus comme le type de société ou d'activités pratiquées, la présence ou non à proximité d'une structure de soins. Deux espaces-témoins ont été retenus (figure 1) :

- dans le nord-est de la province, le village-CSPS de Kiééré et les villages de son aire de responsabilité, à 15 km du Centre Médical de Houndé et 120 km de Bobo-Dioulasso, en pays bwa où la culture commerciale du coton est pratiquée,

- dans la plaine, au sud, qui s'étend au pied de la falaise de Banfora, les populations des villages retenus, Gnafongo, Moussobadougou, Margabasso, dépendent du CSPS de Péné établi à une cinquantaine de kilomètres au sud-est de Bobo-Dioulasso. C'est un espace enclavé où le commerce est peu développé, où la population pratique une culture extensive sur brûlis.

Notre intention n'est pas de proposer des monographies de villages, mais en nous appuyant sur les nombreuses études⁷ réalisées sur le sud-ouest du Burkina Faso, relatives aux activités des populations, nous allons tenter d'éclairer les connaissances de la "région" à travers l'étude de la répartition de la population autochtone mais aussi allochtone. Les choix des espaces-témoins veulent avant tout illustrer la question de l'enclavement souvent jugé défavorable à l'implantation d'équipements sanitaires. Ces choix opposent un espace faiblement peuplé mais dynamique d'un point de vue économique, à un espace faiblement peuplé, physiquement enclavé mais proche de la ville.

Pour appréhender l'évolution de la fréquentation nous nous sommes appuyés sur des enquêtes réalisées pour l'année 1989 dans la province du Houet, comparées aux informations que nous avons recueillies pour l'année 1992. Nous étendrons nos observations aux provinces de la Comoé et du Kéné Dougou à travers certains thèmes, abordés de façon à identifier des phénomènes répandus. De même l'étude de la fréquentation à l'échelle des villages a entraîné l'élargissement de notre zone d'étude aux espaces et CSPS limitrophes au Houet.

⁷ Ouattara (N), 1988, "L'évolution des activités agricoles dans les zones ouest du Burkina Faso. La confrontation des espaces ruraux avec des sollicitations nationales concurrentes. L'exemple des Hauts-Bassins"

Hartog (T), 1980, "Modes d'occupation de l'espace et différenciations régionales dans l'ouest voltaïque"

Belem (PC), 1985, "Coton et système de production dans l'ouest du Burkina Faso"

Les enquêtes dans les villages et hameaux de culture⁸ ont débuté par un recensement de la population, étape nécessaire à l'évaluation de la masse démographique. Nos recherches ont été réalisées pour l'année 1992, sept ans après le dernier recensement démographique exhaustif ; compte tenu d'un taux de croissance élevé de la population dans le Houet, 4% par an, et faute de données récentes, l'évaluation des taux de fréquentation par village reste très aléatoire. Ce recensement constitue, en outre, une première approche pour des enquêtes ultérieures plus précises sur la santé ; un thème sur lequel les Burkinabè restent très prudents quant à leurs réponses. Malgré tout, celles-ci nous ont permis d'identifier les personnes les plus ouvertes et de réaliser un échantillon d'enquêtes sans distinction de sexe, d'âge et de catégorie socioprofessionnelle. Toutefois si les informations obtenues permettent d'élargir nos connaissances sur les pratiques thérapeutiques des populations, sur les choix des lieux de soins, elles ne peuvent être généralisées tant elles dépendent de l'environnement familial, social, de la perception des maladies, de la situation financière de la famille du malade ...

Des recherches qualitatives sont venues compléter les informations chiffrées dont nous disposions sur le Houet, elles nous ont fait défaut pour le Kénédougou et la Comoé lors du dépouillement de la fréquentation des CSPS.

Enfin les rapports entre le milieu rural et la ville sont étudiés d'un point de vue sanitaire, au travers de l'Hôpital National, la plus importante structure de soins publique. Les enquêtes menées à l'hôpital présentent plusieurs limites, d'une part elles concernent uniquement les personnes hospitalisées, il est donc impossible de connaître le profil des personnes qui utilisent les services de consultation, d'autre part, les enquêtes limitées dans le temps correspondent avant tout à un instantané de quelques services pour lesquels il a été impossible d'évaluer la représentativité, faute de collaboration avec le personnel hospitalier. Malgré tout, les patients offrent une image du suivi d'un système sanitaire imposé aux populations. L'arrivée à l'Hôpital National est souvent l'aboutissement d'un long itinéraire thérapeutique.

L'organisation spatiale actuelle est le résultat d'une évolution dans le temps, pour la comprendre il nous a semblé important de relater la chronologie et de l'utiliser comme fil conducteur au cours de la première partie pour aboutir à la situation actuelle que nous analyserons dans la deuxième et la troisième partie. Le temps est une notion indispensable à la compréhension des mécanismes qui ont présidé à la mise en valeur de certains espaces pendant que d'autres étaient ignorés. Aujourd'hui, l'organisation spatiale dans le Houet et la distribution des établissements de

⁸ Le terme de village reprend la définition suivie par l'INSD, quant au hameau de culture, nous entendons par ce terme un habitat très dispersé qui se résume à la cour où vit une famille plus ou moins élargie. Dans l'espace étudié, c'est-à-dire le sud, les habitations ne bougent pas, les cultures sont déplacées autour du lieu d'habitation. Ces hameaux de culture sont le plus souvent habités en permanence pour la plus grande majorité des populations de la plaine

soins se justifient en partie par l'importance des lieux dans le passé. Reconnaître le temps comme élément d'explication de l'organisation de l'espace c'est mettre en évidence les phénomènes de continuité ou de discontinuité vécus par les sociétés burkinabè.

Le plan s'ordonne autour de trois parties. Dans une première partie l'évolution du réseau hospitalier est étudiée depuis la colonisation jusqu'à l'Indépendance. Partant du constat que les structures de soins publiques sont principalement destinées à la santé des "Blancs", une analyse de la répartition des établissements de santé est réalisée. A la faiblesse de l'équipement est associée la situation périphérique du territoire voltaïque pendant la colonisation au sein des possessions françaises. La valorisation de ce peuplement pour des colonies limitrophes est étudiée afin d'expliquer la situation sanitaire catastrophique qu'a connue la colonie de Haute-Volta au cours de la période coloniale. L'héritage du passé oriente et explique, en grande partie, la localisation des structures de soins spécialisées à l'échelle du pays.

La deuxième partie traite de l'offre de soins à grande échelle, celle de la province du Houet. Elle aborde les mécanismes qui ont présidé à son schéma actuel et son rôle dans l'organisation de l'espace, à ce schéma est opposée l'utilisation de l'espace par les populations. L'analyse s'attache à quelques cas particuliers, précédemment évoqués dans les espaces-témoins, qui rendent compte de la complexité des situations observées. L'isolement et l'éloignement des populations des centres de soins spécialisés ont été choisis pour désigner les villages à étudier, afin d'illustrer les difficultés d'application d'un système sanitaire issu de pays occidentaux où les déplacements et les moyens de circuler sont plus facilement disponibles qu'en Afrique. A cela vient s'ajouter la médiocrité des équipements.

La troisième partie traite de la fréquentation des CSPS à différentes échelles et à travers des études de cas, choisies afin de montrer la diversité des situations au sein d'un petit espace. Nous essaierons d'évaluer l'adoption par les Burkinabè du système de santé moderne et de comprendre la place que celui-ci tient dans l'itinéraire thérapeutique des malades. L'étude de Hôpital National, à travers différents services d'hospitalisation, termine cette partie.

"Depuis dix ans, depuis 1987, le Burkina bouge. La construction institutionnelle, les réformes libérales de l'économie, l'intégration régionale transforment petit à petit la physionomie

*du pays des hommes intègres. Cette nation sahélienne, repliée sur elle-même, s'ouvre à la compétition internationale*⁹. La politique actuelle se tourne vers le développement social afin de permettre au Burkina Faso d'évoluer ; et le secteur de la santé, parce qu'il s'intéresse aux populations, fait partie intégrante de la politique amorcée depuis les élections présidentielles de 1991 qui ont donné une légitimité à B. Compaoré.

La santé au Burkina Faso est un thème de plus en plus abordé par différentes disciplines (médecine, sociologie, économie, droit, géographie)¹⁰. Ce mouvement reflète l'intérêt grandissant pour la situation sanitaire peu enviable des populations. Cette thèse de géographie vise à mettre en évidence les facteurs intervenant dans la localisation des structures de soins, mais également le rôle de celles-ci dans l'organisation de l'espace. Il ne s'agit pas d'analyser les seules ressources matérielles, mais de comprendre les rapports spatiaux existants entre la population et l'offre de soins alors que la majorité des populations africaines est soumise aux praticiens traditionnels.

⁹ Jeune Afrique, n° 1926, déc 1997, p 65

¹⁰ Les thèses soutenues en France sur le thème de la santé, dont le Burkina Faso est le cadre d'étude, se sont multipliées au cours des dernières années

PREMIERE PARTIE

ORGANISATION TERRITORIALE DU BURKINA FASO

SANTE ET SYSTEME DE SOINS

"Cette partie de l'Afrique comprise entre le désert au nord et la grande forêt au sud, contrée de savane herbeuse et de bosquets clairs, traversée de quelques rivières permanentes où gîtent les avides tsé-tsé qui transportent d'un vol zigzaguant le trypanosome du malade à l'homme encore indemne."

*L. Lapeysonnie
Toubib des tropiques, 1982, p 93*

Adopter une démarche basée sur la chronologie des événements permet de mettre en évidence l'existence des structures de soins modernes et leur évolution spatiale et temporelle. Au fil de nos recherches, le temps et les événements qui en découlent nous sont apparus comme un lien qui sous-tend toutes les étapes de la construction du Burkina Faso et oriente le système sanitaire. Comme beaucoup de pays africains le Burkina Faso a fait partie des conquêtes coloniales françaises. La colonisation a certes modifié profondément les territoires soumis à son autorité mais dans le cas du "pays des hommes intègres", une certaine continuité dans l'importance des lieux est observée avec la situation précoloniale. A travers le développement de la réalité précoloniale il s'agit de replacer le sud-ouest, qui forme le cadre de nos recherches, par rapport à l'ensemble du pays.

A leur arrivée les militaires français suivent les repères historiques laissés par les explorateurs et orientent leur implantation vers des espaces perçus comme plus facilement contrôlables. Les motivations économiques des administrateurs privilégient les espaces capables de satisfaire une exploitation agricole intensive. Deux points de vue qui contribuent à mettre principalement en valeur un espace particulier du Burkina Faso, circonscrit à l'aire d'extension de l'ethnie mossi, au centre du pays. Résumer le Burkina Faso au pays mossi pourrait paraître à la fois restrictif et excessif, il est pourtant à l'origine de sa création. Si le groupe n'a pas eu un grand rayonnement au cours de la période précoloniale, il a fortement orienté l'organisation spatiale de la colonie créée assez tardivement. L'organisation sociale des Mossi a permis aux Européens de s'appuyer sur les capitales de royaumes reconnues par les populations, et les fortes densités démographiques relevées au sein de cet espace ont fait l'objet d'une intense exploitation. L'Indépendance confirme la place des lieux dans l'aménagement du territoire et leur confère une importance grandissante.

Le réseau sanitaire actuel est le résultat d'une évolution amorcée avec la colonisation et influencée par la distribution des populations et l'organisation administrative du pays. Il a été façonné par une représentation économique et administrative du territoire par les Français. Des disparités d'équipement sont apparues entre le centre du pays et la périphérie qui ont ignoré pendant longtemps la situation sanitaire des populations. Ainsi pendant de longues années il n'y a pas eu de politique sanitaire définie, les structures de soins n'étaient alors qu'un équipement accompagnant la création d'un pôle administratif d'importance. La lutte contre les grandes endémies n'est pas la principale action des Européens dans le domaine sanitaire, elle est néanmoins la plus marquante, même si elle a été tardive. Avec l'Indépendance, des politiques sanitaires sont peu à peu formulées et la santé n'est plus seulement un élément résultant de l'organisation de l'espace mais instigateur des orientations dans l'organisation. Les aménagements hydro-agricoles issus de l'éradication des grandes endémies en témoignent, de même que la nomination de villages

équipés de dispensaires comme pôles administratifs. Cette vision positive de la place que tiennent les services de santé dans l'organisation de l'espace ne doit cependant pas cacher la place de plus en plus réduite accordée à ce secteur dans le budget national.

Trois grandes périodes ont été définies : précoloniale, les capitales existantes ont servi d'appui aux pôles institués pendant la période coloniale, cette dernière a orienté l'organisation spatiale du pays et posé les fondations du système de santé, et la période de l'indépendance qui, dans son organisation, a longtemps été un prolongement de la période coloniale, avant de mettre en avant des choix qui lui étaient propres.

CHAPITRE I

L'OFFRE DE SOINS REFLET DES LOGIQUES SPATIALES DES POUVOIRS SUCCESSIFS

L'histoire et la répartition de la population avant la colonisation, permettent d'expliquer l'organisation territoriale actuelle et d'apporter un éclairage sur les choix réalisés dans le cadre de la politique de soins modernes. Nous nous limiterons aux quelques années précédant l'arrivée des troupes militaires françaises, au sein de l'espace appelé à devenir le Burkina Faso, en nous inspirant des écrits de JB Kiehega. Compte tenu de leur situation à l'intérieur du continent africain, les "pays des Volta" ont été des terres de passage, d'où la multiplicité ethnique qui caractérise aujourd'hui ce pays. Néanmoins, nous n'aborderons que succinctement cette composition, notre but étant d'identifier les caractéristiques des grands groupes organisant le pays.

I - ESQUISSE D'UNE ORGANISATION TERRITORIALE A L'AUBE DE LA COLONISATION

Totalement bouleversée dans son mode de fonctionnement à partir du 20ème siècle, l'organisation politique de la période précoloniale doit être prise en considération au Burkina Faso. La colonisation a imposé la "pax gallica" en créant des centres stratégiques, mais également en s'appuyant sur des pôles déjà existants, auxquels la population accordait une certaine dimension au sein de l'organisation de l'espace. Tel fut le cas de Ouagadougou, lieu de résidence du souverain du royaume du même nom ; il domine au sein d'un dispositif politique hiérarchisé, celui de la société mossi. En retraçant l'organisation de l'ouest de ce futur territoire, il nous paraît indispensable de mettre en lumière la juxtaposition de communautés villageoises indépendantes les unes des autres¹¹. Elles n'ont pas permis l'émergence de villes ou de pôles commerciaux, jalons sur une voie commerciale, hormis Bobo-Dioulasso, entre deux royaumes particulièrement dynamiques : Djenné et Kong. Ces populations, contrairement aux groupes qui s'étendent sur le plateau central, ne sont pas soumises à un pouvoir politique élargi et organisé. L'intérêt porté au système politique a une double conséquence : à la fois sur l'apparition des espaces dominants,

¹¹ Les Bwa vivant dans l'ouest du Burkina Faso s'organisent en société villageoise que C. Savonnet-Guyot définit comme "une société originale où l'articulation du pouvoir lignager et du pouvoir politique, réalisée au seul niveau villageois, a permis le développement d'une civilisation de "village"". 1986, "Etat et sociétés au Burkina Faso : essai sur la politique africaine", p 49

Figure 2

LE BURKINA FASO A LA FIN DU 19 ème SIECLE



Source : Atlas Jeune Afrique, 1993

mais également sur le comportement des individus. En effet "*cette civilisation du village concerne, dans l'Afrique de l'ouest, tout un ensemble de populations réputées pour leurs techniques agricoles, leur amour de la terre, leur stabilité et, de manière presque unanime, leur caractère réfractaire à toute organisation centralisée*"¹². Le type de structuration des sociétés est un thème généralement évoqué dans le cadre humain ; il est indispensable à la compréhension de la dynamique qui a conduit à l'organisation spatiale actuelle.

1- Des systèmes d'organisation sociale fort différents

a - Un territoire à l'écart des grands empires

Au cours des événements précoloniaux, les espaces concernés par les futures limites du territoire burkinabè n'ont pas connu la formation de grands empires, seulement quelques petits royaumes dont l'existence a été relativement courte. Toutefois les États mossi se distinguent, non par leur rayonnement commercial, mais par leur organisation, elle en fait des États relativement stables dans le temps ; pour cette raison, ils vont servir de point d'ancrage aux Européens à la fin du 19^{ème} siècle. Cet ensemble est formé par des îlots de peuplement où dominent les États mossi établis au centre du Burkina Faso. "*Très complexe dans le détail l'organisation territoriale moaga comprend trois grands ensembles politiques : la zone d'influence du Yatenga, celle du royaume de Wogodogo et celle du Tenkodogo*", dont les capitales respectives sont Ouahigouya, Ouagadougou, Tenkodogo (annexe 1). Plus à l'est, les Gourmantché se sont établis autour de Fada N'Gourma, ils ont également subi la domination des Mossi arrivés plus tard (figure 2).

A l'ouest de cet espace s'étend le royaume du Gwiriko, centré sur Bobo-Dioulasso et dominé par les Dioula de Kong (nord de l'actuelle Côte d'Ivoire). La naissance de ce royaume est en partie liée à la nécessité, pour les commerçants dioula, d'assurer la sécurité le long des axes d'échanges menant vers le nord jusqu'au fleuve Niger. La forme allongée, du sud au nord, du Gwiriko atteste de la corrélation étroite entre son existence et les voies de communication. Mais Kong n'a réussi à soumettre qu'une partie de la population ; autour de ce royaume la multiplicité ethnique (Bwa, Guin, ...) et l'absence d'une autorité politique centralisatrice, vont provoquer la dislocation rapide du Gwiriko. La diversité ethnique et l'absence de pouvoir central parmi les sociétés, font que l'ouest est essentiellement marqué pendant cette période par Bobo-Dioulasso, Sikasso et plus au sud, Kong (situé sur le territoire ivoirien). Ce sont tous des marchés d'étape sur les pistes commerciales.

¹² Savonnet-Guyot (C), déjà cité, p 50. Un ensemble dans lequel l'auteur regroupe les Bwa, les Sénoufo, les Dogon, les Bambara et les Samo

Le nord, de ce qui deviendra la Haute-Volta, est le domaine "*des émirats Peul*"¹³, ils se sont formés autour de Djibo pour le Djelgodji et de Dori pour le Liptako. "*L'Indépendance de ces deux Etats fut très éphémère*"¹⁴.

De nombreux contrastes caractérisent le territoire, ils sont la conséquence des dominations et mouvements de population. Comme l'ont déjà révélé de nombreux auteurs, le pouvoir fort et centralisé des populations mossi entraîne de fortes densités humaines, elles vont constituer un intérêt particulier pendant la colonisation. En périphéries ouest et sud du territoire mossi, les espaces sont soumis à des vagues migratoires et à des affrontements ethniques, qui peuvent expliquer en partie la faible occupation de l'espace ; elle subsiste toujours dans la plaine du Tyerla (dans l'actuelle province de la Comoé), où des événements historiques ont largement contribué à cette situation. Certains "vides humains", de petite taille et plus localisés, ont une origine plus sanitaire, comme dans tout le sud de ce qui forme le Burkina Faso actuel. L'organisation de l'espace précolonial se résume donc à une juxtaposition de groupes ethniques, parfois rassemblés autour de pôles, capitales ou résidences de souverains, ou de centres d'échanges commerciaux que sont les marchés. Royaumes et Etats sont traversés par des voies de circulation qui permettent les échanges entre les populations des régions désertiques au nord, et celles des régions forestières au sud. Deux axes principaux traversent cet ensemble. A l'est, un axe passe par les capitales qui accueillent, outre la fonction politique, une fonction commerciale (ainsi Tenkodogo, Ouagadougou, ...). Une seconde piste traverse l'ouest, mais en l'absence d'Etat peu de grands pôles la jalonnent. Seul Bobo-Dioulasso présente une réelle activité orientée vers le commerce.

b- Le sud-ouest : une occupation humaine diverse

Le changement d'échelle vise à faire apparaître les particularités d'une région qui, à l'opposé des plateaux centraux, accueille une population souvent clairsemée. L'historique des populations de l'ensemble ouest burkinabè est inspirée des travaux réalisés par différents auteurs dont G. Le Moal¹⁵, J. Capron¹⁶, Y. Person¹⁷.

¹³ Kiethega (JB), 1993, "La mise en place des peuples du Burkina Faso"

¹⁴ ibidem, p 25

¹⁵ Le Moal (G), "Enquêtes sur l'histoire du peuplement du pays bobo", Notes et Documents voltaïques, 1(2), 1968

¹⁶ Capron (J), 1965, "Anthropologie économique des populations bwa, Mali- Haute-Volta, documents et statistiques"

¹⁷ Person (Y), 1975, "Samori"

La description des mouvements de population qui ont marqué cet espace, met en évidence les grands traits caractérisant les ethnies en présence. Ils ne sont pas sans influencer sur leur comportement face aux innovations. L'ordre chronologique est précisé mais il ne sert pas de fil conducteur. D'un point de vue spatial, les rapports de force entre groupes ont abouti à la définition actuelle de leur aire d'extension. La représentation sociale ne sera pas écartée ; en effet ces mêmes groupes ont une caractéristique commune : celle de société de type villageois. La colonisation est venue s'ajouter à ces dispositifs en introduisant de nouvelles conditions de peuplement.

Pour ce qui nous concerne, l'histoire de cette "région" peut se résumer par la rencontre de différents peuples dont les rapports conflictuels n'ont pas permis l'émergence de pôles. Seul Bobo-Dioulasso a su tirer partie de sa position le long des voies commerciales. Par ailleurs il n'y aura pas de fédérations autour d'un royaume puissant, seulement quelques petites alliances qui disparaîtront rapidement avec la décadence du Gwiriko.

L'ouest burkinabè présente une multitude de groupes ethniques *"dépourvus de systèmes politiques et administratifs centralisés et efficaces ; en bref une mosaïque de peuples n'ayant jamais connu l'Etat, et mal placés aujourd'hui pour la conquête de l'appareil administratif et politique de l'Etat moderne"*¹⁸. Ces sociétés sans état se sont successivement implantées dans l'espace, de façon discontinue. Les échanges commerciaux (sur les grandes routes de la kola et du sel), à la croisée de grands centres tels que Bobo-Dioulasso, Sikasso (dans l'actuel Mali) et Kong (dans l'actuelle Côte d'Ivoire) donnent à la région une position favorable, situation qui conduit à de multiples tentatives de colonisation. De nombreux conquérants se sont avancés dans cette région : les Peul au nord, Samory Touré ou Tieba Traoré depuis le sud ou l'ouest ... et plus tard les Européens.

Parmi les groupes ethniques dominants aujourd'hui, l'antériorité est attribuée aux Bwa. Ils auraient précédé les migrants mandé dans la région de Houndé. Dès le 17^{ème} siècle, ils furent en contact, dans leurs limites méridionales, avec des populations venues de l'actuel Ghana, motivées dans leur progression vers le nord par le manque de terres. L'axe Kary, Boni, Bagassi où les Bwa sont solidement implantés, constitue alors une barrière à l'expansion étrangère. J. Capron précise que la colonisation de terres déjà densément occupées par les Bwa ne laissait que peu d'espace.

Les Bwa ont longtemps été associés aux Bobo avec lesquels ils partagent le territoire. Confondus par les explorateurs, ils ont ensuite été distingués par deux vocables Bobo Oulé, pour

¹⁸ C. Savonnet-Guyot, 1986, "Etat et société au Burkina Faso", p 19

les premiers et Bobo Fing, pour les seconds, sans être parfaitement différenciés l'un de l'autre¹⁹. Si ces groupes semblent identiques sur le plan des coutumes, habitat ..., selon J. Capron "*ils diffèrent l'un de l'autre par leur langue, du type mandé pour les Bobo et voltaïque pour les Bwa*". T. Hartog²⁰ indique à propos des Bwa que "*cette société a toujours fait preuve d'une grande ouverture face aux influences extérieures*". Par opposition, la société bobo a "*su lutter contre les influences extérieures en se repliant sur elle-même en cas de danger*". On peut qualifier les Bobo de conservateurs, leur organisation de type communautaire laisse peu de place aux initiatives individuelles.

Au sein de cette "région", ni les Bobo ni les Bwa ne forment de groupes strictement homogènes. Pris dans son ensemble, le territoire des Bwa dépasse les limites du Burkina Faso. Occupant actuellement le nord-est de notre province d'étude, il constitue en fait la partie méridionale d'un ensemble plus vaste qui s'étend jusqu'aux bords du Bani au Mali sur environ 300 km (annexe 2). Les Bwa entrent en contact avec les Bobo le long d'une ligne s'étirant depuis Bassé, au nord, jusqu'à Koumbia ; cette aire est prolongée au sud par différents peuples assimilés au groupe sénoufo.

La région située à l'extrême sud-ouest, et plus généralement l'espace s'étendant au sud de la falaise de Banfora, revêt un caractère plus morcelé, où se côtoient de nombreuses ethnies qui ont migré par vagues successives. Venues en partie du sud-est, elles ont probablement été marquées par les razzias. Les captures étaient destinées à alimenter la traite des esclaves qui sévissait particulièrement le long des côtes ; elles se sont ensuite répétées de plus en plus loin dans les terres.

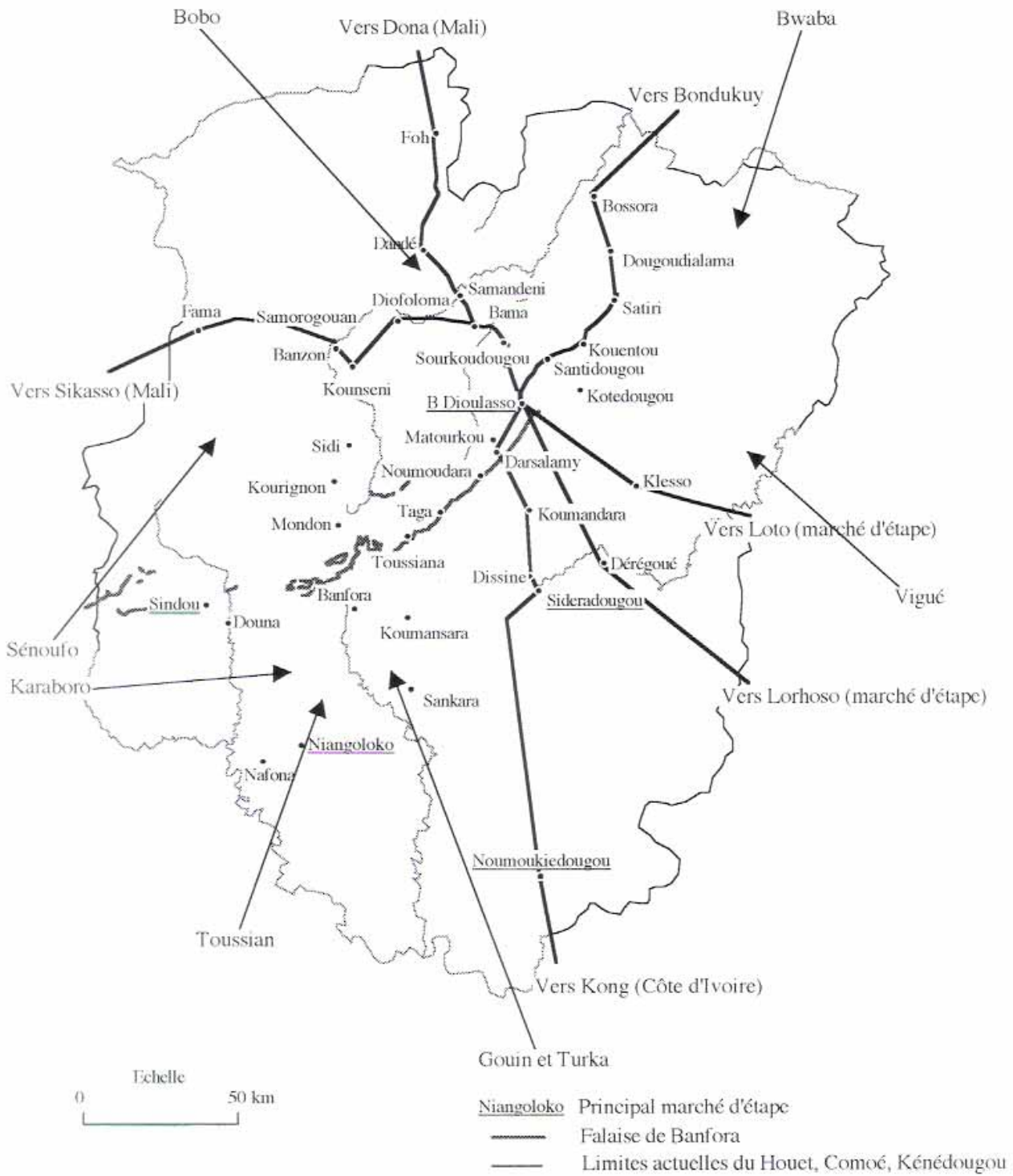
Il semble que la première vague de migration, au cours du 18^{ème} siècle, soit liée à deux groupes représentés par les Toussian (anciennement établis au nord de la Côte d'Ivoire) et les Karaboro (entre Nielle et Sikasso). Les premiers vont s'établir sur le plateau au bord de la falaise, et créer leur capitale, Toussiana, vers 1700, ils s'étendent vers l'ouest (Kourignon, Sidi, ...). Quant aux Karaboro, venus de l'ouest, ils occupent la plaine de Banfora (entre la Léraba au sud et le pied de la falaise de Banfora), ils continuent progressivement leur mouvement vers l'est mais se

¹⁹ Le lieutenant-colonel Monteil dans son récit de voyage, rapporté par A. Merlet, ne différencie pas les Bobo des Bwa. Il note : "Jusqu'à Bossora la traversée du pays bobo n'a présenté que peu de difficultés, il n'en est plus de même maintenant. Les divers villages à partir de Bondukury sont indépendants les uns des autres, souvent en hostilité ; il sera très difficile d'obtenir des guides" (p 156). Bossora est un village bobo, selon le recensement de 1975, il marque en fait le passage du pays bobo au pays bwa.

²⁰ Hartog (T), 1980, "Modes d'occupation de l'espace et différenciations régionales dans l'ouest voltaïque"

Figure 3

**PRINCIPALES ROUTES COMMERCIALES A L'OUEST DES VOLTA
ET DIRECTION DES PRINCIPAUX GROUPES ETHNIQUES**



Source : inspiré de Person (Y), "Les routes de la kola"

trouvent en contact avec les Dogosié venus de l'est. Selon Vassallucci²¹, le lieu de rencontre est matérialisé par les villages entre Labola et Tiéfora.

En marge de ces aires se rencontrent les Turka et les Gouin. Groupes de migrants venus du nord de l'actuel Ghana, ils ont en commun des traits culturels et linguistiques. Etablis le long de la Léraba (au sud), ils progressent vers le nord. Les Turka gagnent rapidement la falaise de Banfora où ils trouvent une position stratégique, on les retrouve essentiellement entre Douna et Mondon, fondé vers 1720. Au cours de leurs déplacements dans la plaine, les Gouin pénètrent dans un territoire déjà occupé par les Karaboro qu'ils repoussent vers l'est (mouvement vers Labola et Tiéfora), isolant une partie de ce groupe.

Ces poussées vers l'ouest ont pour conséquence la concentration humaine entre les reliefs résiduels de la falaise de Banfora et la Léraba au sud. Quant à la plaine de Sidéradougou, elle est pratiquement désertée. La figure 3 précise l'origine géographique des groupes ethniques et leur répartition actuelle. Les villages représentés marquent l'extension de chacun des groupes. Si ces villages ont une certaine représentativité à l'échelle locale, à l'échelle d'un espace plus vaste l'organisation sociale de ces populations n'a pas entraîné la création de pôles.

Les mouvements de population semblent donc limités par la falaise, mais, au-delà de l'effet d'obstacle aux déplacements qu'elle représente, il paraît plus juste de souligner son caractère de refuge au cours des affrontements qui ont opposé les différents groupes ethniques entre eux, face aux exactions de Samory Touré et ses sofas, ou encore face à l'empire du KénéDougou lors de ses projets d'extension. La falaise ne se révèle pas comme une limite stricte à l'expansion des populations, puisque le groupe des Tiéfo est aussi bien établi au sommet qu'au pied de ce relief. Toutefois, à cette époque, elle est un obstacle aux déplacements, comme en témoigne le tracé des axes commerciaux qui s'en écartent et traversent les vastes plaines de l'est, actuellement dépeuplées. Ceci laisse deviner la non participation aux échanges des populations de la région. Il faut d'ailleurs noter que le trafic est essentiellement dominé par les Dioula.

La mise en place des populations a parfois précédé, ou s'est déroulée, à la même période que la formation du Gwiriko. L'émergence de ce royaume s'est faite à l'initiative de Famagan Ouattara de l'empire dioula de Kong (vers 1715-20 selon J. Capron) dont l'intérêt s'est tourné vers le pays bobo. Sya²² se prêtait bien au choix de capitale ; le site géographique a été un atout. Elle s'est implantée à proximité d'une vallée où coule le Houet, dont le débit est faible mais

²¹ Vassallucci (JP), 1988, " Gbafo Kù : peuplement du site de Banfora (Burkina Faso)"

²² Aujourd'hui Bobo-Dioulasso

permanent. En outre, elle est située à un endroit où la falaise, obstacle aux déplacements méridiens précoloniaux, disparaît.

Pendant l'établissement de la souveraineté dioula, des pillages ont touché plus particulièrement les Tiéfo et les Vigué. Mais le caractère insoumis et inorganisé des populations²³ que le Gwiriko englobe, n'en fait à long terme ni un Etat centralisé, ni un royaume puissant. "*Le fait que cette poussière de peuples n'ait pas été vraiment brassée, démontre à lui seul que l'emprise des Dyoula de Kong s'était mal enracinée*"²⁴. Selon Y. Person, vers 1750, survient "*le clivage de l'empire dioula en deux Etats*".

c- Le sud-ouest : l'histoire comme explication des faibles densités

Plusieurs événements marquent l'ouest des "pays des Volta" avant l'arrivée des Français ; parmi les plus importants se trouvent l'expansion du royaume du Kéné Dougou et le passage de Samory Touré, dont le but final est de soumettre Bobo-Dioulasso. A travers l'épopée de Samory Touré et celle de Tieba, les événements du passé expliquent les faibles densités de population. La plaine du Tyerla n'a longtemps été qu'une zone de passage lors de la mise en place des différents groupes ethniques ; les quelques habitants ont disparu à la suite de la politique de terre brûlée menée par Samory Touré. La plaine accueillait pourtant la voie commerciale qui reliait Bobo-Dioulasso à Kong. Cet espace était déjà peu occupé, hormis le groupe tiéfo, dont quelques villages subsistent encore aujourd'hui. Plus à l'ouest, les razzias menées par Tieba Traoré ont certainement contribué au regroupement des populations en certains lieux et accentué leur isolement les uns par rapport aux autres.

Au cours des décennies suivantes, l'emprise du Gwiriko s'affaiblit, "*chaque petit peuple Bolo, Samblé ou Tysya, reprit discrètement sa liberté*"²⁵. Parallèlement le royaume du Kéné Dougou prend forme, centré sur Sikasso à l'ouest, il entame sa "*grande expansion*" et s'étend progressivement vers l'est où il annexe les populations sénoufo non encore soumises. C'est à partir de 1876, et de l'accession de Tieba Traoré à la tête du royaume du Kéné Dougou, que s'affirme la conquête de Bobo-Dioulasso et de sa région. Commence alors un mouvement qui entraîne des affrontements entre les populations des deux royaumes, il sont évoqués par le R.P. J. Hébert²⁶. Le chef des Sénoufo mène conquête en pays turka puis toussian, dont les populations trouvent refuge sur les reliefs environnants (les collines de Sidi), mais elles sont rapidement

²³ il s'agit des Bobo, Bolon, Vigué, Tiéfo, Samo et quelques Bwa

²⁴ Person (Y), op. Cité, p1877

²⁵ *ibidem*

²⁶ R.P. J. Hébert, "La bataille de Bama", notes et documents voltaïques, 1970

soumises. Cette progression est interrompue en 1887 lorsque Tieba Traoré apprend l'arrivée de Samory Touré à Sikasso.

En 1888, fort de sa victoire sur son adversaire, Tieba Traoré reprend le chemin de Bobo-Dioulasso. Il soumet à nouveau les pays turka, toussian, sembla, seuls les villages situés au pied de la falaise échappent aux attaques en raison de leur accès difficile, lié à une végétation alors touffue. L'emprise du Gwiriko se réduit rapidement aux espaces occupés par les Tiéfo et les Bobo. Selon Y. Person *"il y avait un "roi", ..., retiré à Maturku, sur la frontière des Tiefo, dont sa mère était issue, il ne contrôlait plus que quelques villages d'ethnie bobo comme Leguema, ainsi que plus à l'est, le Pays Vigué, auquel l'unissaient d'étroites alliances matrimoniales"*²⁷. Sya est désormais contrôlée par les Bobo-Dioula.

Dans sa quête de pouvoir, Tieba Traore évite le pays tiéfo²⁸, probablement par crainte de son chef Amoro, présent à Taga, et de l'imposante fortification de Noumoudara. Il va se diriger vers le Mouhoun (ex Volta Noire) afin de déployer ses forces dans la plaine de Bama. Pour tenir en échec le Fama du royaume du Kéné Dougou, les populations de la région (Bobo, Bobo-Dioula, Tiéfo, Vigué) se coalisent. Une bataille commence et prend fin avec la mort du chef du royaume du Kéné Dougou en 1893. Son fils Babemba Traoré lui succède et poursuit ses tentatives de soumission chez les Toussian et les Turka, mais sans parvenir à une conquête définitive. Le royaume du Kéné Dougou disparaît avec la prise de Sikasso par les Français en 1898. L'actuel groupe sénoufo, qui faisait partie du royaume du Kéné Dougou, s'étend sur trois pays : le Burkina Faso, le Mali, la Côte d'Ivoire. Il étendait son autorité à l'est entre Djigouéra, Orodara et Kankalaba, sans avoir de contact direct avec l'ethnie bobo appartenant au royaume du Gwiriko. Entre ces deux groupes, Samogho, Bolon et Sembla ont eu une position intermédiaire. Ils sont difficiles à situer car ils sont apparentés au groupe sénoufo, on les rapproche aussi du groupe bobo par leurs rites religieux.

Si Tieba Traore a hésité à attaquer le pays Tiéfo, il n'en est pas de même de Samory Touré. A la fin du 19^{ème} siècle, le sud-ouest doit faire face à ses assauts répétés. En 1897, peu de temps après avoir détruit Kong, Samory Touré projette de marcher sur Bobo-Dioulasso, en représailles du vol de ses chevaux sur la voie commerciale reliant Bobo-Dioulasso à Kong.

Cependant l'Almamy ne lance pas directement ses sofas à l'assaut de cette ville-étape, c'est le pays tiéfo qui est victime de sa cruauté. Y. Person expose deux raisons à cette décision : d'une

²⁷ Person (Y), op. Cité, p1877, ce roi se nomme également Tiéba

²⁸ Le groupe des Tiéfo, au sud de Bobo-Dioulasso, prolonge le pays bobo le long de la voie commerciale passant par Djenné, il comptait autrefois beaucoup plus d'individus. Aujourd'hui ils se répartissent principalement dans des villages situés en bordure de la falaise de Banfora et dans une moindre mesure au pied de cet escarpement

part la ville de Bobo-Dioulasso est convoitée par les Français, vis-à-vis desquels l'Almamy reste prudent, d'autre part le pays tiéfo constitue une puissance qu'il convient de soumettre, avant de conquérir totalement la ville²⁹. En juin les Tiéfo évacuent le bas pays pour rejoindre leur chef Amoro retranché à Noumoudara, capitale-forteresse en haut de la falaise, "*tous les Tiefo du Tyerla s'étaient réfugiés à Noumoudara*"³⁰. L'assaut donné vers la mi-juillet 1897, provoque de lourdes pertes parmi les troupes de Samory Touré ; les Tiéfo offrent une puissante résistance, elle se soldera, malgré tout, par un "massacre" de ces populations "*qui reste légendaire*"³¹. Amoro y trouve la mort ainsi qu'une grande partie de ses guerriers qui préférèrent se suicider plutôt que de se constituer prisonniers. Même si on ne peut chiffrer précisément les pertes en vie humaine, "*il y eut certainement plusieurs milliers de morts alors que le peuple tyéfo ne compte guère actuellement que 5000 âmes. Numudagha allait demeurer en ruine jusqu'en 1900, et son relèvement sera ensuite très lent*"³². Les Français ont mis fin à l'empire de Samory Touré, le faisant prisonnier en 1898 dans l'ouest de la Côte d'Ivoire.

En tant que "zone refuge" temporaire, la falaise était un point stratégique permettant d'échapper aux envahisseurs. Au demeurant, cette position à proximité de l'escarpement donnait certainement entière satisfaction aux populations au point de vue des subsistances, puisque les villages n'ont pas été désertés après l'instauration de la "paix coloniale" (Péni, Toussiana). Il est vrai que contrairement aux villages situés au sud de la Léraba (dans l'actuel nord Côte d'Ivoire), ils ont eu moins à souffrir des attaques dévastatrices de Samory Touré³³. Par ailleurs, tout au long de son parcours dans cette région du sud-ouest voltaïque, Samory Touré n'a pas réussi à conclure d'alliance avec les populations locales, probablement en raison de leur esprit d'insoumission. L'insécurité permanente et la diversité ethnique n'ont donc pas permis les regroupements de populations que l'on peut observer dans le nord de la Côte d'Ivoire comme à Korhogo, où les chefs sénoufo avaient conclu des alliances avec l'Almamy.

²⁹ Y. Person évoque la destruction de Noumoudara par Samory Touré, p 1884

³⁰ *ibidem*, p 1884

³¹ Suite à ces événements, aujourd'hui encore les habitants de Noumoudara refuseraient d'offrir à boire à un Touré.

³² *ibidem*, p 1905. Y. Person écrivait ces mots à la fin des années 1960, en 1994 les populations tiéfo ne sont guère plus nombreuses et il semble en effet que cette situation soit liée aux lourdes pertes infligées par Samory Touré en 1897. Ailleurs dans le sud-ouest on ne retrouve pas de Tiéfo, hormis quelques familles qui s'étaient réfugiées dans des villages situés à proximité de la falaise de Banfora comme Dramandougou. L'importance des pertes en vies humaines est estimée par Y. Person, on peut penser que la population tiéfo était autrefois assez importante et leur chef puissant, puisque l'Almamy a estimé nécessaire de les soumettre avant d'entrer dans Bobo-Dioulasso. Le vide humain qui caractérise actuellement l'espace au pied de la falaise peut être en partie attribué à ces événements.

³³ Elles ont parfois conduit en Côte d'Ivoire à la disparition complète des villages traversés (cf M. Moradell, 1991, "le confluent du Bou et du Bandama sociétés, endémies et "sous-développement" (Côte d'Ivoire)"

Dans certains villages la présence de populations dioula témoigne du passage de Samory Touré, tel Darsalamy dont il a fait son "*quartier général*"³⁴ avant d'attaquer Noumoudara. Les Dioula et les Bobo-Dioula sont "*aujourd'hui en grande majorité assimilés aux Bobo comme agriculteurs*" selon T. Hartog, et sont présents dans l'espace bobo de façon ponctuelle. Les Dioula exercent souvent la profession de commerçant en ville, ou sont agriculteurs dans les villages dont certains datent de la période d'installation des habitants de Kong. Ainsi Dissine, à 70 km au sud de Bobo-Dioulasso, était traversé pendant la période précoloniale par une route commerciale. On peut citer d'autres villages dans la province du Houet, tel Kotédougou, qui a servi en quelque sorte de refuge aux princes dioula ralliés au dirigeant du Gwiriko, ou retirés à Matourkou, village tiéfo. Actuellement on peut assimiler la position des villages dioula à leur situation sur des voies commerciales précoloniales. La médiocrité des échanges n'a cependant pas engendré la formation de villages en chapelets, caractéristiques de routes commerciales.

Au nord-est de notre région d'étude, les populations ont subi les assauts répétés de différents conquérants. J. Capron relate que "*l'état d'insécurité désorganise toutes les activités des communautés villageoises, le risque d'être surpris et emmenés en captivité par les cavaliers Peul ou les groupes armés qui parcourent la brousse, oblige les cultivateurs travaillant dans les champs à poster des guetteurs de place en place (...) les terres les plus riches, les paysans bwa les reconnaissent à la densité de la végétation arborée, sont abandonnées au profit de terres plus pauvres mais dégagées*". Vers les années 1840, les Marka³⁵ envahissent le pays bwa. Dans la boucle de la Volta Noire, l'expansion des Marka "*reste liée à l'essor commercial dans la vallée du Moyen-Niger et du Bani dès le 14^{ème} siècle*"³⁶. "*De retour de la Mecque, Mamadou Karamtao lança la guerre sainte contre les Bwa, les Ko et les Nouna des environs de Boromo... Il installa sa capitale à Ouahabou*"³⁷ qui devint un centre musulman important. "*De Houndé à Dédougou les communautés villageoises bwa furent ruinées par les razzias*". A la même époque les Peul islamisés mènent aussi conquête dans cette région.

En l'absence de pouvoir centralisé parmi les villages présents sur ce territoire, les populations doivent se replier sur elles-mêmes par manque de moyens pour faire face aux attaques. Cependant, malgré les assauts répétés, aucun village ne se soumet réellement aux conquérants. La

³⁴ Person (Y), op. Cité, p1884

³⁵ "Le terme Dafing s'applique aux Marka". Le village de Dafna (au sud de Dédougou) est à l'origine de ce mot. L'un de ses habitants Ikié Zina sous la protection des chefs Marka mena conquête dans toute la région et "porta la guerre aux portes des Bobo et des Samo autochtones de la région" selon F. Koulibaly, notes et documents voltaïques

³⁶ Kambou-Ferrand (JM), 1993, "Peuples voltaïques et conquête coloniale", p 122

³⁷ ibidem, p123

volonté de rester indépendantes et fermées aux influences extérieures, est le trait majeur de ces sociétés ; elles se regroupent peu autour de pôles considérés plus sûrs comme Bobo-Dioulasso. N. Ouattara précise que ce sont des sociétés profondément attachées à la terre, percevant mal toutes activités extra-agricoles, comme le commerce laissé aux Dioula et plus récemment aux Mossi. Hormis Bobo-Dioulasso, l'ensemble de cet espace ne développe pas ou peu de relations avec l'extérieur. Il n'y a pas de polarisation autour de noyaux numériquement ou commercialement plus forts. L'organisation de ces populations est axée sur l'esprit d'indépendance et la volonté de conserver une identité villageoise, elle conduit à leur dispersion spatiale et à des échanges interethniques limités.

On peut considérer qu'à la fin du 19^{ème} siècle les populations sont presque entièrement installées. Le territoire se présente comme une mosaïque de petits groupes ethniques sans beaucoup de liens³⁸ entre eux et disposant d'une relative autonomie. Ceci explique leur éloignement relatif des grands axes commerciaux établis entre le nord et le sud. Par ailleurs, l'épisode Samory Touré met en valeur la place que tenait Bobo-Dioulasso. Lorsqu'il passe au-delà de la Léraba, Samory Touré se dirige vers la cité sans hésitation ; une décision qui permet de penser que les petits groupes ethniques, établis à distance de Bobo-Dioulasso, ne présentaient que peu d'intérêt et de difficulté pour la conquête de l'Almamy. La progression rapide des Européens sur le continent africain est à la fois une menace et un enjeu pour Samory Touré. Bobo-Dioulasso est un atout qui permettra à l'Almamy de maîtriser les échanges le long de la piste reliant la cité à Kong, qu'il vient de soumettre. La possession future de la ville-étape pourrait être un moyen de négociation avec les Français qui la convoitent ; Bobo-Dioulasso possède une certaine dynamique au sein d'un ensemble, où aucune localité ne paraît subordonnée à une autre.

2 - Situation précoloniale : des jalons sur les pistes caravanières

A la veille de la conquête coloniale, les voies de communication permettent d'évaluer l'intégration du futur territoire burkinabè, au sein d'un système d'échanges commerciaux. Ces axes sont empruntés par les explorateurs, en fonction des autorisations des chefs locaux, mais également des relations que ceux-ci tissent avec les groupes de populations voisins et de l'autorité qu'ils possèdent. Un réseau d'itinéraires se met en place, il sera la première approche de l'Afrique par les militaires.

³⁸ Hormis quelques alliances lors de guerres contre les envahisseurs (comme Tiéba Traoré), l'absence d'organisation politique en fait des groupes relativement indépendants

Afin d'évoquer rapidement le tracé des pistes précoloniales, nous nous sommes référés aux récits des explorateurs : L.G. Binger³⁹ et P.L. Monteil⁴⁰, qui ont oeuvré à l'expansion coloniale française. Bien que ces sources ne soient pas uniques, elles n'en sont pas moins primordiales. Le lieutenant-colonel Binger a été le premier à ouvrir les voies à l'est, au-delà du pays toucouleur, l'itinéraire qu'il emprunte oriente la conquête coloniale française. Par la suite, les déplacements des explorateurs militaires sont motivés par le désir d'asseoir l'autorité de la France sur des territoires convoités par des puissances coloniales étrangères. Tributaires des guides et de l'accueil des chefs locaux -ces derniers étaient seuls à autoriser le passage sur leur territoire- ils ont suivi pratiquement le même itinéraire en progressant vers l'est, passant par Sikasso, Bobo-Dioulasso pour Monteil (de Saint Louis à Tripoli), par Kong, vers Ouagadougou pour Binger. Mais la région de Bobo-Dioulasso n'était pas le centre des rivalités européennes, et l'objectif à atteindre était Ouagadougou, capitale d'un état politique fortement hiérarchisé ayant prise sur une population nombreuse, c'était un objectif fondamental pour l'établissement de la domination française sur le continent ouest-africain. A. Merlet indique d'ailleurs que : *"Dès 1885 et la conférence de Berlin, des règles de "bonne conduite" sont adoptées par les puissances européennes, pour que le partage de l'Afrique ne puisse pas être la cause de grands conflits entre ces dernières. D'après ce code, le droit de souveraineté revient au premier qui a su planter son drapeau et implanter ses intérêts"*. On peut imaginer que la conquête est désormais une course contre le temps et que les trajets les plus courts seront privilégiés, nous insistons cependant sur deux éléments : à cette époque, les populations des espaces parcourus n'ont pratiquement jamais rencontré de "Blancs", il convient donc à ces explorateurs de prendre le maximum de précautions pour leur sécurité et la réussite de leur expédition ; aussi le choix du trajet est effectué en fonction des voies existantes les plus sûres, également empruntées par les caravaniers. Par ailleurs, l'exploration de ces territoires est motivée par le désir de passer des traités avec les royaumes traversés, permettant ainsi à la France d'étendre son emprise. Le passage par les pôles les plus influents est donc obligé.

Ces récits de voyage ont un double intérêt du point de vue géographique :

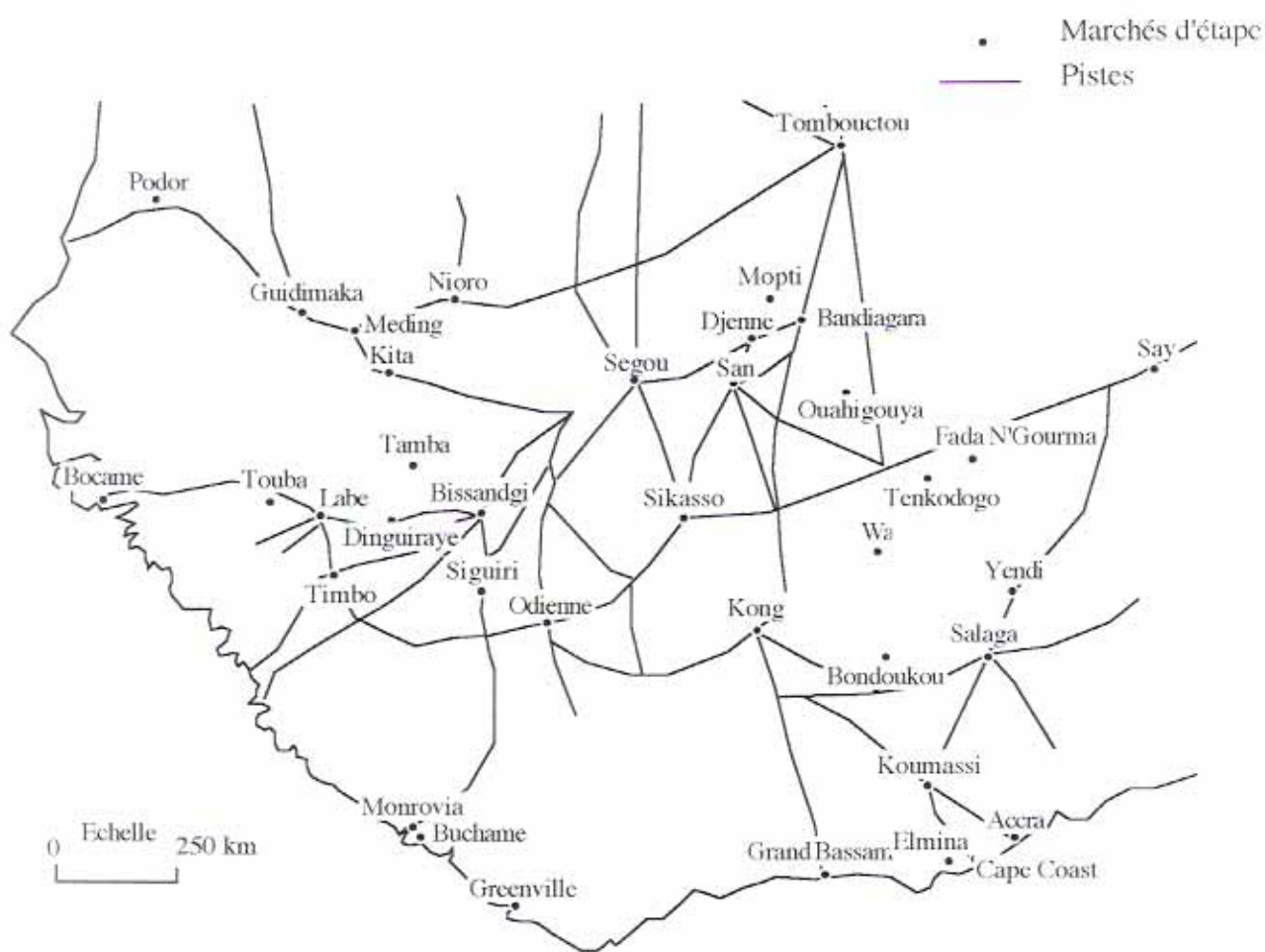
- ils permettent d'informer de la place relative tenue par les villages traversés ;

³⁹ Binger (L.G.), 1982, "Du Niger au Golfe de Guinée par le pays de Kong et le Mossi, 1887-1889", p 26

⁴⁰ Merlet (A), 1995, "Textes anciens sur le Burkina (1853-1897)". Parti de Saint Louis du Sénégal, le colonel Monteil est arrivé par les pays des Volta par Sikasso pour atteindre Bobo-Dioulasso puis il a pris la direction de Ouagadougou en passant par Bossora, Lanfiera (cf annexe 3). Le capitaine Binger est également parti de Saint Louis du Sénégal, passé par Kayes il a rejoint Sikasso puis s'est dirigé vers Kong pour rejoindre les pays des Volta en passant par Bobo-Dioulasso ; de là il a rejoint Ouagadougou en suivant un itinéraire assez sinueux

Figure 4

ITINERAIRES COMMERCIAUX EN AFRIQUE OCCIDENTALE



Source : Atlas historique de l'Afrique, 1992

- leur position géographique est précisée, et il est possible d'observer l'importance du peuplement⁴¹.

Les axes empruntés correspondent en majorité à ceux qui marquent l'espace à cette époque et attestent de l'existence de voies transversales.

Dans ce texte, nous n'évoquerons qu'une partie des itinéraires parcourus par PL. Monteil, et L.G. Binger (annexe 3), lequel est le premier explorateur à ouvrir la route dans "*les pays des Volta*". L'itinéraire de Binger a été repris en partie par le Dr Crozat puis par PL. Monteil⁴².

La période précoloniale compte peu de voies commerciales d'envergure dans cet espace (figure 4). A l'est, la route passe par Kaya et Ouahigouya (menant de Salaga à Mopti), une variante traverse Ouagadougou. Les pôles dominants doivent leur prospérité à l'organisation politique, qui en fait des capitales d'Etat, en plus d'une fonction commerciale pour certains d'entre eux. A l'ouest, l'axe le plus important relie Kong à Djenné et passe par Bobo-Dioulasso. Le développement des pôles ne dépend que de leur position en tant que marchés d'étape, jalons sur les axes de circulation. Bobo-Dioulasso domine l'ensemble ouest par les nombreux échanges s'effectuant sur son marché, qui justifient ainsi son rôle de capitale du Gwiriko. De par sa position géographique⁴³ Sya a été privilégiée dans ces contacts nord-sud et selon L. Thiam "*les autres centres des pays de la Volta ont eu un essor moindre que celui de Bobo-Dioulasso*". Les gîtes d'étapes comportaient nécessairement un marché plus ou moins important où les caravanes se ravitaillaient. Certains sont devenus des points de rupture de charge entre les zones forestières et les cités du Niger, un rôle qui selon Y. Person, a entraîné la croissance précoce de Bobo-Dioulasso⁴⁴. Ces liaisons commerciales à petite échelle, traversent donc des espaces opposés. Sur la figure 3 la voie orientale passe par des régions où le peuplement est important, les marchés se multiplient le long de cet axe. La situation est différente le long de la piste à l'ouest, le peuplement

⁴¹ En pays tiéfo Binger indique de nombreux noms de villages qui n'existent plus aujourd'hui et il semble qu'à cette époque la population était beaucoup plus importante. Ce constat est confirmé par l'étude de Y. Person sur la conquête menée par Samory Touré en direction du royaume bobo, au cours de laquelle les populations tiéfo auraient subi de lourdes pertes.

⁴² Venu de Sikasso, capitale du royaume du Kéné Dougou tenue par Tiéba, allié de la France, le lieutenant-colonel Monteil⁴² atteint les marges du royaume du Gwiriko où vivent les Bobo.

⁴³ Le sud-ouest est marqué par un relief d'orientation sud-ouest/ nord-est, d'une dénivelée moyenne de 150 m et difficilement franchissable. Il présente donc un obstacle aux déplacements nord-sud (ou inversement) des caravanes de commerçants ; c'est pourquoi celles-ci suivaient une piste parallèle à la falaise, contournant ce relief qui disparaît progressivement au nord-est en un point où Bobo-Dioulasso a été implanté (11°10' de latitude nord, 4°18' de longitude ouest).

⁴⁴ Person (Y), op. Cité, p 111

se situe à l'écart de cette voie commerciale et les villages-étapes se font rares. Ce constat explique le manque d'implication des populations dans l'organisation de l'espace précolonial et la rareté des pôles sur lesquels les Français pourront s'appuyer pour maîtriser le territoire.

Quant aux liaisons transversales, elles ont, le plus souvent, un intérêt régional quand il n'est pas local. Les centres qui sont apparus sont peu nombreux, particulièrement dans le sud-ouest. A cette époque la plaine du Tyerla est régulièrement parcourue et loin de l'isolement dans lequel elle est plongée aujourd'hui ; le trafic dioula empruntait la voie qui la traversait. Des échanges se sont établis entre Bobo-Dioulasso et Ouagadougou⁴⁵, mais ils étaient relativement faibles et toujours liés aux marchés des chevaux et des ânes, internes à la région. Ces marchés sont progressivement devenus les lieux d'échange d'esclaves pour alimenter le commerce des négriers. Les régions côtières faisant l'objet de razzias répétées depuis le 16^e siècle, n'approvisionnent plus ce commerce en quantité suffisante, la recherche d'esclaves progresse dans les terres, jusqu'à atteindre la vallée du Niger. Les Mossi en font d'ailleurs un produit d'échange auquel la conquête du continent par les Européens mettra un terme. Dans cette future colonie de Haute-Volta, les pistes commerciales ont permis l'émergence ou le maintien de places :

- à l'ouest : Bobo-Dioulasso dominé par les marchands dioula,
- au sud-ouest : Gaoua, trafic de l'or des régions lobi contrôlé par les Dioula,
- au nord-ouest : Ouahigouya,
- au centre : Ouagadougou où les Mossi vont rapidement prendre la direction du trafic de l'or depuis Poura,
- au sud : Tenkodogo, passage obligé pour le trafic vers l'est,
- au nord-est : Dori, carrefour pour les villes du nord-est,
- à l'est : Nungu, actuel Fada N'Gourma.

Après une étape de quelques jours à Bobo-Dioulasso, PL. Monteil rejoint Lanfiera plus au nord, il suit les pas du capitaine Binger transitant par Bondukuy. Cette piste forme un décroché à hauteur de Bekuy. Le pays bwa est en effet évité par les caravanes des commerçants en raison des lourds tributs que ces populations prélevaient sur les marchandises transportées. D'ailleurs dans son récit de voyage, Binger rapporte⁴⁶ que : "*Kadou est un petit village bien situé auprès d'un joli ruisseau à l'eau courante, il devrait rapidement se développer, malheureusement personne ne vient s'y fixer, ses habitants vivent dans des transes continues causées par le voisinage de Sâra, fort village niénégué situé dans le nord-est qui est toujours en hostilité avec eux. Il y a là une région dont la cruauté des habitants est de notoriété publique, personne n'y pénètre quoique la route directe pour se rendre de Koroma ou Satéré à Ouahabou et dans le Dafina passe par Sâra, Bouki et*

⁴⁵ Ouagadougou était elle-même située sur des voies transsahariennes

⁴⁶ Binger (L.P), op. cité, p 318

*Pâ. Pour éviter cette région, le chemin actuel décrit un grand arc de cercle vers l'ouest et passe par Bossola, Bonkukoï, Ouakara, Yaho, ce qui allonge le trajet*⁴⁷. La traversée du pays bwa était très redoutée des caravaniers car les autochtones leur imposaient des interdits changeant sans cesse, afin de pouvoir s'emparer des produits transportés. Le Dr Crozat écrit que : "*certains sentiers, même en plein village, étaient un beau jour proclamés interdits aux étrangers, barrés, coupés. Malheur au mal avisé qui s'y aventurerait. Il était frappé d'une amende qui était toujours aussi forte que possible*"⁴⁷. Le pays bwa soumis, la colonisation dessine de nouveaux tracés plus directs pour les voies de communication, ils feront perdre à Bossora son rôle d'étape.

Plusieurs capitales ont un certain rayonnement, compte tenu de leur position le long des axes commerciaux ; ailleurs les lieux pouvant être considérés comme centre d'un territoire ethnique n'ont qu'un rôle limité dans l'organisation de l'espace, tels que Banfora pour les Gouin à l'ouest, Batié chez les Birifor, Dieboucou pour les Djan puis les Dagara. Ces sites n'ont pris une réelle importance que dans la mesure où ils ont un intérêt stratégique pour les Européens dans l'occupation du territoire. On peut parler de polarité ethnique en discordance avec la polarité fonctionnelle dans l'ouest, contrairement aux sociétés du centre et de l'est politiquement organisées. Mais peut-on parler de polarité ethnique à propos des sociétés de l'ouest ? Par leur organisation, les populations ne considèrent que le village où elles résident et les localités avec lesquelles elles entretiennent des relations matrimoniales. Les échanges restent limités. De Dédougou à Ouou, en passant par Houndé et Sidéradougou, plus de quinze ethnies principales se côtoient, et seule Bobo-Dioulasso marque l'espace en raison du développement des activités marchandes.

II - POLITIQUE DE CONQUETE ET SERVICES DE SANTE

L'arrivée des Européens dans les pays voltaïques⁴⁸ date de la fin du 19^{ème} siècle. La conférence de Berlin (1884-85), qui institue les règles de partage du continent entre les différentes puissances coloniales, incite les Français à consolider rapidement leur position en signant des traités avec les chefs des espaces également convoités par les Anglais.

I - La course au territoire

Bien avant la conquête militaire, l'Afrique a été traversée par des explorateurs oeuvrant de leur propre initiative ou pour le compte d'un Etat, principalement les quinze dernières années du

⁴⁷ Cité par JM. Kambou-Ferrand, p 37

⁴⁸ Nous entendons par ce terme les sociétés localisées dans la région des trois Volta

19^{ème} siècle. Les incursions à l'intérieur des terres s'organisent à partir de la côte. La France prend une avance sur ses concurrents puisqu'elle a déjà progressé au sein de l'empire Toucouleur. Ces explorateurs vont ouvrir les chemins vers l'occupation totale du territoire. Parmi les Français qui se sont succédé dans l'ouest africain, trois militaires ont parcouru les premiers ce qui deviendra plus tard le territoire de Haute-Volta. Au cours d'une période s'étendant de 1887 à 1894⁴⁹, les explorateurs que nous avons évoqués précédemment ont conduit des missions qui leur ont permis de prendre contact avec les autochtones et de conclure des traités avec les dirigeants de certains royaumes traversés.

A partir de cette période les "pays des Volta" deviennent un enjeu convoité, trois nations se les disputent : l'Allemagne dépêche des missions depuis le Togoland, la Grande-Bretagne, également proche, du fait de l'annexion de la Gold Coast, et la France. L. G. Binger, parti de la côte (Sénégal), traite avec les souverains de Kong, ce qui lui permet d'atteindre Bobo-Dioulasso sans encombre, de là, il gagne le pays mossi très convoité car il est proche des territoires déjà annexés par la Grande-Bretagne et l'Allemagne. Mais le Moog Naaba Sanem "*refuse la signature d'un traité*" à Binger⁵⁰. Il semble que les populations de la boucle de la Volta soient plus favorables aux Français, A. Duperray signale que lors du passage du Dr Crozat "*dans l'ouest, il a noué de bonnes relations avec les Wattara et les Sanou dans la région de Bobo-Dioulasso ainsi qu'avec l'imam marka de Lanfiera*"⁵¹.

"*Ce sont les Britanniques désireux de préserver leurs intérêts commerciaux dans l'arrière pays de leur colonie de Gold Coast qui décrochent le premier traité à Ouagadougou*". Les Anglais réussissent à traiter avec le chef des Mossi qui semble, en effet, préférer les occupants d'un territoire avec lequel les Mossi pratiquent le négoce depuis plusieurs décennies. Malgré tout, les Anglais redoutent la progression des Français, qui n'ont pourtant jamais pu obtenir d'accord. Le pays mossi est particulièrement attractif car les premiers explorateurs l'ont dépeint comme une région riche en ressources ; L.G. Binger n'insiste-t-il pas sur cet élément dans son récit de voyage : "*ce pays pourrait être riche, sa population est très dense (environ 20 habts/km²)*"⁵². "*En fait, les colonisateurs se sont mépris sur les potentialités. Ils ont fait l'association malencontreuse entre fortes densités de peuplement et possibilités de développement*"⁵³. Ainsi les explorateurs quittent la côte pour progresser vers l'intérieur du pays. Les Français ont conclu de nombreux accords, au nord avec les Peul, à l'est avec les Gourmantché, la progression se fait donc d'ouest

⁴⁹ Le rapprochement des missions est lié aux tensions entre Français et Anglais pour la conquête territoriale

⁵⁰ Duperray (A), "La Haute-Volta (Burkina Faso)", 1992, p 253

⁵¹ ibidem, p 255

⁵² Binger (L.G), Op. Cité, p 501

⁵³ Marchal (JY), "Brève histoire du développement économique de la Haute-Volta", problèmes économiques, 1982, p

en est, l'objectif final est d'annexer et de mettre sous protectorat le pays mossi. A ce titre, "*la direction d'une mission chargée de "devancer les Anglais à Ouagadougou et à Sali, capitale du Gourounsi*"⁵⁴ est confiée au lieutenant Voulet. Au début de l'année 1897, l'ensemble des Etats mossi est définitivement conquis, la soumission des autres populations va s'organiser à partir de là, mais cette fois-ci d'est en ouest.

Le pays mossi est donc le point de départ des Français dont l'objectif est de maîtriser le territoire. En avril "*un traité de protectorat (est passé) avec le marabout de Ouahabou*"⁵⁵, en septembre c'est au tour de Bobo-Dioulasso. Dans la région de Bobo-Dioulasso, la colonisation bénéficie, dans sa progression, de la crainte engendrée par le passage de Samory Touré⁵⁶ qui pratiquait la politique de la terre brûlée. Comme nous l'avons vu précédemment, l'absence d'organisation politique autour d'un pouvoir central des sociétés du sud-ouest fait leur faiblesse et le royaume dioula centré sur Sya a perdu de son autorité. Cela justifie le ralliement du royaume du Gwiriko au traité proposé par les Français : signé en 1897, il plaçait Bobo-Dioulasso sous la tutelle des Français. Cependant cette adhésion ne s'est pas étendue dans l'espace, dans la "région" les autochtones sont restés opposés à cette soumission, d'autant que certains groupes, comme les Karaboro, avaient fait obstacle aux armées de Samory lors de sa progression vers Bobo-Dioulasso.

La conférence de Paris en 1898 fixe la frontière entre possessions anglaises et françaises, au 11ème parallèle de latitude nord, elle reconnaît aux Français la possession et l'intégration à son territoire de l'ensemble du pays mossi. Ce pays, marqué par de fortes densités de population et une organisation étatique hiérarchisée, présentait un intérêt militaire stratégique, "*aussi lorsque Ouagadougou fut prise par la colonne Voulet-Chanoine en septembre 1896*" qui, plus tard, s'illustra tristement à l'est des colonies françaises, "*la France ne douta plus de sa victoire sur le reste des pays voltaïques*". Ces explorations marquent le passage progressif d'une période régie par les échanges transsahariens et les guerres de pouvoir entre les grands royaumes⁵⁷, à une époque coloniale qui débute réellement à la fin du 19ème siècle, avec la capture de Samory Touré et la soumission, en apparence totale, des populations locales.

⁵⁴ Binger (I.G), Op. Cité, p 256

⁵⁵ ibidem, p 258

⁵⁶ Celui-ci veut conquérir Bobo-Dioulasso, lieu de transaction des chevaux venus des royaumes mossi.

⁵⁷ Babemba du Kéné Dougou convoite les espaces autour de Bobo-Dioulasso, mais ce sont les passages de Samory Touré qui seront plus durement ressentis par les populations qui devront l'affronter

2 - Les "pays des Volta" : un ensemble périphérique

a - Constitution de la colonie du Haut-Sénégal-Niger

Avant d'être intégré à la colonie du Haut-Sénégal-Niger nouvellement constituée, cet ensemble faisait partie du second territoire militaire dont la capitale, Bobo-Dioulasso, fut instituée par le commandant Caudrelier en 1898. Aux vastes territoires militaires succèdent des unités plus réduites en superficie, et passées sous administration civile. Dès 1904 "*l'administration directe est généralisée*"⁵⁸, avec la désignation de commandants de cercle et non plus de militaires. Une nouvelle organisation territoriale se met progressivement en place, elle privilégie les lieux offrant une maîtrise des populations, satisfaisante pour les Français. Les centres désignés comme chef-lieu de cercle sont alors Dedougou, Gaoua, Bobo-Dioulasso, Ouagadougou, Fada N'Gourma, Dori et Ouahigouya ; hormis ce dernier ils seront repris par le découpage de 1919. Cette organisation est mouvante, basée sur les pôles préexistants et en fonction de la progression militaire au sein du territoire. Certains villages deviennent ainsi des bases militaires comme Dédougou, d'autres perdent leur rôle structurant. Cependant, le terme "d'administration directe" ne convient pas à l'ensemble du territoire, car le manque de personnel implique le recours aux chefs locaux soumis à l'autorité française. A. Duperray précise que "*l'autorité de ces derniers était fort différente selon les régions. C'est dire toute la gamme des politiques coloniales qui caractérise cette période*". Le sud-ouest fait particulièrement les frais de ce type d'administration à la solde de représentants autochtones sans scrupule⁵⁹. Autour de Bobo-Dioulasso, ce sont les chefs Ouattara ou les Dioula qui ont hérité de ces fonctions ; dans le cercle du Lobi il est plus difficile de trouver des intermédiaires locaux au sein de sociétés basées sur une organisation lignagère.

Il semble que le découpage administratif ne suive pas toujours une logique définie d'avance ; en 1907 "*la politique coloniale s'oriente vers le renforcement du pouvoir des "chefs de cantons" dont les plus dévoués voient leurs territoires s'accroître au détriment de leurs voisins moins coopératifs*"⁶⁰. Les régions aux populations insoumises possèdent plus de postes militaires puis administratifs que le reste du territoire. A la tête de ces cantons "*des auxiliaires de la conquête française*" sont désignés ; ainsi les Bwa de Kari dépendent du Peul Karfalat. Dans la région de Bobo-Dioulasso "*Pintiéba Watara (celui qui alla chercher les Français à Diébougou en 1897) résidait à Kotédougou et avait autorité sur les pays vigué, tiéfo, dorossié et quelques villages*

⁵⁸ Duperray, op. Cité, p 261

⁵⁹ Dans son article A. Duperray intitulait d'ailleurs un des passages : "la boucle de la Volta Noire : paradis des intermédiaires"

⁶⁰ ibidem, p 261

karaboro... Tiéba Watara chef du canton de Bobo-Dioulasso se vit confier les cantons entourant la ville, la région de Faramana, ainsi que les cantons à l'ouest de Bobo. Morofing Watara reçut les cantons de Soungaroudaga, les pays bolon et tagouana dans la partie nord, les pays siamou, toussian, turca et quelques villages sembla". Dans le Tyerla, c'est-à-dire la région de Banfora, les populations refusèrent l'autorité des Watara, d'où la nomination de chefs étrangers à la région.

L'organisation administrative du territoire n'est donc pas partout facile, Y.G. Madiéga⁶¹ précise que *"la tâche est aisée là où il existe des structures politiques traditionnelles auxquelles les populations sont soumises"*. Sur l'ensemble du territoire occupé par les Mossi, l'auteur affirme que les structures traditionnelles ont constitué la base pour la mise en place des chefs-lieux. Par contre, chez les sociétés de l'ouest, sans organisation politique *"l'administration crée des chefs : on fait appel d'abord à des étrangers (Dioula, dans le sud-ouest, Peul en pays bwa et samo) avant de recourir aux "autochtones"*". A Banfora, où le poste de région fut installé en 1900, les Dioula sont également désignés pour servir d'intermédiaires dans les contacts avec les autochtones. Cependant, les régions découpées sont vastes et difficiles à maîtriser, notamment chez les Bwa qui ont été, dès le début de la conquête militaire, farouchement opposés à tout contrôle. Dans de telles conditions il est difficile d'appliquer et de mettre en service un équipement sanitaire en dehors des quelques chefs-lieux de cercles où résident des représentants blancs, les plus "susceptibles" d'utiliser ces services.

Le découpage ne résulte pas d'un espace réfléchi en fonction de ses dynamiques, mais découle essentiellement de la conquête coloniale. Selon J.M. Kambou-Ferrand⁶² *"en ce qui concerne les divisions administratives dans les régions voltaïques, le manque chronique de personnel européen limite jusqu'en 1914 le nombre de cercles aux grandes régions socioculturelles"*. Néanmoins, le caractère agité des populations au sud de la boucle de la Volta Noire contraint les autorités coloniales à opérer des découpages en cantons précis : *"à Bobo comme à Koury, les populations jugées trop indépendantes d'esprit furent érigées en cantons ou villages indépendants"*⁶³. Les traités signés avec quelques chefs locaux, pendant la conquête militaire, ne seront pas le gage d'une soumission totale à la région par des populations autochtones, hostiles à toute domination politique. Des soulèvements s'opèrent pendant la Première Guerre Mondiale, période au cours de laquelle les Français exercent un contrôle moins ferme (faute de personnel et d'équipement). *"En 1914 les révoltes de Yerokofesso en pays toussian et de la région de Banfora annonçaient celles de 1915-16 qui embrasèrent tout "le pays*

⁶¹ op. Cité p 21

⁶² op. Cité, p 347

⁶³ Kambou-Ferrand (JM), op. cité, p 382

*bobo*⁶⁴. De nombreuses révoltes éclatent dans la boucle du Niger de 1914 à 1917. Les contraintes liées à la colonisation, représentées par l'impôt de capitation, les cultures obligatoires et surtout la réquisition de main-d'oeuvre pour les travaux forcés, sont des facteurs déclenchants. Les régions de Banfora et le pays bwa furent les plus perturbés.

Pour que les voies de circulation prennent forme, la main-d'oeuvre locale a été utilisée pendant des décennies. Ces recrutements forcés, opérés par l'administration coloniale, auraient été à l'origine de la révolte des Bwaba en 1914-15⁶⁵. Au-delà de l'anecdote, les raisons profondes des révoltes qui éclatent dans la boucle de la Volta Noire sont liées aux abus de toute sorte, auxquels se livrent des chefs étrangers⁶⁶ à la région. Cette période marque l'arrêt temporaire des travaux relatifs aux voies de communication.

Le R.P. J. Hébert relate le déroulement des révoltes de la boucle de la Volta Noire, successivement chez les Toussian, Gouin, Turka, Karaboro, Bobo, Sembla, et Bwa. Ces insurrections éclatent à des dates différentes et touchent les populations ayant toujours refusé d'être soumises. Les abus des chefs Dioula, parce qu'ils ont acquis beaucoup de pouvoir, ne sont pas sans conséquence. Ils incitent l'administration coloniale à nommer de nouveaux responsables, *"comme conséquence de la révolte, les chefs non autochtones et les représentants étrangers furent destitués de leur autorité"*⁶⁷. Selon Madiéga⁶⁸ ces révoltes : *"cruellement réprimées, d'avril à septembre 1916 entraînent la division du Haut-Sénégal-Niger, trop vaste pour être contrôlé efficacement, et la création de la colonie de Haute-Volta"*. Pour faire face aux abus de pouvoir *"l'organisation d'une chefferie autochtone fut tentée... un poste permanent fut installé à Banfora"*⁶⁹. Il en fut de même pour le canton de Béréba.

L'organisation territoriale porte la marque militaire, les villages choisis comme postes militaires prennent de l'importance et figurent sur les cartes, ils bénéficient à ce titre d'un équipement sanitaire destiné à prendre soins des troupes, avant tout.

⁶⁴ Kambou-Ferrand (JM), op. cité, p 385

⁶⁵ Hébert (J), 1970, Notes et études voltaïques, (p 14), soutient que "un garde nommé M'Pé... contraignit une femme qui venait d'accoucher à venir se joindre aux travailleurs,..., l'enfant décéda sur la route avant même d'atteindre le lieu du travail où se trouvait aussi le père de l'enfant,..., M'Pé fut massacré, le travail cessa et tout le monde se prépara à la lutte"

⁶⁶ Peul ou Dioula, désignés par les autorités coloniales

⁶⁷ Hébert (J), 1970, Notes et documents voltaïques, p 10

⁶⁸ op. Cité p 17

⁶⁹ Kambou-Ferrand (JM), op. cité, p 385

b - L'organisation sanitaire au début de la colonisation

Cette période de mise en place du pouvoir colonial s'accompagne d'action dans différents domaines, dont celui de la santé. Celui-ci est par ailleurs un instrument d'observation de l'organisation spatiale coloniale puisque la structure de soins accompagne la création des centres militaires les plus importants. Il s'agit des postes qui accueillent les plus grands nombres d'Européens pour le contrôle du territoire. Commence alors à se dessiner un réseau de pôles dont la plupart sont confirmés dans leur rôle politique au cours des années suivantes. La santé apparaît donc, dès le début, fortement liée à l'organisation administrative de la colonie.

Les deux premières décennies du siècle, première phase de la période coloniale, n'ont pas eu un impact spectaculaire sur la santé des populations. Elles ont, par contre, constitué la période d'ancrage d'un système sanitaire tourné essentiellement vers les lieux stratégiques. Cette assertion se vérifie à la fois dans la localisation des centres de soins et dans les choix en matière de lutte contre les maladies ; c'est une période de découvertes. JM. Kambou-Ferrand écrit que déjà Monteil, à la fin du siècle dernier, avait observé de "*nombreux villages dépeuplés par la maladie du sommeil dans la boucle de la Volta Noire et dans la vallée du Sourou*"⁷⁰. En pays sénoufo, toujours à la même époque, Marchand traverse un "*pays affamé, ruiné par la guerre et ravagé par une effroyable épidémie de variole*"⁷¹. La santé n'est certainement pas le moindre des soucis pour les autorités françaises puisque partout sévissent des maladies qui n'épargnent pas les "Blancs". Pourtant l'heure est à la maîtrise de l'espace et au début de sa mise en valeur, mais la situation géographique des "pays des Volta" en périphérie d'un vaste territoire, où les déplacements sont longs et pénibles, n'incite pas les colons à s'y intéresser.

Administrer un vaste territoire comme le Haut-Sénégal-Niger, amène à privilégier certains lieux centraux, au détriment des plus marginaux. Le domaine de la santé est une illustration de ce relatif isolement. En 1909, "*le cercle de Ouahigouya ne possède pas de dispensaire et dépend au point de vue médical de Bandiagara, éloigné de 180 kilomètres par la route. D'autre part, le Yatenga, peuplé de plus de 250 000 habitants, constitue un champ assez vaste pour qu'un médecin puisse y exercer son art et y trouver un nombre respectable de malades*"⁷².

L'organisation du système de santé moderne a débuté avec les médecins des armées françaises, exclusivement chargés des soins auprès des troupes jusqu'au début du 20^e siècle. Par la suite, assurant une activité mobile, ils "*se sont mués par une évolution en quelque sorte naturelle*

⁷⁰ Kambou-Ferrand (JM), op. Cité, p 46

⁷¹ ibidem, p 56

⁷² Marchal (JY), 1980 "Chronique d'un cercle de l'AOF", p 40

de leur vocation en praticiens sédentaires voués aux tâches purement civiles de l'assistance médicale aux indigènes"⁷³. Les services de santé commencent à s'organiser. Des infirmeries, des "ambulances"⁷⁴ sont construites dans des lieux ayant été choisis pour leur position géographique ou leur intérêt économique. Ces services suivent donc le découpage territorial tracé par la colonisation, tant dans leur position que dans leur organisation hiérarchique, ils sont le privilège des "Blancs". Les services de l'AMI (Assistance Médicale Indigène) "étaient destinés à satisfaire les besoins sanitaires et hygiéniques de leurs familles, (celles des Européens), ensuite les Africains privilégiés (auxiliaires) et enfin la grande majorité des habitants qui avaient la chance de se trouver sur les voies empruntées par les médecins et qui avaient sollicité leur aide"⁷⁵. La médecine mobile effectuait des campagnes de vaccination contre la variole, peu efficaces car les médecins n'avaient que rarement la possibilité de repasser régulièrement, surtout dans les régions à forte densité humaine. Une attention plus grande fut donc accordée à la médecine curative, pratiquée dans des centres fixes, à laquelle on trouvait plus d'avantages car la consultation n'était pas interrompue par les déplacements forcés des médecins ou des infirmiers. La première guerre mondiale entraîna un affaiblissement de ces services de santé, déjà peu performants, dans la partie voltaïque du Haut-Sénégal-Niger ; la baisse du nombre de médecins en était la conséquence. Les médecins participant par ailleurs au recrutement militaire, nombre de personnes étaient découragées de consulter leurs services.

A sa création, la médecine coloniale était le privilège des Européens ; d'ailleurs "la distribution géographique des formations et des médecins, en fonction de la répartition de la population européenne rendait l'action sanitaire peu efficace. Beaucoup de localités peuplées manquaient de postes médicaux. Parfois, elles en étaient dotées, mais sans bénéficier de la présence réelle d'un médecin"⁷⁶. En 1910, la situation des pays voltaïques n'est donc pas très bonne : "la couverture médicale, (est) l'une des plus faibles de la Fédération à l'instar de la colonie de Mauritanie et du Territoire militaire du Niger. Les seuls centres médicaux constamment en activité sont ceux de Bobo-Dioulasso, Dédougou (Koury), Ouagadougou et Gaoua"⁷⁷. Il n'est pas inintéressant d'insister sur la priorité qui est accordée à l'ouest et au sud-ouest du pays, ces quatre pôles sont des postes militaires ; Dédougou est destiné à maintenir l'ordre parmi les populations bwa insoumises, Gaoua a une position stratégique avec la frontière ghanéenne toute proche, "ce sont les sociétés à organisation non centralisée qui donnent du fil à retordre au colonisateur (le

⁷³ Lapeysonnie (L), 1988, "La médecine coloniale : mythes et réalités", Seghers: médecine et histoire, Paris, p114.

⁷⁴ comme leur nom ne l'indique pas ce sont des installations fixes

⁷⁵ Bado (JP), 1996, "Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique", p 169

⁷⁶ ibidem, p 181

⁷⁷ ibidem, p 170

*pays lobi n'est pacifié qu'à la fin des années 20)*⁷⁸. En outre JP Bado précise : "en tenant compte de la position géostratégique et de l'importance des localités, on s'aperçoit que le nombre de médecins et de postes sanitaires diminuait au fur et à mesure qu'on se rapprochait des zones d'un intérêt secondaire pour la colonisation. De ce fait dans la partie voltaïque (Haute-Volta), la pénurie de médecins et de postes médicaux était encore plus grave"⁷⁹. Ainsi Ouahigouya, Fada N'Gourma et Dori sont dotés d'un poste médical au gré des disponibilités en personnel affecté en priorité aux quatre centres précédemment cités.

c - L'offre de soins héritière du passé

Ce point anticipe sur l'évolution du système de soins mais il convient de préciser l'intérêt d'un développement historique dans l'étude de l'offre de soins contemporaine, le passé modèle souvent le présent et le Burkina Faso n'échappe pas à cette règle.

Le système de santé évolue comme partout ailleurs. Les axes de la politique sanitaire contribuent aux changements, ils sont plus ou moins dépendants des organismes internationaux surtout de l'OMS, qui définissent régulièrement de nouveaux moyens d'action, de façon à améliorer la situation sanitaire des pays qui ont pris du retard dans ce domaine. On le verra en 1978 avec Alma-Ata et en 1987 avec l'Initiative de Bamako. Les moyens d'action fonctionnent sur des modèles prédéfinis, ils sont imposés aux pays adoptants pour garantir leur succès. Tel est le cas de la hiérarchie sanitaire dont l'organisation impose une corrélation relativement étroite avec la hiérarchie urbaine nationale. Or la hiérarchie urbaine est le résultat d'une évolution longue et souvent modelée par la colonisation dans les pays d'Afrique ; il en est ainsi du Burkina Faso.

La règle rang-taille des villes met en évidence un ordre urbain, fonction de l'importance de la population. Les villes sont héritées du passé, l'orientation des voies de communication dépend d'événements chronologiques beaucoup plus récents. Nous avons choisi de relater une partie de l'histoire du Burkina Faso, de sorte qu'apparaisse l'opposition qui a longtemps marqué cet espace. L'organisation politique des sociétés, présentes autour des vallées des Volta, est variée ; ces sociétés ont subi un même colonisateur, la France, mais elles n'ont pas été marquées par les mêmes méthodes et les mêmes événements. Les Français ont opté pour des actions différentes en fonction des populations et donc des lieux. Nous verrons, au cours des points suivants, l'opposition qui existait entre le centre, dont les individus sont soumis à un pouvoir central, et l'ouest qui s'organise autour du village. Les fortes densités de peuplement du plateau central ont

⁷⁸ Madiéga (YG), 1995, "la Haute-Volta coloniale", p 17.

⁷⁹ Bado (JP), op. cité, p 181

un intérêt économique certain pour la colonisation, qui multiplie les pôles administratifs en s'appuyant sur les capitales traditionnelles déjà connues et reconnues des populations locales, même si les liens de subordination ont été modifiés. A l'ouest les choix ont été plus difficiles ; ils dépendaient de la nécessité de maîtriser les groupes de populations instables, ce qui explique que certains centres désignés aient disparu au profit d'autres, au cours des décennies. Quant à l'est et au nord, leur contribution à l'économie et l'organisation spatiale sont faibles. Les pôles créés ont été peu nombreux et ont visé, avant tout, aux contrôles militaire et politique des populations. Cette localisation constitue l'ossature d'un réseau sanitaire qui perpétue et reconnaît les mêmes lieux pour implanter les structures de soins les plus spécialisées.

Nous montrerons au cours du deuxième chapitre que la capitale désignée pendant la colonisation est restée la même après l'indépendance, les pôles administratifs sont identiques à ceux du passé. L'importance des lieux a joué un rôle au cours de l'histoire ; de nouveaux lieux se sont insérés plus récemment, ils étaient connus auparavant mais ils n'ont pris une réelle importance qu'en raison de la diversification des activités économiques dans le pays et de la promotion des activités agro-industrielles.

Le passé n'est pas l'unique facteur influant sur l'organisation de l'espace. Les considérations économiques nouvelles des Français, pendant la colonisation, ignorent l'est et le nord du Haut-Sénégal-Niger, ces marges ne sont pour les Européens qu'un trait d'union avec les territoires militaires du Niger et du Tchad. La Haute-Volta appartient en grande partie à la zone sahélienne. Le Sahel n'a d'intérêt pour le colonisateur que dans la mesure où il constitue un vaste domaine dont la possession permet de se placer parmi les premiers en terme de surfaces annexées. Il était difficile d'espérer des retombées économiques de ces espaces soumis à une longue saison sèche ; la maîtrise administrative exprime bien cette considération et les structures de soins plus encore. Les pays des Volta sont un espace marginal à l'intérieur du Haut-Sénégal-Niger, ils sont éloignés de l'axe de pénétration principal qui a mené les militaires des côtes du Sénégal jusqu'au milieu du continent africain. Toutefois, à l'échelle de cette périphérie une nouvelle opposition marque l'espace ; elle se fait entre des régions méridionales et occidentales où les chefs-lieux administratifs sont pourvus en permanence de postes médicaux, et les espaces à l'est et au nord où les mêmes niveaux administratifs bénéficient de façon intermittente de la présence d'un médecin. Les Français doivent maintenir un personnel plus important qu'ailleurs, mais le nombre reste relatif, pour maîtriser une population plus instable.

CHAPITRE II

EMERGENCE DE NOUVEAUX POLES ET MULTIPLICATION DES EQUIPEMENTS SANITAIRES DE 1919 A 1959

L'année 1919 est riche d'espoir pour les chefs mossi qui ont toujours revendiqué la formation d'une colonie voltaïque regroupant l'ensemble de leur territoire. Au nord comme au sud, les limites de l'ethnie mossi représentent la limite d'extension de la nouvelle colonie qui s'étend à l'est jusqu'au fleuve Niger et à l'ouest la frontière est à mi-chemin entre Sikasso et Bobo-Dioulasso. La frontière occidentale divise ainsi le groupe sénoufo, numériquement fort. Les frontières sont une construction, fruit d'une perception de l'espace colonial et d'un contrôle militaire. Le découpage a été tracé de façon arbitraire, le pays bobo, espace aux faibles densités de population et donc sans grand intérêt économique pour les Français, a été inclus à la Haute-Volta pour faciliter le déplacement des populations mossi, principal intérêt pour le colonisateur. En effet, la colonie du Ghana, possession britannique, empêche tout déplacement direct vers le sud, il faut donc dévier les flux vers l'ouest avant de prendre une direction méridionale ; en outre, une colonie créée uniquement autour du pays mossi n'était pas viable.

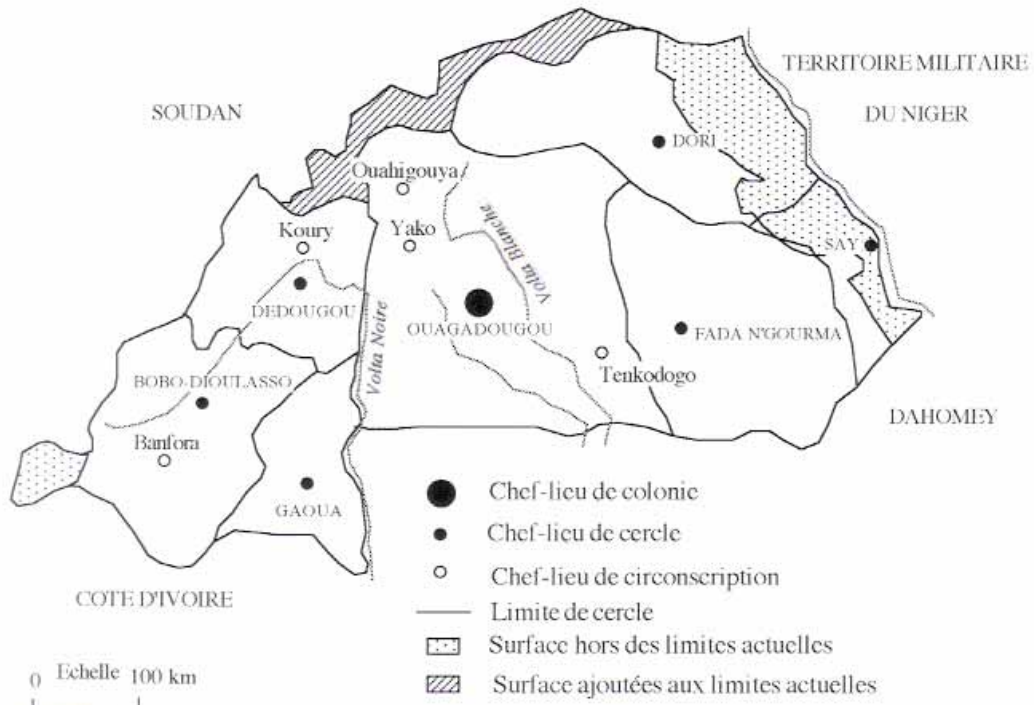
Le contrôle politique fait partie d'un programme impliquant l'équipement en voies de communication, administrations, structures juridiques et structures de santé. Les Français, en tant que colonisateurs, fixent un double objectif : assurer l'approvisionnement de la métropole en matière première et améliorer les conditions de vie des populations africaines. Les projets de mise en valeur de la nouvelle colonie sont toutefois limités, compte tenu des conditions climatiques, peu favorables à une économie de plantation, contrairement aux régions du sud. Les régions méridionales de Côte d'Ivoire souffrent d'un manque de travailleurs, la colonie de Haute-Volta devient alors un "fournisseur" de main-d'oeuvre pour les autres colonies.

Tout déplacement engendre des risques accrus en matière sanitaire, tels que l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui se diffuse notamment lors de mouvements de population. Les objectifs économiques ne vont-ils pas à l'encontre des objectifs sanitaires ? Comment assurer des soins à des personnes régulièrement en déplacement et susceptibles de transporter avec elles les germes d'endémies, absents ou peu répandus dans d'autres espaces. Dans ce contexte quelle est la "politique"⁸⁰ de santé menée durant cette période ?

⁸⁰ Il s'agit surtout d'objectifs fixés mais pas d'une politique clairement définie comme celle qui est appliquée actuellement

Figure 5

LA COLONIE DE HAUTE VOLTA EN 1919



Source : Madiaga (YG), "Aperçu sur l'histoire coloniale du Burkina"

I - L'ORGANISATION TERRITORIALE DE 1919 A 1932

Le maintien de l'ordre et le développement économique favorisent la création de la colonie de Haute-Volta. Elle est en grande partie née de l'insoumission des sociétés villageoises de l'ouest, et des révoltes qui ont éclaté en leur sein au cours de la première guerre mondiale. L'étendue du territoire, trop vaste, est une entrave à l'encadrement des populations. Enfin, la constitution de la colonie a pour objectif de dévier les courants d'échanges établis vers la Gold Coast au profit de la Côte d'Ivoire. La politique se concrétise par la multiplication des voies de communication, avec un intérêt particulier accordé à la voie ferrée Abidjan-Niger.

Les Français créèrent la colonie de Haute-Volta afin que le pays mossi soit situé au centre des nouvelles limites auxquelles *"ils agrégèrent les régions habitées par les populations qualifiées de "races voltaïques""*⁸¹. *"C'est finalement Ouagadougou, résidence du Moog Naaba qui fut retenue comme capitale, les considérations politiques l'ayant emporté"*⁸². La situation centrale de Ouagadougou était un atout supplémentaire. Du Haut-Sénégal-Niger il reste le découpage interne peu modifié, hormis le cercle de Ouahigouya qui disparaît pour être rattaché à celui de Ouagadougou et former une entité exclusivement mossi (figure 5). Les limites suivent approximativement celles des royaumes ou Etats préexistants à la colonisation, *"le premier Gouverneur de la Haute-Volta, Edouard Hesling, réorganise le découpage suivant des principes basés sur les caractéristiques ethniques et géographiques... Autant les frontières ont fait fi des considérations humaines autant le découpage interne essaie de prendre en compte ces données"*⁸³.

Les chefs-lieux sont confirmés, pour certains leur atout est leur position stratégique au sein d'un territoire difficile à maîtriser : Gaoua, Dédougou préféré à Koury dès 1911 puisque localisé à l'intérieur de la boucle de la Volta Noire, parmi des populations particulièrement réfractaires aux autorités ; Bobo-Dioulasso a l'avantage de constituer depuis longtemps un pôle commercial particulièrement dynamique ; quant à Dori, Fada N'Gourma et Ouagadougou, bien qu'étant des capitales reconnues par une population importante et organisée, surtout pour les deux dernières, leurs chefs traditionnels ont traité avec le colonisateur et ont consenti une relative soumission.

⁸¹ Kambou-Ferrand (JM), op. Cité, p 13

⁸² Duperray (A), op. Cité, p 270

⁸³ Maharaux (A), 1992, "Le géographe et le tracé des espaces coloniaux et post-coloniaux", p 356

1 - Le gouverneur Hesling et la politique de développement économique

Une fois la capitale fondée à Ouagadougou, une politique d'exploitation est mise en place : elle implique la création d'un réseau routier puisqu'il convient de désenclaver la colonie restée longtemps en léthargie avant sa création. *"En 1919 la Haute-Volta est, avec quelques trois millions d'habitants, la plus peuplée des colonies d'Afrique noire ... Afin d'éviter que la colonie ne soit réduite à devenir un réservoir de main-d'oeuvre pour les territoires voisins, il (le gouverneur) décide d'y promouvoir un développement fondé sur l'émergence d'une agriculture plus performante"*⁸⁴. Nous nous attarderons sur deux grands projets qui doivent profiter directement à la colonie : la culture du coton et la création de voies de communication. Cette colonie doit être viable pour la métropole, par conséquent il faut lui trouver un intérêt, ce sera la culture du coton. Ces deux projets sont liés l'un à l'autre dans leur expansion, mais la Haute-Volta doit également son existence aux mouvements de population imposés entre les colonies.

a - La culture du coton et "l'exportation" de main-d'oeuvre

La politique économique va se fonder sur des connaissances théoriques non vérifiées, qui offrent à la colonie de Haute-Volta une image de potentialités physiques et humaines importantes. La culture cotonnière, déjà pratiquée traditionnellement, apparaît sous un jour nouveau alors que les besoins en France se font sentir. Envisagée, mais pas étendue dès les premières années de la colonie, la politique cotonnière est lancée en 1924 par le gouverneur E. Hesling.

Pendant la période coloniale, la Haute-Volta fait partie des stratégies de communication des autorités françaises. Elle va bénéficier du développement d'un réseau routier en même temps que de l'intérêt porté à la culture cotonnière. D'autres cultures sont également développées comme l'indique Y.G. Madiéga, dans l'ouest :

- l'encouragement de la culture du riz dans la région de Bobo-Dioulasso et Banfora,
- la diffusion des cultures maraîchères à Sakabi, Banankéléda, Banfora,
- l'ouverture de pistes pour le bétail vers Bobo-Dioulasso, avec la diminution des tarifs de leur transport par voie ferrée, dans le but d'orienter vers la Côte d'Ivoire un commerce jusqu'alors tourné vers la Gold Coast.

⁸⁴ Schwartz (A), "La politique coloniale de mise en valeur agricole de la Haute-Volta (1919-1960)", 1995, p 267

Les rendements toujours plus élevés demandés aux cultivateurs, notamment par l'institution de champs collectifs, les forcent à négliger les cultures vivrières au profit des cultures de rente. Résultat, "*en 1931 la famine est générale dans le pays*"⁸⁵.

La production de coton a progressé d'année en année, essentiellement "grâce" aux ordres donnés par les autorités. Mais l'existence de la colonie s'est davantage justifiée par son rôle de réservoir de main-d'oeuvre pour les colonies limitrophes, peu densément peuplées, elles manquent de travailleurs, contrairement à la Haute-Volta. "*Faute de pouvoir produire du coton, la Haute-Volta devra produire des hommes. Et le trafic s'organise entre les cercles densément peuplés du pays mossi et la colonie de la Côte d'Ivoire, principalement*"⁸⁶ ; les Bobo, Samogho, Sénoufo, Lobi faisaient également partie de ces mouvements imposés vers les colonies limitrophes, mais en effectifs plus faibles. En 1924 un administrateur du cercle de Ouahigouya rapportait : "*il a été expédié de Ouahigouya : le 12 avril : 430 manoeuvres sur le Railway de la Côte d'Ivoire, le 30 juin : 105 manoeuvres sur les chantiers de Thiès-Kayes. Les établissements de Diapandaké (maisons Deves et Chaumet près de Kayes), accrédités par le Gouvernement local, demandent en ce moment 200 ouvriers pour leurs plantations de sisal, dâ, coton, arachides etc*"⁸⁷. Ces prélèvements vont se poursuivre et seront même un des facteurs de dislocation de la colonie en 1932.

Les migrations sont le résultat de la politique économique imposée par les pouvoirs, ou du désir de fuir des populations. En effet l'impôt de capitation institué très tôt, accable les populations, celles-ci se déplacent vers la Gold Coast afin de gagner les revenus nécessaires au règlement de cette redevance. Les mouvements sont importants, à tel point qu'en 1926 un administrateur déplore : "*de nombreux bons absents sont signalés comme étant en Gold Coast ... Questionnés sur le lieu de résidence de leurs jeunes gens, les chefs de famille répondent invariablement : Salaga (Gold Coast). Il est à présumer que dans quelques années, il faudra, avec la permission des Anglais, aller faire le recrutement à Koumassie*"⁸⁸. Les déplacements sont en quelque sorte un prolongement des échanges antérieurs à la colonisation. En réponse à des prélèvements de tous ordres, les populations émigrent vers cette colonie dès le milieu des années 1920. Les Anglais pratiquent alors une politique coloniale moins accablante pour les hommes, que celle des Français ; en outre "*en colonie anglaise, les ressortissants français ne paient pas l'impôt et ne sont pas astreints aux prestations administratives. De plus et surtout, le salaire est de 270 fr. par*

⁸⁵ Mandé (I), op. Cité, p 274

⁸⁶ Marchal (JY), op. Cité, p 6

⁸⁷ *ibidem*, p 96

⁸⁸ *ibidem*, p 113

mois contre 39 fr. en Côte d'Ivoire"⁸⁹. Toutefois les cercles limitrophes au pays mossi ne sont pas en reste et JY. Marchal mentionne que la famine de 1914 "est le point de départ d'un grand mouvement migratoire vers les régions situées à l'ouest du pays mossi, plus propices aux cultures".

JM. Kambou-Ferrand⁹⁰ fait état du récit d'une femme lobi désignée pour travailler en Basse Côte au cours des années 1940, mais cette histoire aurait également pu se passer au cours de la décennie précédente : "nous avons marché jusqu'à Banfora (plus de 100 km), ... De Banfora à Agboville, on nous transporta dans un train alimenté au charbon de bois, ... Les conditions de travail et le travail lui-même étaient très durs. Nous demeurâmes un an dans la forêt, et y effectuâmes le travail d'une plantation de café à tous les stades : débroussaillage, plantation de jeunes arbres, récolte d'anciens champs, ... Au bout d'un an, une autre équipe vint nous relever. Je ne sais pas de quelle région de Haute-Volta elle provenait. Nous fîmes le même chemin au retour qu'à l'aller, avec pour tout salaire six francs, et une couverture militaire."

Dès ses premières années d'existence, la colonie de Haute-Volta s'orienta rapidement vers une fonction de réservoir de main-d'oeuvre. "Ainsi nous arrivons en Haute-Volta, dans le pays mossi. Il est connu en Afrique sous le nom de réservoir d'hommes : trois millions de nègres. Tout le monde vient en chercher comme de l'eau au puits. Lors des chemins de fer Thiès-Kayes et Kayes-Niger on tapait dans le Mossi. La Côte d'Ivoire, pour son chemin de fer, tape dans le Mossi"⁹¹. Deux types de mouvements vont prendre forme : les mouvements imposés, qui sont la conséquence de la demande de force de travail pour les projets de développement et les mouvements volontaires pour échapper à ces recrutements imposés par l'administration. La fuite s'est orientée vers la colonie anglaise de Gold Coast ou sur une plus courte distance dans les régions limitrophes, à l'abri dans les forêts. Elles ont servi de refuge estimé hors d'atteinte, notamment le long des cours d'eau, dans des espaces peu contrôlés par l'administration. "La pénétration française inversa les espaces de sécurité et les espaces où le risque dominait, la seule chance d'échapper au contrôle militaire était de fuir en brousse"⁹². En 1915, un administrateur à Ouahigouya remarquait déjà : "on connaît les difficultés auxquelles s'est heurté mon prédécesseur au cours du dernier recrutement : jeunes gens s'enfuyant dans la brousse ou atteignant le haut des

⁸⁹ Marchal (JY), déjà cité, p 130

⁹⁰ Kambou-Ferrand (JM), 1995, "Souffre, gémis, mais marche : regard d'une paysanne lobi sur sa vie au temps colonial", p 151

⁹¹ Mande (I), "Les migrations de travail des Voltaïques", 1995, p 317, citant Albert Londres qui écrivait ces lignes en 1929 dans "Terre d'ébène, la traite des noirs"

⁹² Hervouët (JP), "La mise en valeur des vallées des Volta Blanche et Rouge : un accident historique"

collines rocheuses (comme à Tébéla), ou s'enfuyant dans les cercles voisins (comme à Ouétini)⁹³. "Les Mosé et les Bissa de Tenkodogo, qui évacuaient les villages pour se soustraire aux impôts et aux prestations, se cachaient souvent dans les environs de la Volta blanche ou émigraient au nord de la Côte-de-l'or"⁹⁴. A ces mouvements il faut ajouter des migrations spontanées vers la Gold Coast pour les travaux saisonniers mieux rémunérés par les autorités anglaises. Pour remédier à ces fuites on cherchait des travailleurs parmi les populations locales, "les prestataires étaient recrutés à Bobo-Dioulasso et à Orodara pour la construction de la voie de Bobo-Dioulasso-Sikasso."⁷⁸ Qu'ils soient décidés ou forcés ces déplacements ne seront pas sans conséquence sanitaires ; ils "eurent de graves conséquences sociales et sanitaires avec le réveil et l'expansion des foyers trypaniques, l'essor de la lèpre et la propagation de l'onchocercose"⁹⁵. Quant aux populations voltaïques, réfugiées dans les forêts-galeries, elles offraient un terrain favorable à l'expansion de la maladie du sommeil. Leurs perpétuels mouvements, de crainte d'être découvertes, et les conditions dans lesquelles ceux-ci s'effectuaient, favorisaient la diffusion de la maladie des régions infestées vers des espaces non touchés. Avant 1919, le comportement des populations était déjà favorable à la propagation de la maladie du sommeil ; la constitution de la colonie va accélérer le processus en intensifiant les déplacements de population, des espaces endémiques vers des régions forestières non atteintes, mais propices au développement du vecteur de la maladie.

Quant aux territoires sahéliens, s'ils ne sont pas concernés par cette endémie, ils ne sont pas pour autant exempts de maladies dont la propagation est facilitée par les caravanes de commerçants qui sillonnent ces régions et sont porteurs de germes, sources d'épidémies fréquentes.

b - Le rôle déterminant des voies de communication dans l'organisation de l'espace

Les voies de communication ont été réorientées en fonction des besoins exprimés par le colonisateur ; l'un des desseins était d'acheminer le plus rapidement possible les travailleurs vers les plantations. Le schéma des axes de circulation se trouve alors profondément transformé. Les axes de circulation au Burkina Faso structurent l'espace et déterminent l'importance et la hiérarchie

⁹³ Marchal (JY), op. Cité, p 79

⁹⁴ Bado (JP), op. Cité, p116

⁹⁵ ibidem, p 197. Une situation favorisée par l'état de révolte qui sévit dans les "pays des Volta" au cours de la première guerre mondiale, les troupes militaires françaises ayant diminué leurs effectifs. Les populations ne voulant pas se soumettre aux autorités coloniales fuient vers les zones boisées pour échapper aux éventuelles recherches, au sein d'espaces particulièrement favorables au développement des endémies telles que la trypanosomiase

des villes ; ils interviennent ainsi indirectement dans la localisation des structures de soins, dans la mesure où les pôles dominants généralement bien desservis, accueillent ce type d'équipement.

La colonisation a donné lieu à une nouvelle organisation de l'espace qui, sans entraîner la disparition complète des axes d'échanges traditionnels d'orientation méridienne, a fortement minimisé leur rôle au profit d'un réseau réorienté vers l'est et vers la capitale, Ouagadougou, désignée par les Européens. Le relief peu marqué, excepté au niveau de la falaise de Banfora, n'a jamais constitué un obstacle infranchissable pour les autorités coloniales, même si le passage de la falaise a nécessité de longs travaux.

L'objectif de notre étude n'est pas de nous étendre sur le rôle de la colonisation dans la modification des axes d'échange ; une modification qui est liée au développement des villes côtières, et qui a fait perdre de son importance au commerce s'effectuant vers l'intérieur du continent ouest-africain. La colonisation contribue à la disparition progressive des grandes routes caravanières au profit de nouvelles pistes. En Haute-Volta, le nouvel axe principal a un tracé transversal dans le prolongement d'un axe dessiné depuis la côte ivoirienne. Avec l'instauration de ces nouveaux axes routiers les Français souhaitent réorienter les courants d'échanges, jusqu'ici tournés vers la Gold Coast, en faveur de la Côte d'Ivoire. *"La Gold Coast, avec Koumassie, et les divers marchés échelonnés au nord de Koumassie constitue le grand débouché non seulement du cercle de Ouahigouya, mais encore des cercles du Niger"*⁹⁶. L'intérêt, pour les Français, de relier le Sahel aux régions littorales, est assez important pour qu'une voie de chemin de fer soit tracée. L'objectif est de joindre Abidjan en Côte d'Ivoire à Niamey au Niger et de dévier vers la Côte d'Ivoire les courants d'échange, que ce soit pour le travail ou les produits, de façon à mettre en valeur la colonie ivoirienne. La vocation économique du chemin de fer en fait un axe de jonction international alors que la route a plutôt un intérêt régional, voire local.

Les voies de communication tracées ne tiennent nullement compte des échanges locaux, il s'agit de grandes voies d'approvisionnement répondant à d'autres critères d'organisation et qui, plus largement, sont destinées à satisfaire la métropole. La RN1, dont l'itinéraire est pratiquement rectiligne entre Bobo-Dioulasso et Ouagadougou, ne s'est pas appuyée sur des voies traditionnelles puisque les échanges entre ces deux villes ont été pendant longtemps peu développés⁹⁷. Elle a été créée au début du siècle par les autorités coloniales pour des raisons politiques et militaires, de façon à permettre à la France de se maintenir dans un espace où

⁹⁶ Marchal (JY), op. Cité, p 102

⁹⁷ Binger dans son récit de voyage signale (p376) que "le Mossi envoie quelques chevaux à Dioulassou et Dasoulami". Les échanges entre les capitales du Gwiriko et du Mossi restaient donc assez faibles, d'autant que Ouagadougou était elle-même située sur une voie commerciale

pouvaient s'exercer les rivalités européennes⁹⁸ et pour des raisons économiques, afin d'assurer la desserte des régions productrices enclavées. D'autres pôles comme Houndé, par leurs pratiques commerciales développées, ont été plus attractifs. Enfin les localités qui accueillait un poste militaire ont justifié l'orientation de certains axes. Au sud-ouest, les villages de Matourkou, Noumoudara, Toussiana, ... ont été le théâtre de l'épopée samorienne. Ils jouissaient d'une certaine reconnaissance bien avant que la colonisation ait planté ses jalons et réorganisé l'espace, malgré la difficulté présentée par la falaise de Banfora, qui doit être franchie pour accéder à Bobo-Dioulasso depuis Banfora. Ce tracé présentait assez d'atouts pour être choisi. En outre, à l'est de cet itinéraire la région (dans la plaine du Tyerla) possède une faible occupation humaine et l'habitat dispersé ne présente aucun pôle de développement sur lequel s'appuyer. Ainsi le pays Tiéfo s'intègre plus largement dans un espace peu peuplé au sud-est, depuis Sidéradougou jusqu'à Mangodara ; il a été évité⁹⁹, il était pourtant traversé par une piste commerciale au cours de la période précoloniale. Les pôles ayant une histoire ont donc été décisifs dans le choix du tracé :

- position de carrefour et de desserte du territoire : Banfora, Houndé,
- situation politique : Wahabou capitale des musulmans, Boromo rôle politique et

"qui apparaissait comme un centre économique à la fois pour la plaine centrale habitée par les Mossi et pour la région du sud-ouest habitée par les Lobi" selon M. Nana.

Tout au long de cette période, les marges frontalières ont donc été délaissées, dans la mesure où les échanges commerciaux se sont effectués, principalement le long des régions côtières. Dès le début de la colonisation un glissement des pôles politiques s'opère. Au début du siècle, Bobo-Dioulasso est capitale du deuxième territoire militaire dont les limites sont modifiées quelques années plus tard pour former le Haut-Sénégal-Niger, avec Bamako pour capitale, choisie quelques années après Kayes. Dès lors toute la région des Volta se trouve dans une position excentrée, éloignée du pouvoir central, compte tenu de la qualité des voies de communication et de l'importance du personnel européen chargé de maîtriser et de mettre en valeur le territoire.

En 1919, un nouveau changement désigne Ouagadougou capitale. Malgré tout, la discontinuité du découpage territorial dans le temps n'a pas les mêmes conséquences sur les pôles économiques que sur les pôles politiques. Bobo-Dioulasso va en effet conserver sa primauté sur

* Toutefois il s'agissait avant tout d'actions qui s'inscrivaient au sein d'un plan aboutissant à une organisation territoriale menée d'abord par les militaires car la région de Bobo-Dioulasso, contrairement au pays mossi, n'a pas fait l'objet de convoitises de la part de puissances étrangères, la position des Anglais étant plus au sud en pays lobi

⁹⁹ On attribue ce "vide humain" au passage de Samory Touré qui, pourchassant le rêve de soumettre le royaume de Gwiriko, s'est attaqué au seul bastion qui pouvait encore constituer un obstacle à son entrée à Bobo-Dioulasso (voir supra) : le pays tiéfo qui était le point de passage de la voie commerciale reliant Bobo-Dioulasso à Kong. Aujourd'hui le pays tiéfo est enclavé, il ne possède pas de voies de transit carrossables pour les transporteurs comme la région qui s'étend au sud de cet espace

Ouagadougou en raison de sa situation géographique renforcée par l'organisation du réseau de commercialisation. Cette ville constitue une zone de passage forcé, le pays mossi à l'est, et la présence d'une colonie anglaise au sud, sont des atouts supplémentaires. Pôle économique, Bobo-Dioulasso l'était par le passé, sa fonction de carrefour commercial est confirmée pendant la colonisation. En effet, la Côte d'Ivoire est une colonie rapidement mise en valeur par les colons, dont l'objectif est d'établir une sorte de symbiose avec les territoires plus au nord (pays des Volta). La présence à l'est de la Gold Coast implique la création de voies de circulation orientées sud-nord avec un changement de direction ouest-est pour atteindre le pays mossi ; changement qui s'opère à Bobo-Dioulasso, ville déjà dynamique, sur laquelle la nouvelle organisation territoriale peut s'appuyer. "*L'arrivée, en 1934, de la voie ferrée Abidjan-Niger à Bobo-Dioulasso va grandement faciliter l'acheminement de la force de travail voltaïque à destination du sud*"¹⁰⁰. Bobo-Dioulasso est ainsi devenue point de passage, mais surtout point de rupture de charge, avant que le chemin de fer n'atteigne Ouagadougou. Compte tenu de son importance, l'axe routier Bobo-Dioulasso-Ouagadougou a été doublé par le chemin de fer pendant la période coloniale.

La situation générale du peuplement a certainement déterminé les choix du tracé des routes, les villages traversés existaient déjà. On peut penser qu'indirectement les aspects sanitaires ont influé sur ces options¹⁰¹, toutefois ce sont avant tout les aspects démographiques ou économiques, et non le caractère sanitaire d'un lieu, qui ont motivé les choix de passage des axes de circulation. Pour être viables les voies de communication ne pouvaient donc que traverser des pôles ayant un certain dynamisme, pouvant rassembler les marchandises destinées à la métropole et recruter la main-d'oeuvre nécessaire aux grands travaux d'équipement en basse et haute côte. Les choix du tracé des routes, comme celui du chemin de fer, sont assez variables, la fonction même de ces axes s'est modifiée. La vocation est économique¹⁰², elle est liée aux cultures commerciales imposées aux colonies, dans le but de satisfaire l'économie de traite.

Les voies de communication sont un moyen d'atteindre plus rapidement les régions productrices, et de réduire les distances, comme l'attestent les tracés qui se concentrent dans l'ouest, le centre et le sud du pays, répondant ainsi aux objectifs coloniaux, le nord est moins bien équipé. De nouveaux pôles d'attraction se dessinent, et Bobo-Dioulasso va se distinguer une nouvelle fois. Dans le passé son marché était tributaire du trafic des commerçants caravaniers. De

¹⁰⁰ Schwartz (A), "La politique coloniale de mise en valeur agricole de la Haute-Volta", 1995, p 280

¹⁰¹ Les grandes endémies (trypanosomiase,...) ont été reconnues plus tard comme une des explications du "vide humain" le long des vallées, il n'y avait donc pas d'intérêt à tracer des voies de communications au sein d'espaces désertés par la population

¹⁰² JP Augustin, 1994, "La Haute-Volta à l'épreuve du territoire" (p 403) "Parmi les raisons invoquées lors de la création de la Haute-Volta, les arguments économiques semblent prépondérants." Le pouvoir colonial organise donc le développement économique de ce nouveau territoire à partir de 1919.

1934 à 1954¹⁰³ l'administration coloniale le désigne comme point de rupture, position favorisée par le chemin de fer dont Bobo-Dioulasso sera la dernière étape après environ 800 km de parcours depuis la côte. Sa situation physique et ses caractéristiques économiques lui ont permis de conserver sa place au sein des échanges commerciaux régionaux. Sa position médiane est favorable aux contacts avec les pays limitrophes¹⁰⁴ (actuels Mali et Côte d'Ivoire) et permet d'accéder au cœur du pays mossi.

Si la ville de Bobo-Dioulasso apparaît comme un point de passage obligé, autour d'elle la division ethnique et la faible représentation numérique des populations offrent peu de points d'appui. La région ouest se présente comme un espace de rencontre composé de trois grands groupes ethniques : les Bobo, avec pour chef-lieu Bobo-Dioulasso ; les Bwa dont la capitale est située plus au nord, les Sénoufo à l'ouest avec comme centre Sikasso. Il y a donc peu de lieux susceptibles d'être désignés centre administratif ou pôle économique. En conséquence, les postes militaires, créés pour maîtriser des populations insoumises, ont apporté la réponse aux interrogations. *"Les troupes militaires ont utilisé les repères laissés par les explorateurs qui se sont appuyés sur les guides indigènes"*¹⁰⁵. La création des voies de communication a eu pour but principal de servir la cause coloniale (recherche et utilisation de main-d'oeuvre, installation de l'économie de traite...) et d'évacuer les produits de la traite : coton, arachide, beurre de karité, bétail. L. Thiam¹⁰⁶ rapporte qu'il y avait :

"- une route partant de la côte pour aboutir au coeur du pays mossi à Ouagadougou, la capitale administrative et passant par Bobo-Dioulasso ville commerçante et chef-lieu de la zone la plus fertile sur le plan agricole

- une route allant de Kaya à Fada N'Gourma pour l'arachide*
- une route allant vers le nord-est pour les points d'élevage*
- une route du coton" entre Bobo-Dioulasso et Ouagadougou.*

¹⁰³ Date à laquelle le chemin de fer est inauguré à Ouagadougou

¹⁰⁴ JP Augustin rappelle (p 402) que "les pays de la Haute-Volta furent le point de friction entre les intérêts français et britanniques". Une fois les premières limites dessinées elles firent l'objet de nombreuses modifications pendant toute la période coloniale.

¹⁰⁵ Thiam (L.), 1983, "Le problème des transports en Haute-Volta (de 1896 à nos jours)". Binger fut l'un d'eux sinon le plus important. En effet JP Augustin (p 400) note que "les premiers textes réellement fondés sur la région sont ceux du Capitaine Binger, faisant suite au voyage qui le mène en 1889 de Bamako à la Côte d'Ivoire en passant par Sikasso, Ouagadougou et Kong".

¹⁰⁶ Thiam (L.), op. cité

Pour son tracé le rail a répondu à certains impératifs. M. Nana¹⁰⁷ indique que le tracé de la voie ferrée avait pour projet de traverser Kong, cependant la perte de dynamisme de ce centre, qui subit les attaques de Samory Touré¹⁰⁸ avant son arrestation par les troupes françaises, a contraint à opter pour le tracé passant par Ferkessedougou. De là, le trajet ne pouvait "*prendre une direction autre que celle de Bobo-Dioulasso via Banfora*". Entrepris à partir de 1904 en Côte d'Ivoire sa lente progression ne lui permit pas d'atteindre Bobo-Dioulasso avant 1934. L. Thiam précise que l'achèvement de la ligne à Ouagadougou en 1954¹⁰⁹ a vu le jour "*grâce aux travaux de l'entreprise française de dragages et travaux publics*" et "*grâce à l'usine de traverses en béton créée à Dafinso en 1944 qui a fourni une partie du matériel*". Dans le sud-ouest la voie de chemin de fer suit exactement le trajet de la route entre la frontière ivoirienne et la ville de Bobo-Dioulasso, avec les gares de Niangoloko, Banfora, Péné, puis jusqu'à Ouagadougou, en suivant le tracé en parallèle ; les rails s'éloignent de la route¹¹⁰ et ne se croisent à nouveau que dans la capitale burkinabè. En 1911, le tracé prévu évitait pourtant Bobo-Dioulasso et sa région puisqu'il devait relier directement Kong à Boromo.

Ailleurs les capacités agricoles potentielles, des espaces qui dépendaient administrativement ou géographiquement de ces postes, ont favorisé les choix, tel fut le cas lorsque le chemin de fer Abidjan-Niger a atteint Bobo-Dioulasso. Comme le souligne M. Nana, sa poursuite est incertaine, deux options s'offrant aux colonisateurs. Outre celle de Ouagadougou, il semble que Dédougou fut quelque temps envisagée comme étape suivante, la voie s'orientait alors vers la colonie du Soudan. Ce poste administratif présente un intérêt économique, en plus d'un élevage développé, "*Dédougou occupe dès 1928 la seconde place après Ouahigouya*"¹¹¹, et tient une place importante dans le domaine de la production cotonnière "*elle battait de loin sa rivale Ouagadougou avec 1 300*

¹⁰⁷ Nana (M), 1984, "Héritage colonial et développement : rôle historique et socio-économique du chemin de fer Abidjan-Niger dans le développement de la Haute-Volta "

¹⁰⁸ Selon Y. Person, Samory envisage l'attaque de Kong en raison des multiples attaques orchestrées par cette ville contre les caravanes. Après plusieurs avertissements demandant soumission aux habitants, aucun accord est négocié avec Samory, (P 1878) "Au début 1897, il devint évident qu'il préparait une exécution militaire et que Kong était visée".

¹⁰⁹ Après l'Indépendance un prolongement, d'une centaine de kilomètres vers le nord, sera réalisé pour atteindre Kaya

¹¹⁰ Le relief plus marqué dans la région de Houndé avec les collines birrimiennes posait des difficultés pour la réalisation de la voie ferrée. Un tracé plus septentrional a donc été choisi. M. Nana (p⁷⁹) précise que Boromo devait être joint mais "ce tracé fut très vite abandonné en raison de l'état accidenté du relief, susceptible d'entraîner des coûts très élevés". Dafinso, Kouentou, Dorossiamasso, Maro, Béréba ont été désignés pour accueillir les gares, cependant aujourd'hui le train ne s'arrête qu'à Béréba. Il rejoint ensuite Siby après environ 160 km de trajet depuis Bobo-Dioulasso, seul lieu où la voie dédoublée permet le croisement des trains

¹¹¹ Nana (M), op. Cité, p 126

tonnes contre 726 tonnes". Mais "des forces politiques redoutables aussi bien à Ouagadougou qu'à l'extérieur (notamment en métropole) contribuèrent au triomphe du tracé en direction de Ouagadougou"¹¹². L'objectif du chemin de fer fut alors de détourner les travailleurs qui se déplaçaient par milliers vers le Ghana, ils se dirigent alors vers les colonies françaises. Il faudra attendre plusieurs décennies avant que le double axe rail-route soit achevé.

Plus que la route, la voie ferrée est liée au développement des cultures obligatoires. Son tracé a été étudié de façon à toucher les pôles économiques susceptibles d'offrir un intérêt pour les autorités françaises. Le prolongement de cet axe jusqu'à Ouagadougou a permis de développer le passage et la circulation des populations et des marchandises. Il a longtemps constitué une sorte de monopole dans l'évacuation des marchandises vers la Basse Côte et l'approvisionnement du pays, jusqu'à ce que le bitumage de la RNI donne un souffle nouveau aux axes routiers." *En 1983, le rail acheminait la quasi totalité du trafic international de marchandises du Burkina Faso ; aujourd'hui il ne doit pas en écouler plus du tiers, sans doute même moins...*"¹¹³. La voie de chemin de fer a contribué au façonnement de l'espace et à la formation du réseau urbain. Le rail est devenu progressivement un élément fondamental de l'organisation de l'espace, permettant à certaines villes d'éclorre. Bobo-Dioulasso, en tant que point de rupture de charge pendant deux décennies, a dominé le réseau, économiquement et démographiquement, avant d'être récemment relégué au second plan par la capitale administrative. Ceci explique la bicéphalie actuelle qui caractérise le Burkina Faso. Une situation accentuée par la volonté marquée des autorités, d'accroître les échanges avec la Côte d'Ivoire pendant la colonisation. Ouagadougou a lentement accru son rayonnement après être devenue à son tour point de rupture de charge du rail.

A travers l'absence de voies de communication et d'équipements collectifs, apparaît le manque d'intérêt porté aux régions périphériques. Ceci conduit à la formation d'un espace non homogène. Un désintérêt évident se manifeste pour le nord du pays à travers les voies de communication et bien d'autres équipements dépendant de l'Etat. L'espace sahélien est peu attractif du point de vue économique, il fait frontière avec une région malienne délaissée. Le réseau de circulation représente le minimum de ce qui pouvait être réalisé en matière de désenclavement. Au nord, le tracé des routes contraste avec les pistes méridionales qui se ramifient ; les points d'appui septentrionaux sont peu nombreux, d'où le faible nombre de structures de soins dans cet espace, les disparités avec l'ouest du pays sont encore plus prononcées. Les très faibles densités, déjà observées par les premiers explorateurs, n'ont pas empêché le passage de la RNI, axe principal de la colonie. D'autres voies régionales passent par l'ouest et en font un carrefour, alors que peu de pôles économiques se sont développés avant l'arrivée des Français ; contrairement aux régions

¹¹² Nana (M), op. cité, p 128

¹¹³ Cosaert (P), Cahiers d'outre-mer, 1990, n°169, p. 57

sahéliennes, l'ouest est situé à proximité de régions qui ont un intérêt économique pour la métropole. Ce déséquilibre en voies de communication se retrouve-t-il dans l'équipement sanitaire ?

2 - Un réseau sanitaire peu développé et dépendant du découpage administratif

La constitution de la colonie sera un atout pour les voltaïques désormais mieux équipés, même si de nombreuses disparités demeurent au sein du territoire. Il semble que les situations très hétérogènes qui sont apparues à travers les équipements routiers, se maintiennent dans le domaine sanitaire. La répartition des structures de soins dépend des mêmes contraintes. Si la médecine curative est la principale activité des services de santé, il n'en demeure pas moins que ceux-ci s'engagent dans de multiples actions englobant également les soins préventifs, notamment la vaccination contre la variole.

a - Evolution de l'organisation du réseau sanitaire

La santé est un enjeu économique pour le colonisateur, le silence qui a longtemps entouré les méfaits de la mouche Tsé-Tsé est lié à cette considération. Au début du siècle, les observations à propos de la maladie du sommeil laissaient déjà pressentir dans ce cas les risques accrus découlant des mouvements de personnes ; des risques importants lors du déplacement d'individus, atteints par la trypanosomiase, vers les espaces présentant des conditions favorables au développement de la maladie. Or la Haute-Volta n'est considérée viable que dans la mesure où elle fournit de la main-d'oeuvre aux colonies limitrophes, aussi, maintenir les échanges de personnes entre colonies contribue à ignorer la maladie et ses conséquences. Le réseau sanitaire ne s'organise pas en fonction de la situation sanitaire, bien qu'elle soit considérée comme alarmante par certains médecins de la colonie et par les missionnaires, dans la région de Ouagadougou, en raison 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.

Le réseau sanitaire prend forme au bénéfice des pôles urbains où sont construits des hôpitaux aux services spécialisés, au détriment d'un milieu rural souffrant d'un manque d'établissements et de personnel. Un arrêté du 3 mai 1926 prévoyait la construction d'un hôpital dans chaque capitale de colonie, la période 1919-1932 est donc favorable dans ce sens aux populations voltaïques. La ville de Bobo-Dioulasso, bénéficie d'un poste médical dès le début du siècle¹¹⁴. A partir de 1920, elle se voit dotée d'une structure dénommée "ambulance" militaire,

¹¹⁴ Gouvernement général de l'AOF, 1906, "Service médical au Haut-Sénégal et Niger"

devenue à partir de 1955 le deuxième hôpital national du pays, après Ouagadougou. Les services de soins se fixent également dans les chefs-lieux de l'administration coloniale.

Les années 1920 voient *"le triomphe de la politique coloniale réaliste et pragmatique où la santé des Noirs devint un vrai leitmotiv pour le succès de la mise en valeur économique"*¹¹⁵. L'intérêt est d'autant plus important pour les pays voltaïques, que la colonie de Haute-Volta a été constituée en 1919. A sa tête, se trouve le gouverneur Hesling qui allait *"tout mettre en oeuvre pour rapprocher les populations des médecins par l'augmentation du nombre de centres sanitaires (hôpitaux, dispensaires et maternités) en assurant leur équipement"*¹¹⁶. JP. Bado évoque les décisions prises par le gouverneur en matière de santé : *"il privilégia la lutte contre le paludisme, les maladies d'origine hydrique et la rage. La variole resta toujours la priorité"*¹¹⁷.

Quant à la trypanosomiase, si elle est toujours présente et pose problème aux autorités, elle n'est pas pour autant l'objectif principal des structures sanitaires. A cette position une raison : comme toute colonie, la Haute-Volta est mise en valeur pour le bien de la métropole qui trouve en elle, du fait de sa forte démographie, une réserve de main-d'oeuvre pour l'exploitation des terres peu peuplées de Basse Côte notamment. Dès lors, on oriente l'assistance médicale vers la médecine préventive, sociale et collective ; mais pour ne pas nuire aux activités, la trypanosomiase et la lèpre sont passées sous silence alors qu'elles font des ravages. Les conditions de diffusion de ces maladies sont en effet en corrélation avec les mouvements des populations. Or le gouverneur de Haute-Volta a orienté l'activité de la colonie, à la fois vers la culture cotonnière et vers la circulation imposée des hommes pour le travail sur les plantations ivoiriennes. D'autres pathologies liées à l'eau sévissent, telle la dracunculose ; au cours des années 1920, elle semble particulièrement toucher les cercles du sud (Batié, Gaoua, Bobo-Dioulasso) mais son extension ne se limite pas à ces régions. *"Les marchands hausa, dyula, yarse parasités participaient à l'essaimage des germes pathogènes"*¹¹⁸. La bilharziose est également décelée dès la première décennie du 20^{ème} siècle. La multiplication des pathologies, et l'intérêt que porte l'administration à certaines régions, favorisent la multiplication des structures capables de prendre en charge la santé des populations. Ceci peut justifier l'insuffisance des établissements existants dans les régions sahéliennes qui n'ont pas de réel intérêt économique.

"De 1924 à 1931, le service de santé de la Haute-Volta connut des changements significatifs, avec l'augmentation du personnel et du nombre d'établissements ... Les

¹¹⁵ Bado(JP), 1995, op. Cité, p 192

¹¹⁶ *ibidem*, p 214

¹¹⁷ *idem*, p 195

¹¹⁸ Bado(JP), 1996, op. Cité, p 402

Figure 6

LOCALISATION DES DISPENSAIRES DE HAUTE-VOLTA AU DEBUT DES ANNEES 1930



Source : Bado (JP), "Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique"

*établissements sanitaires se répartissaient entre hôpitaux, dispensaires, maternités, postes de consultations sur les chantiers et centres vaccino-gènes*¹¹⁹. Malgré tout, le personnel n'est pas en assez grand nombre et la médecine préventive reste limitée en milieu rural. Villes et chantiers (surtout ceux du chemin de fer) profitent des services de santé. Les structures de soins sont situées pratiquement sur tout le territoire, le nord de la colonie paraissant toutefois quelque peu délaissé (figure 6). Une opposition centre-périphérie apparaît dans le nombre et la distance existant entre les dispensaires. Au centre de la colonie les structures de soins sont nombreuses et relativement proches les unes des autres, elles correspondent aux fortes densités démographiques d'un groupe politique organisé, les Mossi, au sein duquel les Français sont très présents. La proximité de certains dispensaires est liée à la double présence militaire et religieuse, puisque Pabré ou Réo sont les lieux d'implantation des Pères Blancs. Nous verrons en effet dans le point suivant que le pays mossi a été le premier sur le territoire voltaïque à être converti, avec plus ou moins de succès. La convergence de ces éléments oppose donc le centre à la périphérie. En effet les densités démographiques plus faibles autour du pays mossi justifient un équipement moins important, mais d'autres critères interviennent pour expliquer les disparités. A l'ouest les religieux se sont établis tardivement, ils ne s'engagent donc pas dans la lutte sanitaire sur cette partie du territoire, ce qui explique certainement le relatif éloignement des dispensaires les uns des autres. A titre de comparaison, dans un rayon de 150 km autour de Bobo-Dioulasso il n'existe que deux dispensaires (Diébougou et Banfora), ils sont trois fois plus nombreux autour de Ouagadougou pour la même superficie. Cette dispersion s'accroît à l'est de la Haute-Volta, espace relativement délaissé par la politique de développement coloniale.

En 1925, l'AMI (Assistance Médicale Indigène) est réorganisée, l'action préventive et sociale prend de l'importance. La médecine coloniale développe des services de traitement mobiles qui assurent l'encadrement des populations, de façon à remédier au manque d'infrastructures dans les campagnes, mais surtout afin de lutter contre les endémies qui sévissent en Afrique de l'Ouest. Cet "outil" préventif est composé d'équipes mobiles qui traitent les patients au niveau de centres de rassemblement et permettent aux malades d'effectuer des trajets moins longs et aux soignants de pallier la pénurie de carburant. Des campagnes de vaccination contre la fièvre jaune sont réalisées, elles ne deviendront réellement efficaces qu'à partir des années 1940.

Au cours des années 1930, parallèlement aux structures fixes, un service de prophylaxie est développé. Si les équipements se sont multipliés, ils restent en faibles nombres : 20 en 1932 pour une population estimée à environ trois millions d'habitants. Ils ne contribuent pas encore à l'amélioration significative de l'état de santé des populations.

¹¹⁹ Bado (JP), 1996, p 231 et 235

b - Les missionnaires, les populations et la santé

Les populations africaines ont été soumises aux autorités administratives laïques et, en partie, aux missionnaires qui avaient pour objectif de les convertir au christianisme. Dans l'ouest Volta, les Pères Blancs se sont installés assez tardivement et ce n'est qu'en 1927¹²⁰ que la préfecture apostolique de Bobo-Dioulasso (après celles de Bamako et Ouagadougou) a été créée. Les missionnaires avaient préféré oeuvrer en premier lieu au sein d'une aire culturelle définie, en l'occurrence celle des Mossi-Dagara.

Ce n'est qu'en 1912 qu'ils prirent la décision de se disperser sur le territoire des Volta. L'ouest, jusqu'ici négligé, voit quelques postes de mission sommaires se créer en pays samo et bwa (Bondukuy en 1913). Parallèlement le protestantisme et l'Islam progressent mais touchent malgré tout peu de personnes, l'Islam est surtout pratiqué par les Dioula et les Peul convertis. Aujourd'hui, dans la province du Houet, les musulmans sont en majorité des étrangers à la région, les autochtones sont restés animistes pour la plus grande partie d'entre eux.

La religion n'influe pas directement sur le comportement des populations¹²¹ face aux soins de santé moderne ; mais les Pères Blancs ont participé, même si ce n'est qu'à l'échelle locale le plus souvent, à l'amélioration de la santé des populations, soit en prodiguant des soins, soit en fournissant des médicaments. Leur implantation se fait en négatif de celle des militaires ; les Pères Blancs s'installent dans des régions où les représentants de l'administration coloniale sont moins nombreux. Leur mission justifie certainement leur implication rapide dans la lutte contre les grandes endémies ; ce fut le cas du Père Goarnisson auprès du médecin-colonel Jamot. Quel fut leur rôle dans le domaine sanitaire ? Si la religion catholique n'a pas connu une grande diffusion parmi la population, cela est dû aux choix des missionnaires qui ont souvent préféré s'établir dans des villages ne dépendant pas du contrôle direct des coloniaux¹²². Les rapports, parfois tendus avec les autorités coloniales et les options politiques qu'ils ne partageaient pas, ont certainement motivé ces décisions. J.R. De Benoist note : "*en fait, on constate que les Pères Blancs, loin de rechercher le voisinage des autorités coloniales ont tendance à fonder leur mission à une certaine*

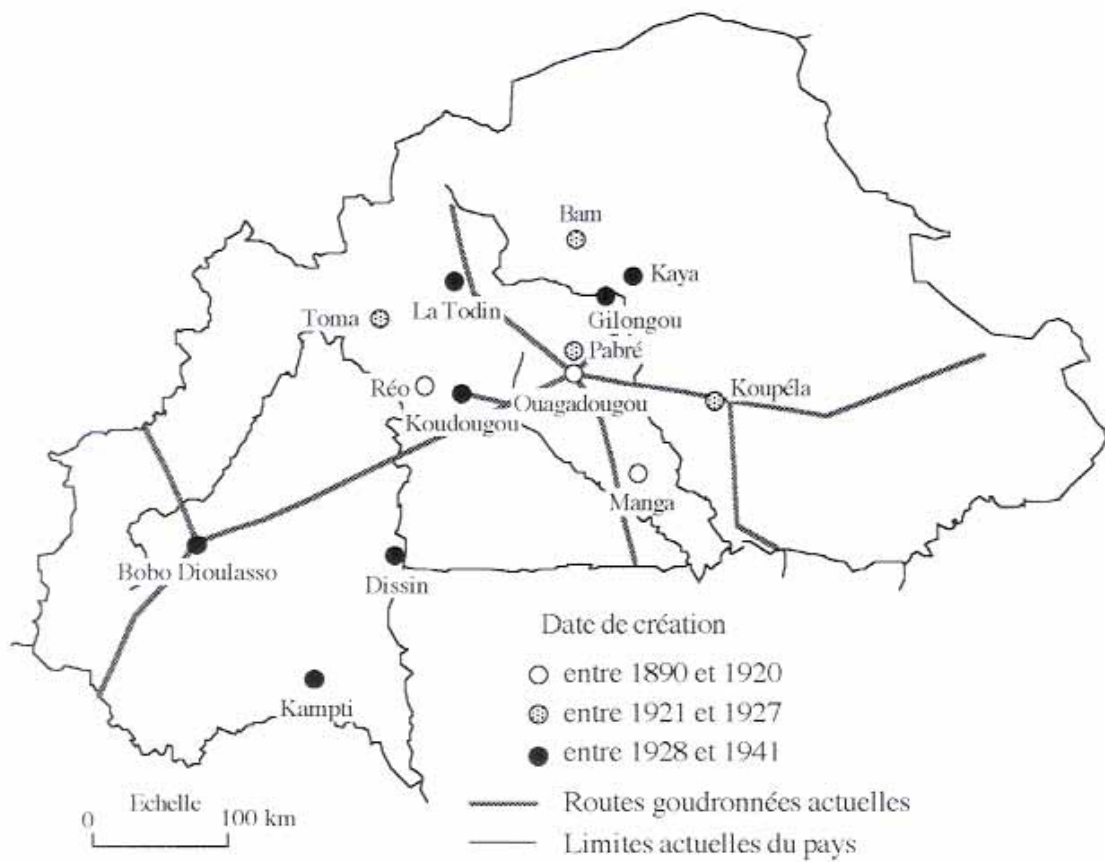
¹²⁰ Some (M). 1992 "La christianisation de l'ouest Volta"

¹²¹ En milieu rural malgré la conversion au christianisme de certains habitants, il n'est pas rare de les voir pratiquer des rituels animistes

¹²² Aujourd'hui on ne recense que 4% de chrétiens, le pourcentage est faible comparativement à l'Islam qui touche 26% de la population, cependant ceux-ci sont peu nombreux comparés aux autres pays du Sahel, qui comptent souvent plus de 80% de personnes se déclarant de confession musulmane (80% au Niger, 68% au Mali)

Figure 7

LES POSTES DE MISSIONS CATHOLIQUES DE 1890 A 1941



Source : Benoist de (JR), 1987, "Eglise et pouvoicolonial au Soudan français"

*distance des postes administratifs*¹²³. Au cours des années 1930, de nouveaux soulèvements de population ont lieu, leurs causes sont identiques à celles qui avaient mené les populations à la révolte de 1914-1916 : l'exploitation par les chefs de villages désignés par le pouvoir colonial, ces soulèvements vont impliquer les instances religieuses. En effet, la prise de position des missionnaires, à l'encontre de la politique coloniale, leur confère une image positive auprès des populations locales ; celles-ci sollicitent leur intervention auprès des administrateurs pour mettre fin à leur exploitation¹²⁴.

Si la religion n'a pas connu une adoption massive de la population, la diffusion des postes de mission est importante au centre de la colonie. M. Some note que *"les Pères Blancs avaient préféré suivre les repères historiques dans leur expansion, négligeant ainsi l'ouest-Volta"*. La figure 7 de l'évolution des postes de missions ne laisse en effet aucune équivoque, le pays mossi a été l'aire d'action privilégiée et prolongée des missionnaires ; JR. De Benoist les décrit comme des hommes désireux d'améliorer la situation des "indigènes" à travers la santé et l'éducation. Si leurs objectifs et leurs moyens d'action peuvent être discutés, il est indéniable qu'ils ont contribué à l'équipement sanitaire du pays, soit par création spontanée d'un lieu de soins, soit par "concurrence" avec les autorités laïques¹²⁵. L'ouest n'est atteint à grande échelle qu'en 1927 par la vague de christianisation, elle est liée à une politique d'expansion tardive, les instances supérieures ayant toujours évité la dispersion divisant les forces et les moyens de conversion. Les missionnaires continuent de s'implanter, à distance faible certes, mais éloignés des lieux choisis par les coloniaux par volonté de se démarquer des autorités laïques.

L'action des missionnaires a eu une conséquence sur l'équipement en structures de soins, qu'ils ont contribué à densifier. Là où se trouve une mission catholique, une structure de soins existe, *"les missionnaires ne font là qu'obéir aux recommandations de leur fondateur qui voulait qu'un dispensaire soit adjoint à chaque poste de mission, et aux directives de leur évêque, qui voit*

¹²³ De Benoist (JR), 1987, "Eglise et pouvoir colonial au Soudan français", p 84. Dans ce qui correspond à l'actuelle province du Houet, des missions ont été créées à Bobo-Dioulasso, Koumi, Nasso, Toussiana. En pays Bwa, la religion catholique, sans toucher un nombre conséquent d'individus, est toutefois assez répandue spatialement

¹²⁴ C'est en pays bwa que les villageois se montrent particulièrement actifs comme à Popioho, Kéré, Sara, Bouéré, Bouahoun alors que d'autres, comme à Houndé, sont plus réticents, les populations redoutent la reprise des terribles répressions qui avaient eut lieu au cours des années 1910. Certains catéchumènes s'attachent à encourager la rébellion, ils parcourent les villages. Afin de les contrôler et limiter ainsi leur rôle, une nouvelle mission est créée en 1935 à Wakara en plein pays bwa

¹²⁵ JR. De Benoist relate qu'au début du siècle, les missionnaires accompagnent leur implantation de la construction d'un dispensaire, "l'administration ne pouvait laisser aux missionnaires l'exclusivité de cette méthode "d'approvisionnement". Par exemple, à Ségou, elle organise une léproserie laïque pour concurrencer celle des soeurs", op. Cité, p 161

*dans ces soins un moyen de gagner la confiance des auditeurs et de se les attacher*¹²⁶. La carte des établissements sanitaires au cours des années 1930 montre la présence d'un poste de santé dans des villages qui n'ont aucun rôle administratif à cette époque, ce sont Réo, Bam et Pabré où des missionnaires se sont établis. Quant aux populations de l'est et du nord de la colonie, les missionnaires les ignorent, certainement parce qu'elles sont plus généralement de confession musulmane. Ils se sont impliqués dans une action éducative (notamment dans le but de former des catéchumènes parmi les populations capables de répandre la bonne parole en leur nom). Pour notre part, nous retiendrons leur oeuvre sanitaire, importante dans certains lieux, comme l'oeuvre du Père Goarnisson à Ouagadougou. Avec le médecin colonel Jamot, il va créer une école destinée à former des infirmiers capables d'identifier et soigner les malades de la trypanosomiose. Supervisés par les médecins de l'AMI, les dispensaires des missions sont ravitaillés par l'administration coloniale.

3 - Les grandes endémies et la politique coloniale avant le démembrement de la colonie

Evoquer la maladie du sommeil à ce stade n'est pas une anticipation sur la chronologie des faits, elle est déjà connue par le colonisateur, mais elle ne fait pas encore partie des activités des services de santé car elle est volontairement ignorée. Il est nécessaire de connaître les raisons qui motivent le comportement des autorités coloniales au regard de l'endémie, alors que le but de l'AMI est d'améliorer la santé des indigènes. L'amélioration de l'état de santé des populations passe obligatoirement par l'éradication des maladies et des vecteurs qui sévissent.

Deux vecteurs en Afrique Occidentale sont à l'origine de la transmission de la trypanosomiose : *Glossina palpalis* et *Glossina tachinoïdes*. Le premier est signalé jusqu'au 14ème parallèle dès le début du siècle, *"une vingtaine d'années plus tard, après la première vague de sécheresse, la limite septentrionale de G. palpalis et de G. tachinoïdes a reculé de plus de 100 kilomètres vers le sud"*¹²⁷. *"En région de savane, la survie et la pérennité des deux espèces responsables de la transmission de la maladie du sommeil dépendent essentiellement de l'eau ou du moins d'une humidité suffisante préservée par un couvert végétal assez dense"*¹²⁸. Ces conditions limitent l'étendue des aires de répartition des glossines, elles se localisent essentiellement le long des cours d'eau où le couvert arboré est plus important, *"la galerie forestière est, de par son homogénéité climatique et végétale, un axe de déplacement idéal permettant une circulation*

¹²⁶ De Benoist (JR), p 161

¹²⁷ Hervouët (JP), Laveissière (C), 1991, "La trypanosomiose humaine en Afrique de l'Ouest", p 22

¹²⁸ *ibidem*, p 22

*continue des insectes*¹²⁹. Les foyers reconnus de la maladie du sommeil, pendant la période coloniale, se situaient le long des cours d'eau boisés mais également dans les bois sacrés. Les Tsé-Tsé ont la capacité de se déplacer d'un gîte à l'autre, même distants de plusieurs kilomètres.

Au début de la colonisation, si les conditions de développement des vecteurs ne sont pas encore bien connues, des foyers sont identifiés le long de la Volta noire et autour de Ouagadougou principalement.

En effet la trypanosomiase n'est pas une découverte récente. Elle a été évoquée pour la première fois en 1902 dans le rapport du Dr Gouzien lors d'une mission le long de la Volta Noire : *"il décrit et dénombre les villages riverains abandonnés et note l'extrême abondance des mouches piqueuses (à cette époque, le rôle des glossines ou mouches Tsé-Tsé n'était pas encore clairement établi)"*¹³⁰. Et de confirmer en 1908 *"c'est au voisinage des trois Voltas (blanche, noire et rouge) dans leurs cours supérieurs que se déroulent nettement les péripéties du drame dont nous observons aujourd'hui le prologue"*¹³¹. Suite aux constats du Dr Gouzien il est proposé de créer des hypnoseries, proposition non retenue : *"il convient de rappeler que l'AMI était surtout due à la volonté d'éradiquer la variole"*¹³², en outre, *"survint la première guerre mondiale et l'intérêt pour la maladie du sommeil disparut totalement ou presque"*¹³³. A vrai dire les autorités étaient conscientes des conséquences de la maladie du sommeil et ont eu pour réflexe de détruire les villages et de déplacer les populations les plus atteintes vers d'autres lieux. *"Nous pensons, en effet, d'après le dire des indigènes qu'il y a quelques années, la trypanosomiase humaine était d'une certaine importance. Qu'il faille en chercher la cause ou non dans le déplacement des villages et des cultures, toujours est-il qu'à l'heure actuelle, la trypanosomiase ne se rencontre plus que dans la région très limitée qui borde la Volta Noire dans le cercle de Bobo-Dioulasso (...) L'attention du commandant du cercle a été attirée sur la nécessité de détruire les gîtes de glossines et de déplacer les villages infestés"*¹³⁴. En 1924, il est envisagé un déboisement partiel *"l'éparpillement de la population est tel que le déboisement partiel autour des villages, aux points d'eau, aux escales, ne peut être efficacement entrepris qu'avec le concours de la population entière à certaines périodes de l'année"*. Cette solution témoigne de la prise de conscience des autorités, de la maladie et de la

¹²⁹ Hervouët (JP), Laveissière (C), 1991, p 28

¹³⁰ Lapeysonnie (L), 1995, "La trypanosomiase humaine africaine et la Haute-Volta", p 379

¹³¹ Bado (JP), 1995, "Les maladies de l'eau en Haute-Volta de la conquête à 1932", p 409. En outre Monteil dans ses écrits relatifs à ses voyages cite de nombreux villages dépeuplés par la maladie du sommeil dans la boucle de la Volta Noire et dans la vallée du Sourou.

¹³² Bado (JP), 1996, "Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique", p 121

¹³³ Hervouët (JP), "Le mythe des vallées dépeuplées", p 24

¹³⁴ Le Dentu (R), "L'état sanitaire de la population indigène et le fonctionnement du service de l'assistance médicale dans la colonie de Haute-Volta pendant l'année 1922"

faiblesse des moyens mis en oeuvre pour l'éradiquer. La situation sanitaire s'aggrave, les flambées épidémiques sont la conséquence de la politique de recrutements intensifs des habitants pour les travaux forcés ; ils ont conduit les Voltaïques à fuir vers des régions plus sécurisantes à leurs yeux. Cette fuite sera fatale pour beaucoup d'entre eux.

L'absence de considération pour la trypanosomiase dans la mise en valeur de l'espace se retrouve dans tous les domaines. Les voies de communication, et principalement le rail, ont pour but d'acheminer les productions vers la côte ; la destination finale est la métropole.

La présence de vecteurs de maladies le long des cours d'eau a-t-elle été prise en compte pour éviter le contact entre les hommes et les Tsé-Tsé ? Le milieu naturel, et plus particulièrement le réseau hydrographique, influent-ils sur les options de tracé des voies de communication ?

Dans l'ensemble de la colonie *"les cours d'eau se rattachent à trois bassins principaux : les bassins des Volta, de la Comoé et du Niger"*¹³⁵. Au sein des bassins des Volta¹³⁶, le Mouhoun (ex Volta noire) est le seul cours d'eau permanent qui s'écoule à cette latitude (13° de latitude nord) en Haute-Volta. Le Nakambé et le Nazinon, qui se rejoignent sur le territoire ghanéen pour former la White Volta, ont un écoulement intermittent, au-delà de 11°50 de latitude nord. Le climat des régions, où ces deux rivières ont leur origine, est la cause de ce faible écoulement. L'ex Volta Blanche prend sa source près de Ouahigouya et l'ex Volta Rouge près de Boussé (à environ 50 km au nord-ouest de Ouagadougou), sous un climat sahélien pour le premier et dans une zone de transition entre climat nord-soudanien et climat sahélien pour le second. L'écoulement est donc intermittent et se fait en saison des pluies, comme dans toutes les rivières situées dans les régions septentrionales et orientales qui appartiennent au bassin du Niger (Sirba, Béli, Tapoa ...). Preuve que le réseau hydrographique a peu d'incidence sur le tracé des voies de communication, la route principale est perpendiculaire au tracé des cours d'eau qu'elle traverse sans problème. Les liaisons méridionales sont, pour la plupart, parallèles aux rivières et, hormis la route Ouagadougou-Pô, elles les traversent rarement. Au sud-ouest de la Haute-Volta, l'opposition du relief, entre le plateau et la plaine, révèle un réseau hydrographique dont l'orientation diffère. Le Mouhoun s'écoule en direction du nord-est et reçoit comme affluents de rive droite le Tui et la Bougouriba, ces deux rivières limitent respectivement au nord et à l'est notre "région" d'étude. Au sud, les deux Léraba et la Comoé prennent une direction méridionale.

Dans la partie septentrionale, le réseau de communication semble avoir été tracé en parallèle avec les cours d'eau qui sillonnent l'espace. Cependant, deux routes menant vers le Mali par Fo et

¹³⁵ Atlas Jeune Afrique, "Le Burkina Faso", p 5

¹³⁶ Les bassins des Volta s'étendent sur 120 000 km², celui de la Comoé sur 18 000 km², celui du Niger sur 72 000 km²

Koloko traversent sans difficulté ces éléments. A une échelle plus petite, cette orientation n'apparaît pas fortuite, ni dictée par un réseau hydrographique n'ayant que peu d'impact sur les déplacements, alors qu'il est souvent tenu responsable de certains "vides humains" aujourd'hui. Un ensemble ouest burkinabè se dessine donc, il reprend en partie des itinéraires anciens ou désigne de nouveaux lieux susceptibles d'accueillir le passage des circuits d'échange, évitant en partie le réseau hydrographique mais pas le relief. En somme, le réseau hydrographique a peu influé sur le tracé, toutefois B. Guérin spécifie que le Mouhoun "*jusqu'à la construction du pont terminé en 1978, obligeait les véhicules à effectuer un détour de 25 km, et pouvait bloquer le trafic lors des fortes crues*"¹³⁷. Le relief semble offrir une "opposition" plus marquée pour le chemin de fer, construit en parallèle à la route nationale. Le tracé a évité la région au relief birrimien de Houndé et a pris un itinéraire un peu plus au nord, sans être très éloigné de la route.

Le réseau routier favorise toutefois les interfluves, est-ce dans un but sanitaire ? On peut s'interroger car il s'oppose parfois à l'orientation des cours d'eau principaux (perpendiculaire au Mouhoun, à la Bougouriba,...). Si le réseau routier ne suit pas les grands cours d'eau c'est qu'il y a peu de villages, il passe là où se trouvent les hommes. Il est également plus facile de suivre les interfluves moins accidentés, il n'y a pas d'obligation de construire des ponts. Il est probable qu'à l'époque du tracé les autorités coloniales avaient conscience de quelques nuisances liées à l'eau et aux vecteurs de maladies qui se développaient le long des forêts-galeries et touchaient, il y a peu de temps encore, une grande partie des populations burkinabè. Mais la "réalité sanitaire" était encore volontairement ignorée, négligée, pour des raisons politiques et économiques. Les impératifs économiques ont souvent supplanté l'attention que l'on pouvait accorder à la situation sanitaire des populations. Peut-on affirmer que le réseau routier a contribué à la diffusion de certaines pathologies comme la trypanosomiase dans notre région d'étude ? Rien ne nous permet de le préciser. Cependant l'expansion de chantiers, pour les travaux d'équipement routier, se faisait parfois dans des lieux où les conditions naturelles forment un complexe pathogène, favorable au développement de la maladie.

Il est évident que les déplacements de populations "saines", sur des chantiers dans des zones déjà infestées, présentaient des risques, aggravés lorsqu'ils approchaient les cours d'eau. JP. Bado précise "*le danger trypanique était encore plus grand pour les travailleurs des chantiers souvent infestés de glossines. De fait quatre manoeuvres décédèrent des suites de l'affection dans le poste médical du chemin de fer de Banfora où, d'ailleurs, la maladie avait été signalée par le futur homme politique P. Ouezzin Coulibaly, alors instituteur*"¹³⁸. Les risques sont accrus en milieu de savane, les contacts homme/eau, et par conséquent avec le vecteur, se font pratiquement

¹³⁷ B. Guérin, 1982, "A propos de l'influence socio-économique de la route Ouagadougou-Bobo-Dioulasso"

¹³⁸ Bado(JP), op. Cité, p 267

toujours dans les mêmes conditions. La situation est différente en milieu forestier, les comportements agricoles diffèrent selon les ethnies et entraînent des contacts variables, plus ou moins prolongés entre l'homme et la glossine. Nous évoquerons une étude de C. Laveissière¹³⁹ en 1976 afin d'appuyer nos propos. En effet, au cours des années 1970 un foyer de trypanosomiase humaine a été détecté dans la région de Ouahigouya, qui se situe au nord de la limite d'extension des vecteurs de la maladie, la présence de trypanosomés a été identifiée au cours des années de sécheresse qui ont sévi entre 1971 et 1973. Pour survivre, une grande partie de la population a migré vers la Côte d'Ivoire, dans des aires où sévissaient la mouche tsé-tsé. Une enquête, relativement récente par rapport à la période étudiée dans ce chapitre, confirme que la présence de porteurs de trypanosomes dans un milieu sain, mais favorable au développement du vecteur, peut entraîner la naissance d'un foyer de trypanosomiase humaine, si les conditions y sont favorables.

Dès sa création, en raison des fortes densités démographiques du pays mossi, la Haute-Volta a été désignée réservoir de main-d'oeuvre. Des groupes d'hommes sont régulièrement dirigés vers les colonies de Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Dahomey, ... Le nombre d'enfants par femme est l'un des plus élevés de la colonie, un constat toujours d'actualité aujourd'hui. *"Ainsi, pour atteindre cet objectif, des dizaines, voire même des centaines de milliers de Voltaïques, parmi lesquels de nombreux porteurs de trypanosomes, de bacilles lépreux et de filaires onchocerquiennes, partaient le plus souvent à pieds vers ces colonies et ces régions. Autrement dit, les motifs de la constitution de la Haute-Volta accélérèrent le processus de propagation des trois affections"*¹⁴⁰. JP. Bado insiste sur le comportement surprenant des autorités coloniales à propos de la trypanosomiase : *"ce besoin de travailleurs pour les impératifs économiques dissuada, à coup sûr, toute initiative pour dénoncer les ravages de la maladie du sommeil et de la lèpre"*¹⁴¹. Là se trouve tout le paradoxe de la Haute-Volta, les autorités sanitaires coloniales reconnaissent l'existence de la maladie du sommeil ; il est confirmé que la diffusion augmente avec le déplacement des individus, malgré tout, les autorités obligent les populations à se déplacer.

L'existence de la colonie est basée sur le mouvement des populations, elle est destinée à fournir la main-d'oeuvre nécessaire aux différents chantiers entrepris pour l'infrastructure routière et ferroviaire et pour l'exploitation des sols dans la colonie de Côte d'Ivoire. Limiter ces mouvements pour éviter de contaminer d'autres foyers c'était limiter l'extension de la trypanosomiase, mais du même coup c'était condamner la colonie de la Haute-Volta qui n'avait pas assez d'atouts agricoles pour "être rentable" pour la métropole. JP. Hervouët et C. Laveissière écrivaient : *"les problèmes politiques sont souvent à l'origine du déplacement de cohortes de*

¹³⁹ Laveissière (C), 1976, "Un "foyer" de trypanosomiase humaine sans glossines : Ouahigouya"

¹⁴⁰ Bado (JP), p 214

¹⁴¹ *idem*

réfugiés entraînant un brassage humain propice à la propagation de toutes sortes de germes pathogènes, dont le trypanosome : à ce propos on se rappellera l'observation de Brau (1926) sur l'accroissement de la maladie du sommeil, dans le pays lobi et le nord de la Côte d'Ivoire, après le passage de Samory "et de la multitude d'indigènes de toutes races qu'il traînait à sa suite"¹⁴².

En 1927 plusieurs événements coïncident et confirment l'ignorance volontaire de la trypanosomiase. 1927 est la première année de présentation de statistiques officielles sur la maladie du sommeil, "à partir de 1927 seront entreprises les premières prospections systématiques : cette année-là, 88 malades sont officiellement recensés"¹⁴³. Par ailleurs, E. Hesling "a été de mai 1919 au 31 décembre 1927, le gouverneur de la colonie de la Haute-Volta dont il est le créateur"¹⁴⁴, il est le "moteur" du développement économique de la Haute-Volta. Avec le départ de E. Hesling les abus, concernant les prélèvements en hommes et en argent, sont dénoncés. La mise en lumière de l'endémie trypanique, également en 1927, constitue sans doute un moyen supplémentaire pour accuser la "surexploitation" des Voltaïques et les conséquences désastreuses qu'elle a eu sur leur santé. C'est un argument supplémentaire pour la division du territoire voltaïque, mais l'exploitation des populations mossi s'est poursuivie.

En 1932, la fin de la colonie de Haute-Volta coïncide avec l'arrivée de E. Jamot et la mise en place de moyens de lutte contre la maladie du sommeil ; trois événements dont la corrélation n'est sans doute pas innocente. Dès 1931, il est décidé "mais à contrecœur", comme le souligne L. Lapeysonnie, de créer un service de prophylaxie de la maladie du sommeil. "Les équipes de prospection effectuaient leurs tournées en saison sèche (du mois d'octobre au mois de mai) : c'est en cette période que les populations pouvaient être rassemblées sans les soustraire de leurs travaux champêtres" comme l'évoque le Dr Rouamba¹⁴⁵. Mais les services de l'AMI sont difficilement compatibles avec les réels besoins de lutte contre la maladie du sommeil. La colonie de Haute-Volta est déclarée non viable puisque les prestations exigées par le colonisateur accablent le colonisé et entraînent une situation sanitaire catastrophique dans certaines régions. Les statistiques de E. Jamot viennent conforter cette idée, sa méthode de travail fait apparaître près de 8 000 trypanosomés, alors qu'en 1931 les autorités n'en avaient pas dépisté plus de 2 500 (annexe 4). Il faut noter que la distribution géographique des cas n'est pas uniforme : "les zones de forêts et les vallées des Volta sont les plus durement touchées"¹⁴⁶, d'ailleurs la lutte est organisée la même année. La charge du service de lutte est confiée au médecin colonel Jamot, cependant malgré ses

¹⁴² Hervouët (JP), Laveissière (C), op. Cité, p 19

¹⁴³ ibidem, p 14

¹⁴⁴ Balima (SA), 1996, "Légende et histoire des peuples du Burkina Faso", p 213

¹⁴⁵ Rouamba (EG), 1995, "La vie d'un infirmier du service des grandes endémies", p 388

¹⁴⁶ Hervouët (JP), Laveissière (C), op. Cité, p 14

capacités -il a fait ses preuves en AEF- il est remplacé. Ses découvertes mettaient trop en lumière la négligence des médecins dans l'ex-colonie de Haute-Volta et son désir de soigner efficacement les malades constituait, sans doute, une nouvelle entrave économique à cet ensemble devenu partie intégrante de la Côte d'Ivoire ; puisque, malgré la dislocation de la Haute-Volta, les déplacements de personnes pour les travaux sur les chantiers du sud continuaient. SA. Balima souligne d'ailleurs que cette suppression "comblait d'aise et de satisfaction les planteurs de la Côte d'Ivoire"¹⁴⁷, qui sollicitaient, en effet, beaucoup de main-d'oeuvre. P. Gourou met en évidence la nécessité de limiter les mouvements de population pour obtenir des résultats dans la lutte contre la maladie du sommeil : "la victoire sur la maladie du sommeil est acquise, grâce à des remèdes préventifs et curatifs et la lutte contre les tsé-tsé. Cette victoire exige une administration exacte. On ne peut guérir les malades s'ils ne sont rigoureusement recensés, identifiés et contraints à recevoir les soins. On ne peut éliminer les glossines sans programme rigoureux. Tout cela demande beaucoup d'argent, de la compétence médicale, et surtout une bureaucratie consciencieuse"¹⁴⁸.

Les foyers de la maladie du sommeil sont nombreux dans la Haute-Volta des années 1930, que ce soit aux abords des Volta Blanche ou Rouge : dans le cercle de Ouagadougou, dont Pabré est souvent cité comme village le plus touché, dans la région de Réo, Batondo, Koudougou, ou le long de la Volta Noire, dans le cercle de Gaoua, notamment à Diebougou, ou Bobo-Dioulasso, Dédougou ... La prolifération des foyers et l'absence d'éradication de la maladie du sommeil ont certainement contribué à façonner la répartition de la population ; celle-ci fuyait le plus souvent les villages touchés par le mal, et dans certains foyers autour de Ouagadougou on ne pouvait que constater la désertion totale de nombreux villages par leurs habitants. Les mouvements des populations migrantes mal contrôlés accentuent les risques ; ils véhiculent les parasites, ou sont une cible de choix dans des régions favorables au développement de la maladie. La solution qui semble, sinon définitive du moins palliative, serait d'arrêter ces mouvements. D'ailleurs JP Bado écrit que : "la méthode de Jamot reposait sur la suspension des contraintes administratives (impôt et surtout recrutement de travailleurs) dans les régions contaminées pour faciliter le dépistage et les traitements"¹⁴⁹. En fait l'intérêt de cette méthode résidait essentiellement dans la durée de la "mise

¹⁴⁷ Rouamba (EG), op. cité, p 217

¹⁴⁸ Gourou (P), 1970, "L'Afrique", p 60. En 1906, le service médical au Haut-Sénégal-Niger précisait dans un rapport au gouvernement général de l'AOF : "La maladie du sommeil fait des ravages croissants en divers points du territoire de la colonie Ouagadougou, Gaoua, dans certaines régions riveraines de la Volta, paraît avoir décimé des villages entiers laissant derrière elle ruines et consternation. D'aucuns affirment que l'invasion du Lobi par les bandes de Samory ne sont pas étrangères à l'apparition du mal dans cette contrée, qui au dire des indigènes en était indemne il y a une dizaine d'années". Au début du siècle les autorités sont conscientes du mal et ont quelques idées sur les modes de transmission possibles.

¹⁴⁹ Bado (JP), op. Cité, p 299

en quarantaine" des régions touchées par la maladie : trois mois selon les rapports cités par l'auteur ; elle impliquait également de soigner les sommeilleux par une lutte parasitologique nécessitant ainsi le recensement total des individus atteints, afin d'éviter le risque de réinfestation par une personne non soignée. Une solution qui ne pouvait être acceptable pour les entrepreneurs et les responsables politiques qui avaient favorisé la division de la colonie. Il aurait fallu, par ailleurs, accorder des financements au domaine de la santé, bien supérieurs à ceux décidés jusqu'alors. La solution préférée fut celle d'une politique aux résultats à plus long terme ; elle considérait alors la maladie du sommeil au même titre que les autres maladies qui sévissaient sous les tropiques, comme le paludisme. Mais à la fin des années 1930, de façon à limiter le contact homme/glossine, les services s'attaquèrent aux gîtes des vecteurs par le débroussaillage des forêts-galeries, des bois sacrés... favorables au développement des mouches.

II - LA FIN D'UNE EXPLOITATION "INCONSIDEREE" DU TERRITOIRE BURKINABE ? : 1932-1959

La colonie estimée non viable, sa dissolution est promulguée en 1932. Cet échec résulte d'une erreur d'appréciation basée sur des jugements ayant cours dès les premiers passages des explorateurs. Ils n'ont pas été contredits pendant les vingt premières années de colonisation, classant la colonie de Haute-Volta parmi les pays prospères ou susceptibles de l'être. "*C'est de ces appréciations fantaisistes et erronées que naquit ce que certains ont qualifié de "drame de la Haute-Volta"*"¹⁵⁰. La dislocation de la Haute-Volta est également un alibi pour satisfaire les demandeurs de main-d'oeuvre en Côte d'Ivoire, propriétaires de plantations entre autres. SA. Balima cite que les 2 400 000 âmes réparties sur 150 000 km², regroupées avec la Côte d'Ivoire "*allaient être taillables et corvéables à merci*"¹⁵¹. On peut donc déterminer deux périodes : 1932-1947 est ce que A. Duperray nomme "*la parenthèse*"¹⁵², les aspects économiques ayant primé sur les aspects politiques à travers le démantèlement de la Haute-Volta ; la seconde période commence en 1947 lorsque la Haute-Volta est rétablie jusqu'en 1959, année de l'indépendance.

Les conséquences de la colonisation en Afrique ont été rapportées dans de nombreux ouvrages, il convient cependant de spécifier dans ce point dans quelle mesure l'organisation

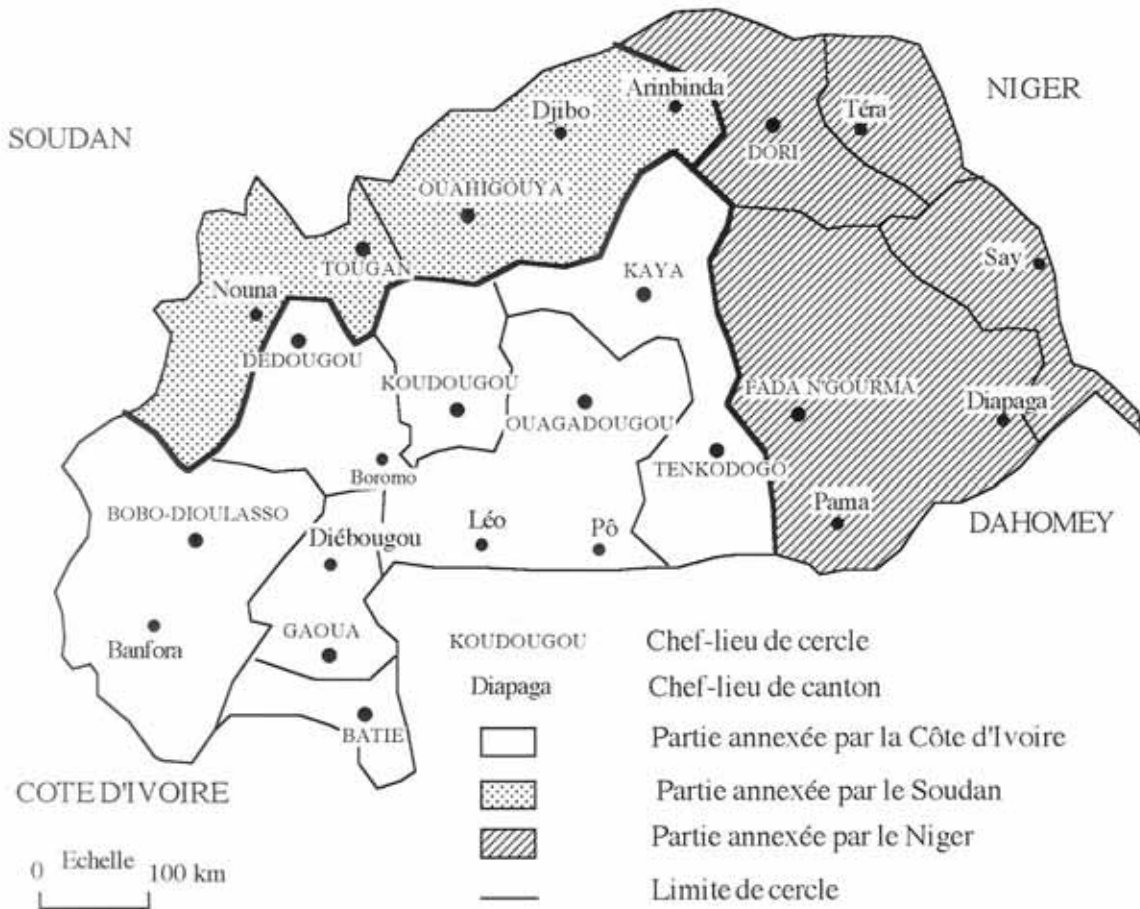
¹⁵⁰ Mande (I), "Les migrations de travail des Voltaïques", 1995, p 316

¹⁵¹ Balima (SA), op. Cité, p 218

¹⁵² Duperray (A), op. Cité, p 276

Figure 8

LA HAUTE VOLTA RAYÉE DE LA CARTE (1933-1947)



Source : Madiaga (YG), "Aperçu sur l'histoire coloniale du Burkina"

spatiale du Burkina Faso s'est trouvée modifiée par la colonisation. Nous cherchons les conséquences à long terme sur l'organisation du réseau d'offre de soins dont les prémices ont débuté avec le siècle, pour ne prendre l'aspect actuel qu'au cours des années 1950-60.

1 - 1932 : la disparition de la colonie, 1947 : "la renaissance"

Supprimée en septembre 1932, *"la Haute-Volta, aux ressources naturelles limitées, mais riche de ses hommes, est sacrifiée pendant la crise économique des années 1930 sur l'autel de la mise en valeur des colonies françaises voisines"*¹⁵³. La Haute-Volta est inégalement divisée entre trois colonies :

- le Niger reçoit le cercle de Fada N'Gourma et la moitié du cercle de Dori (lors de la reconstitution de la colonie de Haute-Volta en 1947, ces unités administratives sont amputées d'une partie de leur surface, le fleuve Niger n'étant plus considéré comme limite frontalière),

- le Soudan, se voit attribuer une portion du cercle de Dédougou dont le chef-lieu désigné est Tougan, de même que la partie nord du cercle de Ouagadougou à laquelle a été ajoutée l'autre moitié du cercle de Dori formant ainsi une unité administrative dont Ouahigouya est le chef-lieu,

- la Côte d'Ivoire bénéficie du rattachement du territoire le plus important (cercles de Bobo-Dioulasso, Gaoua et Dédougou, Ouagadougou dans leur presque totalité) (figure 8).

Un tel découpage est le résultat d'une division pensée dans un but économique, afin de servir les projets de mise en valeur créés dans les colonies limitrophes. Ainsi, au Soudan, l'Office du Niger et la construction de la voie de chemin de fer font appel à une main-d'oeuvre importante, en majorité représentée par des Mossi. Les chantiers de moindre dimension, mis en oeuvre sur le territoire soudanais, pourront donc se satisfaire du réservoir que représente la population de la région de Ouahigouya. En évoquant ces aménagements, A. Duperray précisait : *"les Mossi sont majoritaires mais Samo et Marka fournissent aussi leur part"*¹⁵⁴. L'Office du Niger, zone pilote agricole en région aride, est créé en 1932 pour aménager et gérer les espaces le long du fleuve Niger. La région est exploitée dès la première guerre mondiale pour produire coton et riz, mais l'Office nécessite l'apport d'une main-d'oeuvre étrangère, compte tenu des faibles densités de population qui caractérisent ces régions. De même, les grands projets en Côte d'Ivoire peu peuplée, tels les chantiers de la voie ferrée Abidjan-Niger, les cultures de plantation ou l'exploitation forestière, réclament un grand nombre de travailleurs. *"Depuis 1925, la main-*

¹⁵³ Madiega (YG), op. Cité, p 17

¹⁵⁴ Duperray (A), op. Cité, p 277

*d'oeuvre employée au service des "travaux" neufs du chemin de fer (de la Côte d'Ivoire) était entièrement fournie par la Haute-Volta*¹⁵⁵.

Plus tard, une réorganisation administrative de la partie annexée par la Côte d'Ivoire nomme Koudougou, Kaya, Tenkodogo à la fonction de chef-lieu et confirme celle de Bobo-Dioulasso, Ouagadougou, Dédougou, Gaoua. Ils formeront à partir de 1937 la Haute Côte d'Ivoire, permettant à Ouagadougou d'occuper à nouveau la première place sur le plan administratif, puisqu'un délégué du gouverneur y est désigné. Ce succès est le fruit de *"la volonté de l'aristocratie et de l'élite" (intellectuels issus de l'école coloniale) moose de faire aboutir leurs revendications*¹⁵⁶. Néanmoins, Ouagadougou a une position assez excentrée dans le nouvel espace et perd de son influence au profit de Bobo-Dioulasso, devenu centre névralgique de la région.

Cette division du territoire semble beaucoup plus néfaste aux populations rattachées à la Côte d'Ivoire qu'à celles intégrées au Soudan. En effet JY. Marchal écrit : *"la période 1933-41 est celle d'un apaisement relatif des contraintes administratives au Soudan, dont dépend Ouahigouya, alors que, dans le même temps, les cercles voisins relevant de la Côte d'Ivoire connaissent des recrutements massifs de manoeuvres pour les chantiers forestiers et les plantations de Basse Côte"*¹⁵⁷. Sans être totalement opposées, les conditions de vie semblent être quelque peu différentes de celles des années 1920, et le découpage administratif se révèle réellement stratégique. Les cercles septentrionaux, dont Ouahigouya et Tougan sont les chefs-lieux, ont une position peu avantageuse, ils se trouvent à nouveau en périphérie du vaste territoire que forme le Soudan. Ceci ne leur permettra pas d'obtenir la priorité dans les projets d'infrastructures, notamment routières. Quant à la partie orientale, remise à la colonie du Niger, elle eut peu de contraintes puisque confiée à un territoire dont la création était liée à des objectifs militaires, à la croisée de l'Afrique du Nord, de l'Est et du Centre. Elle resta ensuite un espace marginal, sans rôle essentiel à jouer au sein de la politique d'exploitation du colonisateur français. La colonie du Niger, dont la population était moins sollicitée dans les grands travaux, n'a pas bénéficié de beaucoup d'équipements, les cercles de Fada N'Gourma et Dori, qui lui sont limitrophes, ont donc pâti de ce désintérêt. Comme le souligne I. Kimba, au cours des années 1930 *"les services de santé, rudimentaires, étaient concentrés dans les garnisons et les centres urbains où vivait la majorité de la population européenne"*¹⁵⁸. La cartographie de l'AOF, sans être fondamentale, peut témoigner de l'intérêt porté aux régions en 1935. Sur la partie centre et ouest de l'ex Haute-Volta il

¹⁵⁵ Schwartz (A), op. Cité, p 275

¹⁵⁶ Madiega (YG), op. Cité, p 20

¹⁵⁷ Marchal (JY), op. cité, p17

¹⁵⁸ Kimba (I), 1992, "Le Niger", p 243

existe des levés semi-réguliers qui ne sont plus qu'une simple reconnaissance topographique pour les régions nord et est.

En 1947, dans un contexte politique dans lequel les Africains s'impliquent de plus en plus, la Haute-Volta est reconstituée, le travail obligatoire est alors supprimé. Cette suppression entraîne un mouvement de population inverse à celui qui existait jusqu'alors, toutefois, les retours font place aux migrations dans les régions le long de la Volta Noire. Puis des flux s'organisent à nouveau en direction de la Côte d'Ivoire, cette fois volontaires, motivés par les conditions de travail ; mais la Gold Coast attire davantage car "*les salaires de base ont pratiquement doublé depuis 1947*"¹⁵⁹. Cette reconstitution est probablement un atout pour les régions du nord, toujours en périphérie mais d'un espace cependant moins vaste que le Soudan. Malgré les plans quadriennaux de 1950-54 et 1954-58, des difficultés se présentent à la mise en valeur du territoire, compte tenu de la forte émigration. Des changements s'opèrent au niveau des villes dans lesquelles les chantiers se multiplient ; ces villes sont également affectées par une forte croissance, "*Ouagadougou passe de 19 000 habitants en 1948 à près de 50 000 en 1960*"¹⁶⁰.

2 - Les années 1930 à 1950 : la lutte contre les grandes endémies

En matière de santé, les années 1930 sont une période importante d'orientation de la médecine vers le préventif et le collectif, avec la mise en place d'un dépistage des endémies. Des établissements plus spécialisés sont mis en place : léproseries¹⁶¹ ou hypnoseries pour la maladie du sommeil, mais ceux-ci échouent par manque d'efficacité des traitements, comme ce fut le cas à Tiara, "*l'internement des malades, ..., à 40 km de Bobo-Dioulasso et à plus de 200 km de la résidence de beaucoup d'entre eux, constitua une grave atteinte à leur dignité*"¹⁶². Pendant longtemps la maladie du sommeil a été considérée comme une maladie honteuse, les populations ont donc eu quelques difficultés à se diriger vers les hypnoseries. Dans l'actuelle province du Houet, elles n'ont pas permis l'expansion des dispensaires ruraux.

Cette période marque à la fois : la réelle prise de conscience des autorités françaises, des graves conséquences humaines engendrées par la trypanosomiase et la mise en place de services destinés à y remédier. Elle est également marquée par un homme, le médecin colonel E. Jamot :

¹⁵⁹ Duperray (A), op. Cité, p 284

¹⁶⁰ ibidem, p 286

¹⁶¹ Une des plus importantes sera créée à Tiara à 35 km environ de Bobo-Dioulasso (le long de l'axe Bobo-Dioulasso-Orodara) mais sans plan d'action concret et de connaissances de la lutte contre la lèpre elle se soldera par un échec

¹⁶² Bado (JP), op. Cité, p 253

- d'une part, il est à l'origine de la découverte de plusieurs foyers de trypanosomiase humaine en Haute-Volta notamment. Dans cette colonie, les foyers s'étendaient notamment le long de la Volta Noire. Ces foyers étaient déjà plus ou moins connus mais on n'en "soupçonnait" ni l'importance ni la gravité,

- d'autre part, le résultat de ses découvertes va donner naissance, quelques années plus tard, à un nouveau service, qui aura pour cible les grandes endémies. Il débutera avec la trypanosomiase, par l'intervention d'équipes mobiles de prospection, dont le fonctionnement s'oppose aux services sanitaires d'alors. Ceux-ci sont plus ou moins statiques, malgré la création du service de prophylaxie quelque temps auparavant.

En 1932, le Dr Jamot crée à Ouagadougou l'école des infirmiers de la trypanosomiase qu'il forme au dépistage de cette endémie. L'école sera transférée plus tard à Bobo-Dioulasso. Le Dr Jamot, est désigné en 1933, pour une courte année, à la tête du service de prophylaxie de la maladie du sommeil en AOF, dans le but de rendre le service totalement mobile. A la fin de cette même année, ce service devient dépendant de l'AMI¹⁶³. E. Jamot va prospecter de septembre 1932 à mars 1935 en AOF. "Au 1er janvier 1933 il a diagnostiqué quelques 70 000 trypanosomés (dont 36 933 en Haute-Volta)"¹⁶⁴. Dans la colonie de Haute-Volta il fait le constat suivant : "ces derniers mois dans le cœur de la Fédération de l'AOF, en Haute-Volta, là où vivent les peuples les plus nombreux et les mieux organisés, comme les Mossi, les Bobo, les Bambara, partout c'est le même spectacle : villages et cultures abandonnés par leurs habitants qui fuient la zone mortelle et propagent la maladie"¹⁶⁵. Depuis 1930, on a créé dans le cercle de Ouagadougou, de Koudougou et Gaoua des centres fixes de traitement où médecins et malades se rencontrent en principe une fois par semaine, à jour fixe"¹⁶⁶. Les premiers cercles, jugés les plus atteints (mais probablement les mieux prospectés comme le signale JP. Bado¹⁶⁷) sont dotés d'une telle structure (annexe 5). Ces centres se multiplient rapidement car les conditions matérielles des services mobiles se dégradent considérablement au cours de la seconde guerre mondiale, "la suppression des centres de traitement ambulants devenait une nécessité"¹⁶⁸.

¹⁶³ Arrêté du 3 décembre 1933 cité par JP. Bado, p 300, "ce service fera désormais partie intégrante du service général de l'assistance médicale indigène". L'auteur précise que si l'arrêté a été pris, c'était sans doute pour protéger les médecins qui avaient ignoré la maladie du sommeil, en ayant conscience de ses méfaits. Les statistiques livrées par E. Jamot à ce sujet remettaient en cause leur position, constituant "la dénonciation de leur mensonge"

¹⁶⁴ Lapeysonnie (L), déjà cité, p 380

¹⁶⁵ Souligné par nous

¹⁶⁶ Lapeysonnie (L), 1987, "Moi, Jamot", p 139

¹⁶⁷ Bado (JP), 1995

¹⁶⁸ Rouamba (EG), déjà cité, p 389

Malgré les tensions qui sous-tendent la lutte, elle est suivie de résultats, le nombre de trypanosomés chute considérablement, au point qu'il est décidé une diversification du service mobile. Il s'agit de tensions que l'on pourrait qualifier de politiques, dans la mesure où les médecins font obstacle à la réalisation de la lutte dans les conditions décidées et conduites par E. Jamot, en 1933. Les médecins exerçant en Haute-Volta sont en effet hostiles aux moyens mis en oeuvre par E. Jamot contre la maladie. D'ailleurs JP Bado évoque les difficultés auxquelles le médecin colonel a dû faire face, en précisant "*peut-être les responsables de l'AEF et au Cameroun étaient-ils plus attachés à sauvegarder la santé des habitants. Ce qui est sûr, c'est qu'en AOF, de nombreux gouverneurs, administrateurs, médecins préféraient qu'on ne touchât pas aux privilèges de leur fonction. Parmi ceux qui avaient érigé des murs de silence autour de la trypanosomiase, beaucoup étaient encore en poste. En d'autres termes, les preuves que Jamot apportaient en dénombrant des dizaines de milliers de trypanosomés constituèrent la dénonciation de leur mensonge*"¹⁶⁹.

Ce n'est qu'en 1939 que les hyposeries feront place, pour plus d'efficacité, à un service spécial qui fédère et organise les diverses équipes mobiles et dont la création est confiée au Dr Muraz. Il s'agit du SGAMS¹⁷⁰ (Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil en AOF) étendu à toute l'AOF et dont le siège est à Bobo-Dioulasso, la Haute-Volta étant la plus touchée. A partir de 1945 la polyvalence est préférée à la monovalence, de façon à mieux traiter les principales affections des Africains. La lutte contre la lèpre, le paludisme, la tuberculose ... , y est intégrée pour devenir le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP).

C'est également au cours des années 1950 que des forêts classées sont créées, comme l'a souligné JP. Hervouët¹⁷¹, afin de contribuer à la lutte contre la maladie du sommeil. "*L'écologie de la glossine est étroitement tributaire de l'eau, eau de surface et eau dans le sol, et à travers elle de la végétation, ainsi que des conditions de température. Les unes et les autres conditionnent la localisation et productivité des gîtes larvaires, la répartition et l'évolution des populations de glossines au cours de l'année*"¹⁷². Ces surfaces classées ont des étendues forestières aux limites artificielles et/ou naturelles, elles suivent le tracé des cours d'eau. Elles sont en théorie interdites aux Burkinabè, que ce soit pour l'habitat ou pour la culture. Elles n'ont pas vocation de réserve naturelle comme les parcs ou réserves créés dans le sud et le sud-est du pays et dont l'ambition est

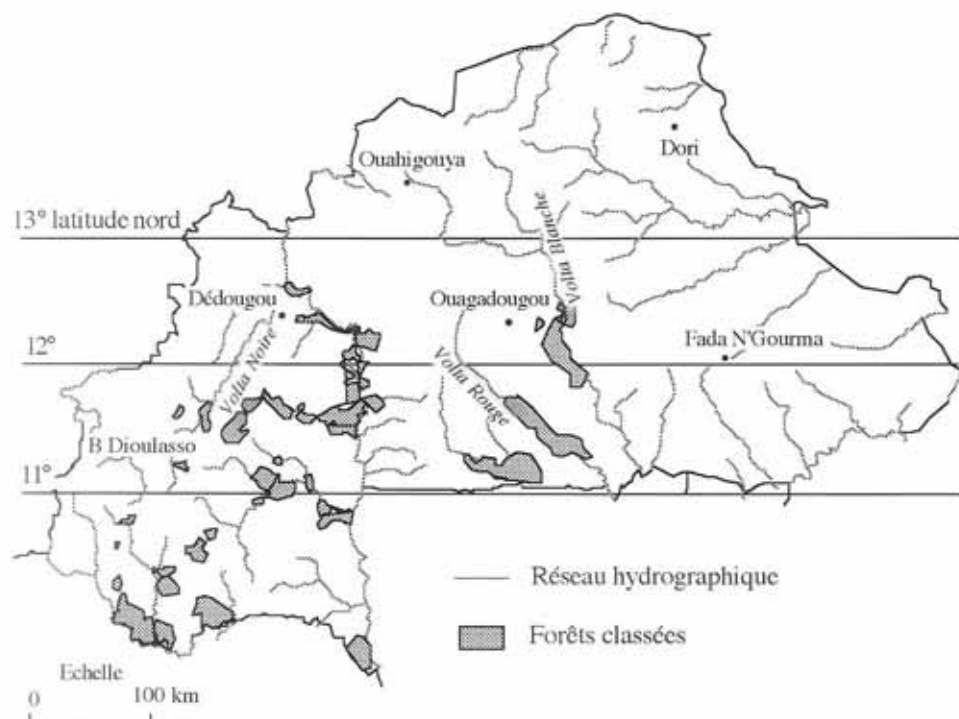
¹⁶⁹ Bado (JP), op. Cité, p 299

¹⁷⁰ Le système de prospection avait été développé par le Dr Jamot en AEF pour dépister les trypanosomés, repris en AOF on peut considérer qu'il est en quelque sorte le précurseur du service de vaccination, mis en place à la fin des années 1970, qui mène des activités préventives en se déplaçant dans les villages

¹⁷¹ Communication personnelle

¹⁷² Rémy (G), Gilles (N), "Eléments d'une géographie de la trypanosomiase dans l'espace ivoiro-burkinabè", p 159

Figure 9 LOCALISATION DES FORETS CLASSEES AU BURKINA FASO



Source : carte touristique, IGB, Ouagadougou, 1982

Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

de protéger et voir prospérer la faune locale (parc national de l'Arly, parc national du W ...). Ces forêts classées ont, semble-t-il, un rôle plus sanitaire, même si certaines voient la faune sauvage s'y développer, telle que les groupes d'éléphants dans la forêt classée de Boromo. Leur situation géographique en témoigne puisqu'elles sont toutes localisées le long des cours d'eau, le Nazinon (Volta Rouge), le Nakambé (Volta Blanche) et plus particulièrement sur la rive droite du Mouhoun (Volta Noire) (figure 9). En outre leur existence n'est signalée qu'au sud du 13^{ème} parallèle, limite septentrionale de l'extension de la maladie du sommeil. Le but de ces forêts est d'isoler certains espaces plus propices à cette maladie. Même si d'autres endémies y sévissent, le risque principal dans ces zones protégées est la trypanosomiase¹⁷³.

Le Dr Gouzien précisait déjà au début du siècle que *"les glossines ne sont pas réparties de façon uniforme le long des cours d'eau ... Elles peuvent même occuper un espace fort restreint. A Koury, elles ne se montrent que sur une longueur de 50 mètres, en bordure de la Volta et s'écartent à peine du fleuve"*¹⁷⁴. La glossine, vecteur de la maladie, exige des conditions particulières pour survivre et se reproduire, l'écotopie nécessite un lieu boisé et humide. Ceci peut justifier le caractère assez discontinu de ces forêts classées qui s'étendent tantôt sur la rive droite, tantôt sur la rive gauche, tantôt sur les deux rives des cours d'eau. Si les fleuves et les grandes rivières sont principalement concernés, ils ne sont pas les seuls, des rivières de moindre importance présentent également des conditions favorables au développement du vecteur, tel que le Grand Balé, affluent du Mouhoun. Déjà au début du siècle la trypanosomiase faisait des ravages, *"les villages de Kouena, Bouna, Vi, Kahio bâtis près du Balé souffraient de ses méfaits. Bouna sis à 35 kilomètres de Boromo et à près d'un kilomètre du Balé aurait perdu les trois cinquièmes de ses habitants de 1906"*¹⁷⁵. Aujourd'hui le long du Grand Balé plusieurs forêts classées ont été tracées (forêt du Tui, forêt de Pâ).

Après la seconde guerre mondiale, la lutte contre la trypanosomiase s'est ralentie, suite aux résultats obtenus. Une autre endémie à vecteurs marque désormais le paysage épidémiologique de la Haute-Volta : l'onchocercose. *"Cette parasitose y fut tardivement reconnue"*¹⁷⁶ mais "supplanta" les autres endémies, notamment par le rôle qu'on lui accorda dans le *"dépeuplement des vallées"*. Cependant JP. Hervouët émet des réserves quant à ce constat généralisé dès la fin des années 1950. Sans ignorer les conséquences de cette maladie sur le peuplement le long des vallées, il les

¹⁷³ Il n'y a pas *"de gros foyers d'onchocercose où une épidémie de trypanosomiase humaine antérieure à la découverte de la situation liée à l'onchocercose ne se soit pas développée depuis la fin du siècle dernier"* selon JP. Hervouët, "Environnement et grandes endémies, le poids des hommes", p 160, l'inverse ne se vérifie pas obligatoirement

¹⁷⁴ Bado (JP), op. Cité, p 118

¹⁷⁵ ibidem, p 104

¹⁷⁶ Hervouët (JP), op. cité, p 1

relativise, préférant parler plus souvent d'absence de peuplement ou faire ressortir la maladie du sommeil comme facteur explicatif, en plus de ce phénomène. Il convient de constater que dès que la cécité des rivières et son vecteur, la simulie, ont été identifiés, le traitement de la trypanosomiase a rapidement été délaissé, les services sanitaires s'accordant pour éradiquer la "nouvelle plaie" de l'AOF. *"Ce n'est qu'à partir de 1936 avec l'arrivée du Dr P. Richet que l'on diagnostiquera réellement l'onchocercose"*¹⁷⁷. On estime la maladie du sommeil maîtrisée au cours de la seconde guerre mondiale, et vaincue à partir de 1954, même s'il subsiste encore des foyers résiduels. Elle est supplantée par la lutte contre la cécité des rivières.

La section entomologie-épidémiologie de l'onchocercose est intégrée au SGHMP en 1955 (la lèpre le fut en 1945). Une série de dépistages, pour mettre en lumière la maladie, est mise en application. Les abords des Volta blanche et rouge se révèlent particulièrement atteints, quant à la Volta noire elle n'est pas indemne de ce mal : *"les trois cantons les plus touchés (Kouini, Bouendé, partie nord du canton de Kourignon) sont évidemment ceux traversés par la Volta noire ou ses affluents, rivières aux eaux rapides permettant la reproduction des simulies"*¹⁷⁸. La lutte contre l'onchocercose aura également des conséquences sur l'organisation de l'espace en permettant, au cours des décennies suivant l'Indépendance, l'accès aux cours d'eau et l'extension des aménagements hydro-agricoles.

Si cette lutte s'applique aux territoires méridionaux, au nord, la maladie du sommeil ne touche pas les populations. Les régions sahéniennes, au climat plus sec, connaissent des pathologies différentes. Au cours des années 1930 à Ouahigouya *"les épidémies de variole, méningite cérébro-spinale, grippe ont été progressivement jugulées par les campagnes de vaccination et par l'implantation d'un encadrement médical. Pour insuffisant qu'il soit, ce dernier freine la mortalité, surtout infantile"*¹⁷⁹.

Plus généralement, devenant partie intégrante des services autonomes, la lutte préventive est quelque peu délaissée au profit de la médecine curative, étendue grâce à la multiplication des unités sanitaires fixes entre 1939 et 1945. Ces dernières résultent de la dégradation des conditions qui sévissent depuis le début de la seconde guerre mondiale ; la guerre entraîne la mobilisation de tous les moyens en métropole et un manque de carburant pour les déplacements dans les colonies. La formation du personnel sanitaire à l'école de médecine de Dakar, ouverte en 1949, contribue, à partir de cette date, à la formation d'un plus grand nombre d'individus sur place. Sans être des précurseurs, c'est dans ce contexte que les dispensaires ruraux, toujours en fonction aujourd'hui,

¹⁷⁷ Bado(JP), op. Cité, p 343

¹⁷⁸ ibidem, citant R. Pfister, p 362

¹⁷⁹ Marchal (JY), Op. Cité, p 17

apparaissent au début des années 50, trois ans après la reconstitution de la Haute-Volta. Le choix du lieu d'implantation des établissements de soins n'est alors pas le fruit du hasard, l'espace est pensé en terme de structures dépendantes du système colonial. Ainsi les dispensaires sont créés en fonction de l'intérêt politique et géographique du lieu d'accueil.

La médecine développée pendant la colonisation est donc devenue, peu de temps avant l'Indépendance, une médecine dont l'organisation géographique est fortement influencée par l'organisation politique. Ainsi progressivement *"on voit se dessiner avec les hôpitaux une armature hospitalière destinée à procurer les soins médicaux aux populations des villes et zones rurales"*¹⁸⁰. Après l'Indépendance le nouveau régime hérite d'établissements de soins, déjà classés à cette époque en fonction du type d'activité mené et de leur capacité à assurer les soins. Les dispensaires bénéficiant de la présence de médecins étaient, bien évidemment, plus attractifs que les postes de santé sans personnel qualifié.

Dans son fonctionnement la médecine coloniale a peu à peu intégré un personnel africain au sein de l'AMI créée en 1904 ; il était formé sur le terrain mais ses compétences étaient toutefois limitées. En 1939, l'AMI est devenue AMA (Assistance Médicale Africaine) et a recruté au sein d'une population locale scolarisée en français, grâce notamment à l'action des Pères Blancs, des individus qui ont été ensuite formés à l'école préparatoire de médecine de Dakar.

L. Lapeysonnie précise que *"s'il y eut de la part du gouvernement français une volonté constante d'améliorer les conditions sanitaires des populations dont il avait la charge, il n'y eut jamais de politique directrice mûrement réfléchie et clairement énoncée dans les choix des objectifs et dans l'élaboration d'une stratégie appropriée"*. En effet à ses débuts la médecine coloniale se veut curative, avec la lutte contre la variole dont elle fait son objectif principal. Aucun plan sanitaire n'est mis en place, l'action vise à supprimer ou diminuer certaines pathologies répandues, uniquement dans la mesure où cette action ne nuit pas aux objectifs économiques de la métropole. Nous avons vu que pour la maladie du sommeil, il a fallu attendre trois décennies et une situation catastrophique pour qu'un service soit chargé de remédier à ce mal. Avec ce service mobile apparaît la médecine préventive (campagne de vaccination), elle reste toutefois à un stade embryonnaire, c'est une médecine largement tournée vers le milieu urbain ; elle a longtemps été destinée à améliorer l'état de santé des classes aisées même si les soins ont toujours été gratuits. *"Les autorités combattaient toute initiative visant la spécialisation, parce que ce fut le cheval de Troie de beaucoup de médecins pour fuir les contraintes de la brousse africaine et pour intégrer les laboratoires des centres urbains"*¹⁸¹. Son ouverture au milieu rural est plus tardive et a sans aucun

¹⁸⁰ Lapeysonnie (L), "La médecine coloniale", p 117

¹⁸¹ Bado (JP), op. Cité, p 214

doute été accélérée par la lutte contre les grandes endémies qui nécessitait des relais, des centres de regroupement pour son déroulement.

A la fin de la période coloniale, l'action la plus marquante de la médecine moderne, et la plus lourde de conséquence, est le contrôle des grandes endémies, par l'intermédiaire de programmes verticaux, dont les services de santé mobiles sont chargés. La recherche des lieux à risques et la lutte contre ces grandes maladies vectorielles resteront deux actions sanitaires primordiales après l'Indépendance, elles se poursuivront au cours des années 60-70. Avec l'Indépendance les SGHMP sont confiés à un nouveau service inter-état, l'OCCGE (Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies).

CHAPITRE III

DYNAMIQUE DE LA POPULATION ET MEDECINE DE L'INDEPENDANCE

La médecine coloniale et la médecine traditionnelle africaine diffèrent en de nombreux points. Cependant, l'après-Indépendance n'a pas été suivi d'un abandon du système imposé par les Français. Au contraire, l'organisation va être prolongée et même renforcée au cours des années suivantes, puisque les préoccupations vont tourner essentiellement autour des hôpitaux. La médecine traditionnelle est exclue du système de santé comme la médecine coloniale le préconisait. L'adoption de la médecine moderne par les populations leur a parfois été imposée en les obligeant à ignorer les actes pratiqués par les guérisseurs.

La médecine pratiquée après l'Indépendance se présente toutefois sous un jour nouveau. Elle va faire l'objet d'un plan dont les objectifs sont clairement énoncés, même s'ils ne constituent pas l'originalité du pays, ils s'intègrent plus largement dans un programme international. C'est la politique des soins de santé primaires qui se concrétise par une organisation hiérarchique du système de santé, elle se superpose à la hiérarchie administrative à l'échelle nationale et provinciale. Comment le système a-t-il évolué depuis l'indépendance ?

Pyramide sanitaire burkinabè



I - L'ORGANISATION TERRITORIALE ACTUELLE, CONSEQUENCE DE LA COLONISATION

La colonisation a entraîné une redistribution de la population burkinabè et a permis l'émergence de pôles urbains, lesquels sont situés le long des voies de communication. L'Indépendance et la remise en cause du découpage administratif, si elles ont confirmé les villes préexistantes, elles ont aussi été à l'origine de l'éveil des communes urbaines. Le réseau qui en résulte est d'ailleurs le point de départ du semis des structures de soins spécialisées. La colonisation a contribué à l'organisation du Burkina Faso actuel. Les migrations sont fortement imprégnées de ce contexte historique, la colonisation a été le facteur déclenchant de l'exode massif des populations, surtout chez les Mossi.

L'action sanitaire a également eu des conséquences sur l'organisation spatiale, cependant les effets ne seront visibles qu'à long terme. En effet la lutte contre les grandes endémies a commencé au début des années 1950 ; la décision prise, de mettre en valeur les terres le long des cours d'eau libérés par les vecteurs de l'onchocercose et de la trypanosomiase, entraîne des déplacements de population vers ces espaces. Amorcés dans de faibles proportions au milieu des années 1970, les mouvements ont pris de l'ampleur au cours des décennies suivantes, ils restent néanmoins modérés.

1 - Le recul des grandes endémies et les aménagements hydro-agricoles

Dès l'Indépendance l'onchocercose devient l'action principale des autorités internationales. La lutte est menée par l'OCCGE après l'Indépendance : "*avant les années 1950, l'onchocercose ne fut que très rarement rendue responsable du vide des vallées soudanaises ou de leur dépeuplement, si ce n'est jamais*"¹⁸². P. Richet fut à l'origine de la découverte des foyers de la maladie ; en 1955 il écrit "*cette terrible filariose aveuglante dont j'avais découvert l'autre foyer de la Volta Blanche (1936-38)*"¹⁸³. Il crée à Bobo-Dioulasso la section "entomologie-épidémiologie" de l'onchocercose du SGHMP.

Du résultat des observations va naître ce que JP Hervouët appelle "*le mythe des vallées dépeuplées par l'onchocercose*". En effet l'OMS associe systématiquement la désertion des vallées des cours d'eau de savane à la cécité des rivières. D'ailleurs JP Hervouët précise qu'"*une telle situation, opposant espaces densément peuplés et vallées totalement vides d'hommes est*

¹⁸² Hervouët (JP), op. Cité, p18

¹⁸³ Richet (P), "La lutte contre les grandes endémies tropicales en Afrique noire francophone", p3

exceptionnelle et c'est au Burkina Faso et au nord Ghana que l'on trouve vraiment, en Afrique occidentale, les situations caricaturales sans lesquelles le débat relatif au dépeuplement des vallées n'aurait jamais eu lieu¹⁸⁴. Sans le nier, l'auteur relativise le rôle de l'onchocercose sur la situation humaine le long des cours d'eau il "serait totalement vain et irresponsable de vouloir dénier à l'onchocercose tout rôle actif dans l'état de peuplement des vallées soudaniennes" ; et il faut bien constater que "le long des vallées des Volta Blanche et Rouge, des forêts sèches de 5 à 20 km de large sont exemptes, sauf exceptions, de tout habitat et font contraste avec les interfluves densément peuplés"¹⁸⁵. Cependant JP Hervouët met en cause la trypanosomiase dans l'absence de peuplement des vallées. Avant la découverte de l'onchocercose, la trypanosomiase n'a jamais été mise en cause dans l'absence de peuplement, malgré ses ravages parmi la population. En zone soudanienne le vecteur de l'onchocercose, la simulie, vit dans les mêmes biotopes que ceux de la mouche Tsé-Tsé, mais les conditions de développement des maladies sont différentes. La trypanosomiase, contrairement à l'onchocercose, n'est pas une maladie cumulative ; en outre l'intensité de transmission de la cécité des rivières est fonction des densités de population, elle entraîne des conséquences humaines plus ou moins graves en fonction de la répartition de celles-ci, "la gravité est fonction du nombre de piqûres infectantes reçues par homme et par an. Plus la population humaine est réduite à proximité des gîtes larvaires, plus les piqûres seront répétitives et la transmission intense"¹⁸⁶. A des densités de population élevées dans les villages, correspondent souvent des taux de cécité plus faibles, même si la prévalence de l'onchocercose est importante. Cependant JP Hervouët déclare "l'espace social coupable"¹⁸⁷. En effet, dans des milieux naturels identiques et favorables au développement des gîtes à Simulie, le comportement social des populations va influencer de façon variée sur les conséquences de la maladie, une influence également exercée par les techniques de mise en valeur de l'espace, par la culture intensive ou extensive, le système d'organisation de l'espace. Aujourd'hui on reconnaît le rôle conjoint d'autres phénomènes au "vide des vallées", comme la trypanosomiase, les événements historiques, l'organisation sociale des populations concernées et leur pratique de l'espace.

Entre 1960 et 1965 les premières campagnes expérimentales de lutte contre l'onchocercose ont été menées sur le Farako au Mali et sur la Léraba au Burkina Faso¹⁸⁸, mais c'est après deux décennies de recherche sur le vecteur qu'elles prennent une réelle envergure. Une campagne d'éradication, par voie aérienne, prévue pour une durée de vingt ans, est mise sur pied en 1974. Elle consiste en l'épandage de produits éliminant les larves, dans les cours favorables à l'expansion des gîtes larvaires. Elle est organisée à l'échelle internationale pour plus d'efficacité,

¹⁸⁴ Hervouët (JP), op. Cité, p 4

¹⁸⁵ Hervouët (JP), Prost (A), "Organisation de l'espace et épidémiologie de l'onchocercose", p 180

¹⁸⁶ ibidem, p 183

¹⁸⁷ Laveissière (C), Hervouët (JP), "Les grandes endémies, l'espace social coupable"

dans sept pays¹⁸⁹, par l'OCP (qui réunit notamment l'OMS, la BM ...) ; ceci grâce aux travaux de l'OCCGE et la section entomologie ORSTOM qui l'ont rendue possible. Cet organisme de type fédéral a le pouvoir de lutter sur de vastes espaces sans tenir compte des limites administratives, facteur limitant de la lutte contre les endémies.

Parallèlement à l'éradication du vecteur entre 1974 et 1994, l'Autorité pour l'aménagement des Vallées des Volta (AVV) est l'établissement public, à caractère commercial, chargé de mettre en valeur les vallées du pays. La corrélation étroite établie par les travaux de l'ORSTOM, entre densité de l'occupation de l'espace et onchocercose, justifie les opérations d'aménagement agricole projetées. En outre, *"à compter de la suppression du travail forcé, la pression démographique (est devenue) forte tandis qu'au cours de périodes précédentes elle était nulle, voire négative. Les populations riveraines des vallées accentuent alors leur pression sur les forêts des Volta, sans remettre en vigueur les pratiques culturelles intensives anciennes"*¹⁹⁰. La demande en terres cultivables le long du réseau hydrographique est de plus en plus forte. La lutte et le projet AVV sont sous-tendus par des motifs économiques sur lesquels la sécheresse du début des années 1970 a influé. La réaction des populations face à la dégradation des conditions climatiques s'est traduite par l'accroissement des mouvements migratoires vers la Côte d'Ivoire. Il convenait donc pour le gouvernement d'offrir d'autres alternatives qui profiteraient à la Haute-Volta.

L'OMS a toujours considéré l'onchocercose responsable du "vide des vallées". L'éradication de la maladie fournissait donc aux organismes internationaux l'occasion pour les populations de reconquérir des terres le long des cours d'eau ; des sols que les Voltaïques avaient dû abandonner, selon les organismes internationaux. La lutte efficace contre l'onchocercose a permis l'implantation d'aménagements le long des principaux cours d'eau du pays. Au cours des années 1970, la création d'aménagements hydro-agricoles, simultanément à la lutte contre l'onchocercose correspond à la volonté des organisations internationales de faire apparaître rapidement les résultats de l'action entreprise contre la cécité et l'amélioration de l'état sanitaire des populations. Mais les cours d'eau avaient déjà fait l'objet d'une mise en valeur au lendemain de la seconde guerre mondiale. A cette époque on ne connaissait pas encore parfaitement les conditions de développement de la maladie ; l'échec de l'aménagement de Loumana créé en 1956 en sera la conséquence.

¹⁸⁸ Neuvy (G), "L'onchocercose, une endémie en voie de disparition au Burkina Faso", p 384

¹⁸⁹ Burkina Faso, Ghana, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Togo, Bénin

¹⁹⁰ Hervouët (JP), Prost (A), op. Cité, p 180

D. Ouedraogo¹⁹¹ évoque les étapes concernant la création d'aménagements hydro-agricoles le long des Volta. Dans les années 1960, des tentatives de mise en valeur des vallées avaient déjà été faites, mais sans rapport avec les projets développés ensuite par l'OCP. En 1968, l'idée d'une lutte à l'échelle internationale est suggérée lors d'une réunion OCCGE/ORSTOM/OMS/BM. 1974 est l'année de mise en place du projet de transfert des populations des espaces densément peuplés vers des régions inexploitées. Des périmètres destinés à la culture irriguée sont créés en même temps que des espaces sont destinés à la culture sèche. La réussite de l'AVV repose sur plusieurs postulats dont celui des mouvements migratoires orientés vers la Côte d'Ivoire, l'objectif est de les détourner vers les espaces aménagés. En effet, au centre du pays les difficultés de production sont importantes, elles sont liées aux conditions climatiques difficiles et aux fortes densités d'occupation de l'espace, auxquelles les Mossi ont répondu par le maintien des mouvements vers les pays côtiers bien après l'indépendance. Il semble que la conjonction des périodes de sécheresse, de l'accroissement des besoins en riz et de la libération des terres jugées inexploitable pour des raisons sanitaires, aient contribué à l'accélération de l'équipement du pays. La localisation des aménagements hydro-agricoles témoigne de ces propos, comme à Bagré. Loumana constitue un cas particulier puisque les aménagements réalisés ont entraîné une flambée épidémique dans un espace déjà très affecté par la cécité des rivières. Si l'on observe la figure 10, la culture du riz est la principale activité sur les périmètres aménagés en activité ou en projet. D. Ouedraogo souligne la relation étroite entre aménagements hydro-agricoles, pratiques traditionnelles de la culture du riz, et ethnies, en précisant que ce sont principalement "*les paysans Sénoufo, Bobo, Lobi et Marka du sud-ouest du pays burkinabè qui pratiquaient la riziculture avant la période coloniale*"¹⁹².

Si les périmètres de l'AVV concernent les cours d'eau touchés par les grandes endémies (annexe 6), la superposition des limites des forêts classées et des périmètres indique qu'une partie des zones considérées n'a pas fait l'objet d'un projet d'aménagement. Ainsi sur la Volta Noire, à une vingtaine de kilomètres au nord de Boromo jusqu'aux environs de Douroula (nord-est de Dédougou), soit sur une distance approximative de 120 km, le cours du fleuve n'a pas été intégré au projet. Rappelons que les forêts classées ont été créées dans le cadre de l'action contre la trypanosomiase alors que les aménagements hydro-agricoles l'ont été à la suite de la lutte contre l'onchocercose, ou en auraient été la cause comme le souligne JP. Hervouët. La présence à l'ouest du cours d'eau du village de Tiogo, très touché par la maladie du sommeil, révèle pourtant que ces espaces étaient atteints par les vecteurs des endémies. Le relief explique certainement la mise à l'écart d'un espace pourtant densément peuplé plus à l'est, en pays mossi. En effet cette partie se trouve dans le prolongement des reliefs birrimiens qui s'étendent depuis Houndé jusqu'à

¹⁹¹ Ouedraogo (D), "Aménagements hydro-agricoles, opérations "terres neuves" et déplacement de population au Burkina Faso de 1900 à nos jours"

Ouahigouya. Les collines ne sont pas de hautes altitudes, elles varient entre 400 et 500 m, dominant des plateaux d'altitudes moyennes de 300 m ; ces reliefs sont très proches des rives de la Volta Noire, moins de 2 km. Le cours d'eau ne présente pas un encaissement important mais l'aménagement de périmètres nécessite de vastes superficies, souvent supérieures à 10 km de large, de part et d'autre de la rivière; dans ces conditions il est difficile d'étendre les superficies mises en valeur. L'extrême sud-ouest a également été négligé, les forêts classées le long de la Bougouriba et de la Comoé témoignent de l'existence passée d'endémies, mais aucun aménagement hydro-agricole n'est envisagé. Dans ce cas, le relief sinueux en raison du chevelu hydrographique important et plus ou moins encaissé n'est pas responsable, il est moins prononcé que dans le cas précédent. Les densités démographiques sont la principale explication ; relativement faibles puisqu'elles n'excèdent pas 10 hbts/km², alors qu'autour de Koudougou elles dépassent 70 hbts/km² (annexe 7). D'ailleurs M. Marchal¹⁹³, en 1981, définissait les espaces qui s'étendent le long de la Comoé depuis la frontière de la Côte d'Ivoire sur une largeur moyenne de 30 km et une distance approximative de 70 km vers le nord, comme une zone totalement déserte, il en est de même à l'est de Mangodara. Ces espaces présentent peu d'intérêt dans la mesure où la masse démographique dans la région sud-ouest est faible. La mise en place d'un aménagement hydro-agricole n'entraînera pas un desserrement de l'occupation de l'espace, mais elle impliquera le déplacement de populations depuis le centre du pays.

Les foyers onchocerquiens sont nombreux, on les observe le long de la Léraba, la Bougouriba, les Volta Noire, Blanche et Rouge et la Pendjari. Au sud-ouest, l'actuelle province du Houet est particulièrement concernée, de nombreux sites où se développent les simulies sont identifiés : GombéléDougou, IntiéDougou sur le Pô (affluent de la Bougouriba). A l'ouest, les villages le long des affluents de la Volta Noire sont également touchés : Banfoulagué, Sidi, Guéna, Pindié-Badara ; dans cet espace au relief accidenté de nombreux cours d'eau prennent leur source. Ainsi le Guénako et la Dienkoa, qui ont un parcours accidenté, s'étirent sur un substratum gréseux sur lequel l'érosion forme une succession de cascades favorables à la reproduction des simulies et sont le lieu de concentration des gîtes. A mesure que l'on progresse vers le nord, les gîtes sont moins nombreux, l'écoulement se fait sur une plaine faiblement inclinée. Malgré tout, la faible présence ou l'absence de ces gîtes ne signifient pas systématiquement qu'il y a fort peuplement. Nous verrons dans la deuxième partie comment ces villages ont évolué.

Achévé en 1977, le barrage de la vallée du Sourou, affluent de la Volta Noire, fait partie du programme de l'AVV dont les opérations ont débuté en 1972 sur les Volta Rouge et Blanche. Le but est de mettre en valeur les régions inoccupées et qui, de ce fait, ont des conditions pédologiques généralement plus favorables que les terres surexploitées du pays mossi. Toutefois JM. Bellot et B. Bellot-Couderc signalent "*que la Volta Noire contrairement à la Volta Blanche et*

¹⁹³ Op. Cité, p 313

la Volta Rouge, n'est pas une région vide d'hommes et la trypanosomiase et l'onchocercose n'ont pas empêché le peuplement des bords du Sourou et de la Volta Noire".

2 - Une répartition humaine peu homogène

Les mouvements imposés par la colonisation et la nouvelle organisation de l'espace n'ont pas modifié dans l'immédiat les densités de population très fortes sur le plateau central ; les conséquences ont été plus tardives.

Par leur position géographique, certains pôles secondaires se trouvent promus au premier rang du maillage créé. Les capitales concentrent de multiples fonctions : administrative, économique, juridique, sanitaire. La viabilité de ces pôles est liée à leur accessibilité et aux voies de communication, dont un nouveau tracé est dessiné en fonction des nécessités administratives puis économiques ; celles-ci constituent les lignes de force de l'organisation territoriale du Burkina Faso actuel. La répartition spatiale de la population est un point fondamental de l'analyse de l'offre de soins et, au-delà, du système de santé, dans la mesure où la concentration humaine est un critère de décision à l'implantation des dispensaires. La hiérarchie sanitaire accorde une place grandissante à ce type de structure durant des décennies, des dispensaires qui sont devenus au cours des années 1980, partie intégrante de l'organisation territoriale, servent de point d'appui aux chefs-lieux administratifs dans tout le pays. A l'échelle nationale chaque échelon sanitaire est représenté, à l'échelle provinciale -la région n'existe pas au Burkina Faso- des disparités d'équipement apparaissent. La répartition des établissements de soins tertiaires est corrélée à la hiérarchie urbaine qui n'est pas uniforme sur tout le territoire. Quels sont les espaces privilégiés ?

a - L'influence du découpage administratif

Le contrôle colonial de l'espace se matérialise par la nomination, entre autres, d'anciennes "résidences royales" comme chefs-lieux de cercle au centre, et dans la partie orientale : Ouagadougou, Ouahigouya, Fada N'Gourma. Entre 1899 et 1902, Bobo-Dioulasso devient capitale du 2ème territoire militaire, il comprend également les cercles du Mossi, puis elle perd ce rôle central et se trouve reléguée à la périphérie d'un vaste territoire : le Haut-Sénégal-Niger, jusqu'en 1919.

L'organisation administrative du début de la colonisation maintient les points forts de la hiérarchie traditionnelle sur lesquels elle s'appuie, au centre et à l'est : Ouagadougou, Ouahigouya, Tenkodogo, Fada N'Gourma. A l'ouest hormis Bobo-Dioulasso, les chefs-lieux sont "artificiels", ce qui dénote une faible organisation de l'espace à l'époque précoloniale, sur ce qui formera plus tard le territoire de Haute-Volta. L'administration coloniale est plus souvent motivée par la position

géographique ou le nombre d'habitants des futurs chefs-lieux ; ceci se traduit par la préférence pour des cités qui traditionnellement ont un rôle secondaire. A ce propos, "*en obligeant Yako à s'assujettir à Koudougou, Téma à Kaya, la si respectée Tenkodogo à Koupéla*"¹⁹⁴, les Français ont parfois modifié complètement les relations de subordination qui pouvaient exister entre les royaumes ou Etats. Mais on note la permanence de Bobo-Dioulasso, centre commercial, et de Ouagadougou, résidence du Mogho Naba, symbolique pour les Mossi, dont les représentants vont toujours lutter pour maintenir leur indépendance par rapport aux autres colonies. Dès le début de la colonisation Bobo-Dioulasso et Ouagadougou sont les deux pôles qui influent sur l'organisation de l'espace. Ouagadougou, désigné au sommet de la hiérarchie urbaine voltaïque, a l'avantage sur Bobo-Dioulasso d'être au centre du territoire, en plus du poids politique que représente le Mogho Naba, relativement coopératif avec les Français. Capitale politico-administrative, elle se situe toutefois en retrait de Bobo-Dioulasso du point de vue économique. Ouagadougou ne sera, en effet, atteinte que très tardivement par le chemin de fer, ce qui nuit à l'importance des échanges commerciaux.

En 1919, le gouverneur souhaite englober les réalités ethniques marquant le paysage humain (et qui ont déjà guidé le découpage de la colonie puisque les frontières avec le Ghana ont été modifiées en ce sens, afin de maintenir l'ensemble du groupe mossi sur un même territoire). Ainsi les cercles existants, nous l'avons vu précédemment, regroupent approximativement les principales ethnies du pays :

- Ouagadougou : chef-lieu du cercle du Mossi,
- Fada N'Gourma : englobe les Gourmantché,
- Dori : englobe les Peul,
- Gaoua : les Lobi,
- Bobo-Dioulasso : les Bobo, quelques villages dioula et divers groupes,
- Dédougou : les Marka, Samogho, Bwa.

Ces mêmes chefs-lieux avaient été choisis avant la constitution de la Haute-Volta, soit pour leur rôle attractif sur les habitants, soit pour leur position centrale par rapport aux populations à maîtriser ou leur rôle dans le passé.

A partir des années 1920, l'espace commence à se dessiner : l'ouest de la colonie avec trois chefs-lieux est, semble-t-il, beaucoup plus encadré que le reste du pays, alors que le nord, l'est et le centre n'ont qu'un seul chef-lieu chacun. L'organisation politique et l'instabilité des populations en place justifient certainement ces choix, auxquels il faut ajouter la fonction de passage obligé pour les travailleurs : nous l'avons vu, la Haute-Volta fournit de la main-d'oeuvre à la Côte d'Ivoire, à laquelle elle est intégrée dès 1933. Un découpage qui, somme toute, oeuvre peu pour le développement des régions occupées et dont le but essentiel est la collecte de l'impôt et des

¹⁹⁴ Ouedraogo (MM), 1989, "Urbanisation, organisation de l'espace et développement du Burkina Faso", p 134

productions agricoles. Ces pôles ont été maintenus lors de la dislocation de la colonie en 1932 et confirmés lors de son remembrement en 1947. Dès lors la division du territoire s'accroît, on remarque que les nouveaux pôles se situent sur des axes de commercialisation importants, voire même stratégiques pour les pouvoirs coloniaux :

- Koudougou axe vers la Côte d'Ivoire,
- Tenkodogo axe vers le Togo,
- Kaya est une des plaques tournantes pour le commerce du bétail et se situe

à la croisée des axes menant vers Dori, Ouahigouya et le Mali.

A la même période aucun chef-lieu de cercle n'est choisi parmi les villages situés sur les voies de communication orientées vers le Ghana. Les Français veulent certainement minimiser les échanges avec la colonie anglaise. Toutefois les pistes menant vers la Gold Coast ne sont pas totalement ignorées ; deux chefs-lieux de cantons ont été désignés à proximité : Léo et Pô dont l'intérêt est démographique et économique, ils contrôlent les voies de migration vers le Ghana. Quant à Dédougou, c'est comme centre d'une région très dynamique, du point de vue de la production agricole, qu'il conserve sa position dans la hiérarchie administrative. En effet, la ville n'a jamais eu de rôle historique pendant la période précoloniale. Les "*routes du Kola*" dont une partie est retranscrite par Y. Person, évitent Dédougou qui n'a pris de l'importance que grâce aux colonisateurs, après la ruine de Koury par la maladie du sommeil. De même Gaoua n'avait aucun rôle au sein des échanges commerciaux, la piste passait par Loghosso, plus à l'ouest ; son atout a été sa position relativement centrale au milieu d'une population sans organisation politique et disputée par les Anglais ; ce qui lui a permis de devenir chef-lieu de cercle.

En 1947, le découpage est pratiquement maintenu sauf Dédougou et Batié intégré à Gaoua. Le découpage demeure jusqu'en 1975, date d'une réorganisation qui désigne Dédougou chef-lieu du département de la Volta Noire. Tougan disparaît, les autres chefs-lieux sont confirmés.

Après l'Indépendance par la loi n°3-63 AN du 29 janvier 1963¹⁹⁵, les cercles, cantons et subdivisions en vigueur au début du siècle sont donc partiellement repris dans leur forme mais pas

¹⁹⁵ Elle porte division du territoire en quatre départements : Centre : chef-lieu Ouagadougou, Est : chef-lieu Fada N'Gourma, Volta Noire : chef-lieu Koudougou, Hauts-Bassins : chef-lieu Bobo-Dioulasso qui comprend les cercles actuels et communes ci-après : Gaoua, Diebougou, Banfora, Orodara, Bobo-Dioulasso, Houndé. Chaque département est divisé en circonscriptions administratives dénommées arrondissements. A titre provisoire, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi les cercles prennent le nom d'arrondissement leur circonscription territoriale demeurant la même. Ce découpage est lié à "la volonté de rompre avec les structures administratives héritées de la colonisation" Maharaux (A), op. Cité, p 362

dans leur appellation. A. Maharaux¹⁹⁶ rapporte que *"la volonté de rompre avec les structures administratives héritées de la colonisation apparaît nettement dans les années 1970 en Haute-Volta (...). Premier pas vers la régionalisation, les cercles deviennent des subdivisions". "En définitive les départements n'eurent qu'une existence formelle pendant la période de 1960 à 1974"*¹⁹⁷. L'ordonnance n° 70-47 du 12 octobre 1970 confirme la dénomination de département et rectifie la loi de 1963 en divisant le territoire de Haute-Volta en 8 départements. En 1974, une tension extrême règne dans le pays, elle se solde par un coup d'Etat. Au cours du mois de février, le général S. Lamizana suspend alors la constitution de 1970 et le 7 juin 1974 un rectificatif à l'ordonnance 70-47 porte division du territoire en dix départements¹⁹⁸. Ils sont aussi vastes que les cercles existants au cours des années 1920¹⁹⁹, les divisions internes étaient cependant moins nombreuses en 1975. Les départements se rapprochent peu des cantons par leur nombre ou leur taille. Le choix des chefs-lieux ne dépend plus des mêmes nécessités militaro-politiques qu'à l'époque coloniale ; les correspondances entre les limites des départements et celles des cantons de 1923 résultant en partie de la conquête coloniale²⁰⁰ sont faibles. En 1923, le sud-ouest du Burkina Faso comportait 31 cantons, c'est-à-dire le double des arrondissements de 1975 (mais ils étaient aussi nombreux que les départements désignés en 1983). Les cantons, de superficie variée, ne respectent pas une trame de base, fonction des distances au centre, ils semblent davantage correspondre à la taille des villages et au type d'habitat ; plus les villages sont de petite taille et dispersés, plus la subdivision englobe un nombre important de localités, comme le canton de Sidéradougou. Le comportement réfractaire des populations en place paraît également pris en compte. Tel est le cas en pays bwa où les forces françaises ont dû faire face à de nombreuses révoltes des populations. On compte pas moins de trois cantons pour 51 villages dans cet espace,

¹⁹⁶ Maharaux (A), déjà Cité

¹⁹⁷ "Décentralisation et démocratisation", International Institut, document n°18, 1994

¹⁹⁸ L'ordonnance n° 74-45 du 2 juillet 1974 porte réorganisation complète du territoire de la République de Haute-Volta "divisé en circonscriptions administratives :

- département
- sous-préfecture
- arrondissement
- commune ou village"

les sous-préfectures remplacent les cercles et les arrondissements, les subdivisions

¹⁹⁹ Le cercle de Bobo-Dioulasso de 1923 possède à quelques villages près les mêmes limites que le département des Hauts-Bassins. Ce dernier sera divisé en 1979 pour donner naissance selon la loi n° 79-13 AN au "département de la Comoé, chef-lieu Banfora, sous-préfectures : Banfora, Sidéradougou, Niangoloko"

²⁰⁰ Les lieux qui ont accueilli les postes militaires des troupes coloniales françaises ont souvent eu le privilège d'accueillir le chef-lieu de canton. Un privilège toutefois relatif car, contrairement aux départements français lors de leur création, ils avaient plus une vocation de desserte pour la collecte de l'impôt ou pour le rassemblement de la main-d'oeuvre que celle de "desserte" commerciale

de même autour de Banfora les unités administratives désignées sont de petite taille. En outre, sans être réellement guidées, les limites cantonales semblent suivre les aires de répartition ethnique, surtout au nord où les groupes ne se mêlent pas les uns aux autres comme c'est le cas dans le sud-ouest de la région.

Puis l'administration territoriale est réorganisée et "*porte le coup de grâce aux vieilles coutumes administratives héritées du colonisateur*"²⁰¹. En 1975 c'est surtout parmi les espaces au nord et à l'est qu'il y a peu d'évolution par rapport au découpage colonial. Pour le département de Fada N'Gourma, même s'il a été divisé en deux par rapport au cercle des années 1920, la Sirba constitue toujours la limite nord de l'extension. Le nord est une région également délaissée, comme à l'est les arrondissements sont vastes ; par contre, plus on s'approche du centre du pays, plus ils sont de petite taille et s'agrandissent de nouveau vers l'ouest, sans atteindre les superficies des unités orientales. Ainsi, autour de la capitale, choisie au sein d'un espace densément peuplé, le découpage se fait en auréoles de petite surface, au sein desquelles la densité démographique va en décroissant vers la périphérie. Les densités d'occupation de l'espace expliquent ces découpages qui se desserrent et se resserrent. En effet les villages moins nombreux et la population parfois dispersée ne justifient pas la multiplication des divisions à l'est comme à l'ouest.

En 1983, après le coup d'Etat réalisé par T. Sankara, une ordonnance n° 83-21 CNR-PRES-IS²⁰² du 15 septembre, dont le but est de rompre avec le modèle "*néo-colonial*"²⁰³ des régimes précédents, porte division du territoire national en 30 provinces morcelées en 300 départements. Ces provinces sont formées à partir de la fragmentation des départements préexistants. Il s'agit, selon A. Maharaux, "*de modifier par le langage, la perception qu'ont les populations du paysage administratif en ancrant dans le vécu historique et quotidien les circonscriptions*". Pourtant le territoire beaucoup plus morcelé, correspond davantage au découpage existant pendant la période de domination française. Les critères ethniques et économiques ont primé dans la délimitation des unités administratives du centre et de l'ouest, au nord des considérations d'ordre physique ont déterminé les frontières provinciales. Très variables

²⁰¹ International Institut, op. Cité, p 31

²⁰² Elle réorganise l'administration territoriale de la République de Haute-Volta ... les circonscriptions administratives sont :
- province
- département
- commune
- village

En 1985, 50 nouveaux départements seront désignés

²⁰³ Maharaux (A), op. Cité, p 362

en surface²⁰⁴ et dans leur milieu naturel, les provinces ont été choisies comme échelle de décentralisation pour l'application du plan. Elles ont donc compétence dans le domaine du développement social, mais ces divisions, dont le nombre croît sans cesse, ont une origine principalement politique. Le 6 février 1996 un décret n° 96-12 modifie à nouveau le découpage, provinces et départements sont multipliés, le nombre de provinces passe de 30 à 45²⁰⁵. Déjà pour la multiplication des subdivisions passées de 35 à 65 en 1963, Ouedraogo (MM) écrivait "*ce morcellement excessif traduisait une crise politique. En effet les divisions territoriales devinrent le moyen de briser les fiefs politiques des adversaires et de neutraliser l'opposition qui existait essentiellement dans les villes*"²⁰⁶. De nombreux auteurs²⁰⁷ s'accordent à dire qu'il s'agit plus d'une concentration que d'une décentralisation du pouvoir.

Au Burkina Faso l'unification a été à l'ordre du jour pendant la colonisation. Mais la nouvelle division du territoire résulte, semble-t-il, surtout de la volonté de mieux contrôler politiquement le territoire par l'intermédiaire des préfets (à plus grande échelle, les Comités De la Révolution (CDR), dans les villages, doivent répondre à cet objectif), et du désir de réduire les inégalités sociales et spatiales, en distribuant de manière plus équitable les équipements publics. Les structures de soins font partie de ce projet. Amorcée au milieu des années 1980, la multiplication des établissements publics se mesure en milieu rural²⁰⁸.

Quant aux provinces burkinabè, elles n'ont pas la même signification qu'en Europe où la province au début du 20ème siècle "*est une région établie sur les bases historiques*"²⁰⁹. Au Burkina Faso la toponymie des divisions présente la variété des éléments intervenant dans le choix des

²⁰⁴ de 1169 km² pour le Kadiogo à 26 613 km² pour le Gourma, une moyenne de 9 000 km² ces provinces correspondent par leur taille aux départements français

²⁰⁵ Dans un article de Jeune Afrique n° 1 903, juillet 1997, p 29, à propos des dernières élections législatives qui ont eu lieu en mai 1997, il était écrit : "Le pouvoir espérait donc, pour justifier ses ambitions démocratiques, que l'opposition disposerait d'une représentation parlementaire digne de ce nom. C'est manqué. La raison en est à rechercher moins dans les divisions de ses adversaires (...) que dans l'efficacité du "maillage" du territoire national mis en place par le régime"

²⁰⁶ op. Cité, p 238

²⁰⁷ Savonnet Guyot (C), op. Cité, p 197, Martens (L), op. Cité, p 87

²⁰⁸ Nous basons cette affirmation sur l'observation de l'équipement sanitaire de la province du Houet. Rappelons que si la décentralisation s'est faite à l'échelle de la province l'équipement du territoire se fait au niveau du département, les limites sanitaires respectent strictement les limites départementales (dans leur tracé officiel)

²⁰⁹ International Institut, p 65

Figure 11

EVOLUTION DU DECOUPAGE ADMINISTRATIF



découpages. Elle est empruntée au réseau hydrographique ou à l'histoire²¹⁰ (figure 11). La province du Kéné Dougou est liée à l'histoire : un ancien royaume centré sur Sikasso s'étendant sur ses marges orientales à quelques kilomètres de Bobo-Dioulasso. Il a été divisé par les tracés des frontières comme de nombreux royaumes homogènes d'un point de vue ethnique, c'est pourquoi la province est moins étendue que celles qui lui sont limitrophes, l'extension du groupe sénoufo constitue ses limites. Des raisons historiques ont également donné naissance à la province du Yatenga.

Le Houet et la Comoé doivent leur dénomination aux cours d'eau qui les traversent ainsi que la Sissili, le Mouhoun, ... Leur réalité est fondée sur des éléments naturels, on pourrait leur faire coïncider les "régions naturelles". Le milieu physique est parfois à la base de la dénomination des unités administratives, comme le Séno, nom signifiant en langue peul "plaine de sable". Les aspects humains ne sont pas ignorés l'Oudalan est un terme emprunté au langage des Touareg qui habitent cette région, "ou-dalan" signifie "tentes bleues". Il semble que pour l'identification des unités administratives les critères physiques aient primé à l'ouest, alors qu'au centre et à l'est, excepté la Tapoa, des aspects humains ont inspiré les dénominations. Les Etats précoloniaux du centre ont en effet été les plus importants. Les chefs mossi, forts de leurs sujets plus nombreux, ont largement contribué par leur poids à la reconstitution du pays une décennie avant l'indépendance.

La relation existant entre les "circonscriptions" sanitaires et le découpage administratif est essentiellement politique, l'objectif est de remédier aux problèmes éventuels entre villageois. La nouvelle politique sanitaire, mise en oeuvre au cours des années 1980, respecte, d'ailleurs, strictement les limites départementales dans la définition de l'aire de responsabilité des dispensaires. De même, l'aire d'attraction théorique des structures spécialisées se dessine par rapport au découpage provincial. En outre, ces circonscriptions administratives, en l'occurrence la province, sont le cadre de l'action de la politique sanitaire ; elles bénéficient de leur propre budget, en fonction de l'importance de la population. Cette considération est d'autant plus importante dans le cadre de l'autonomie de gestion instituée progressivement à la fin des années 1990. En matière d'équipement l'autonomie financière risque également d'accroître les disparités entre provinces densément peuplées et provinces faiblement humanisées. Par ailleurs cette répartition humaine a une autre conséquence sur le réseau d'équipement dont le nombre varie en fonction des densités démographiques.

²¹⁰ Provinces du Houet, de la Comoé, du Kéné Dougou seront les entités administratives sur lesquelles nos travaux vont s'appuyer

b- La modification des aires de peuplement issue des mouvements internes de la population

Nous nous intéresserons principalement aux migrations internes qui ont modelé la répartition humaine, dans la mesure où elles influent sur l'adaptation de la politique sanitaire. Elles ont également été déterminées par la colonisation qui, en soumettant la population à toute sorte de contraintes, a provoqué des mouvements de fuite vers des espaces moins contrôlés. Nous verrons dans le point 3, quelles sont les conséquences géographiques de la mobilité des populations sur l'offre de soins. La situation de l'ouest du Burkina Faso correspond au phénomène répulsion - attraction : répulsion des plateaux centraux où les sols accusent de fortes densités démographiques, attraction des terres occidentales sous-peuplées, dont la mise en valeur est limitée. Dans ce point nous nous référons à une étude ancienne de l'ORSTOM, commencée en 1972, menée par une équipe pluridisciplinaire, dont les résultats ont été publiés en 1975. Les résultats portent entre autres sur les phénomènes migratoires dans leurs cadres historique et spatial. L'objectif était d'appréhender le phénomène migratoire mossi, de plus en plus vaste, sous différents aspects : géographique, économique et social. Malgré son ancienneté, cette étude reflète bien les conditions dans lesquelles le mouvement s'est amorcé, puis intensifié à partir de 1975. Compte tenu de l'orientation de nos recherches, nous nous inspirons plus particulièrement des informations relatives aux migrations rurales qui s'effectuent dans les limites strictes du Burkina Faso²¹¹, c'est-à-dire des "migrations internes" (annexe 8).

Les mouvements des populations mossi sont observés dès le début du siècle. Selon JY. Marchal le peuplement avant l'arrivée des Français était relativement stable. La colonisation a contribué à la création "*d'aires refuges*" sur le pourtour du pays mossi en imposant aux populations une contribution économique et humaine ; une situation aggravée par les conditions climatiques défavorables (famine de 1914). "*Les anciennes aires de refuge loin d'être abandonnées sont "reconverties" en aires de peuplement, tandis que d'autres régions de l'ouest de la Haute-Volta connaissent une pénétration mossi diffuse*"²¹². Dans leur étude sur "*la mobilité du peuplement bissa et mossi*" JP Lahuec et JY. Marchal remarquent que les pays gurunsi, samo et les vallées désertes des Volta rouge et blanche ont été des "*aires "refuges"*" pour les individus désirant fuir les "*contraintes*" coloniales. De même, JP Hervouët constate en pays mossi que "*de nombreux villages-refuges furent créés dans les vallées des Volta Blanche et Volta Rouge par les*

²¹¹ Nous tenterons à travers l'exemple de deux espaces où nous avons enquêté et des observations recueillies auprès d'organismes intéressés par la question, de poursuivre l'observation du phénomène dans l'ensemble du Houet, de la Comoé, du Kéné Dougou au cours des années 1990 dans la deuxième partie

²¹² Marchal (JY), "De la fin de l'expansion politique aux mouvements migratoires contemporains (17^{ème} siècle-1960), un déploiement lent et des pulsions chroniques", p 50

*populations des villages mis à sac par les colonnes du lieutenant Voulet*²¹³. Ces mouvements prennent des orientations différentes au cours des décennies, plus tard les motifs économiques deviendront la cause de départ. En effet, dès l'Indépendance les déplacements sont affectés par des motivations nouvelles, notamment la recherche de terres à cultiver, issue des conditions difficiles de production en pays mossi ; ces dernières peuvent être de différentes origines : pluviométrique, pédologique, sociale, économique. Les "terres neuves"²¹⁴ qui s'étendent administrativement sur la province de la Kossi sont alors particulièrement sollicitées.

Le sud-ouest est touché avant les années 1970, mais les flux s'intensifient à partir de cette date. Avant 1970, la colonisation était ponctuelle et s'appuyait principalement sur les infrastructures, telles que les marchés ou les gares, selon les termes de l'étude de l'ORSTOM. La période de sécheresse qui sévit depuis le début des années 1970 et a atteint son paroxysme en 1972-1973 et 1983-1984, a accentué la charge démographique sur des sols déjà épuisés en pays mossi. Les terres cultivables sont saturées, surexploitées, compte tenu de l'absence de techniques de régénération des sols et de la pratique d'une culture extensive : la pression démographique entraîne l'occupation des terres disponibles plutôt que l'intensification des cultures. Ces comportements ont pour conséquence la dégradation rapide du milieu sur le plateau mossi. Ce déséquilibre croissant a contraint les populations à émigrer vers des régions aux terres disponibles. Les marges du pays offrent des conditions favorables à l'établissement d'étrangers. Dès lors les mouvements vont nettement s'orienter et s'accélérer vers le sud et surtout l'ouest du Burkina Faso, où les conditions pédologiques et climatiques sont plus favorables. Si les fortes charges démographiques et les sols pauvres expliquent les départs des populations du plateau central, elles se justifient également par le désir d'accéder à l'indépendance vis-à-vis des anciens du village et de s'élever socialement, situations auxquelles ne peut prétendre le cadet des familles.

Le choix des lieux d'installation s'oriente vers les espaces limitrophes au réseau hydrographique peu ou pas exploité. Ces choix sont d'ailleurs motivés par la présence de migrants "pionniers" appartenant à la même famille ou au même village, d'où la création de flux conduisant souvent des immigrants, originaires d'une même localité mossi ou de villages très proches, à se rencontrer. Les flux sont organisés et orientés vers des destinations privilégiées. Ceci justifie certainement l'apport massif de populations immigrantes dans les régions d'accueil, le phénomène prend de l'importance au cours des années.

²¹³ in "La mise en valeur des vallées des Volta Blanche et Rouge"

²¹⁴ Il ne s'agit pas ici de déterminer les qualités agronomiques des sols colonisés mais plutôt d'indiquer l'absence d'emprise effective de la part des populations autochtones dans le sens où ces terres ont toutes un propriétaire mais ne sont pas utilisées depuis plusieurs décennies ou sont sous-occupées

A l'ouest, contrairement aux régions orientales burkinabè les migrants sont nombreux aujourd'hui. De ce point de vue, les départements limitrophes au Mouhoun constituèrent l'axe majeur de pénétration de cette région. La vallée du Mouhoun est également un axe privilégié, les terres contrôlées mais inutilisées depuis plusieurs décennies par les communautés villageoises sont particulièrement attractives. Les mouvements de population s'étendent depuis la région de Solenzo, où deux axes, parallèles au fleuve, sont empruntés :

- l'axe Solenzo-Koundougou-Bobo-Dioulasso,
- l'axe Dédougou-Bondukuy-Bobo-Dioulasso.

Certaines régions, tournées vers les cultures de rente, attirent les migrants mossi, c'est le cas de Houndé où se trouve une usine d'égrenage de coton, implantée au milieu d'une région aux fortes productions cotonnières. Les villages autour de Houndé, en pays bwa, accueillent volontiers les étrangers, hormis quelques exceptions. Une colonisation agricole, cette fois plus ponctuelle, est observée vers le sud et l'ouest de cette région, elle correspond notamment à la création d'aménagements hydro-agricoles dans la vallée du Kou, Banzon, Niéna-Dionkélé. Enfin les centres urbains assurent des emplois de manoeuvres aux migrants dans l'agriculture, ou dans les usines présentes à Bobo-Dioulasso, à Banfora (Société Sucrière de la Comoé), et en moindre importance Houndé (SOFITEX).

La faible occupation humaine dans ces espaces a été un facteur favorable à l'arrivée des migrants, ce qui a eu pour conséquence une forte croissance démographique des agglomérations. Mais certains autochtones refusent de prêter leur terre aux migrants mossi, *"une des grandes difficultés tient au fait que les Mossi sont très instables ils défrichent une parcelle qu'ils cultivent puis repartent vers un autre endroit à défricher laissant des espaces non cultivables pendant plusieurs années"*²¹⁵.

Dans le sud-ouest, les flux convergent vers la capitale économique du pays. On peut qualifier Bobo-Dioulasso de pôle de redistribution du phénomène migratoire. Selon G. Rémy dans les espaces au sud *"plus de deux migrants sur cinq ont résidé à Bobo-Dioulasso avant de s'installer dans l'aire rurale"* ²¹⁶. Cette ville constitue en quelque sorte la limite méridionale de déplacement des migrants, que l'on peut qualifier "en plage". En effet si l'on excepte les localités opposées à l'implantation mossi, les villages comptent dans leur ensemble un nombre plus ou moins élevé d'immigrants. Au sud de Bobo-Dioulasso, l'implantation devient ponctuelle et concerne un nombre de plus en plus restreint de villages, ce phénomène se développe jusqu'au sud

²¹⁵ Bellot (JM), Bellot-Couderc (B), "Pour un aménagement du cours moyen de la Volta Noire et de la vallée du Sourou", 1978

²¹⁶ Rémy (G), "L'évolution récente-mutation et continuités", p 103

de la province de la Comoé. Les villages de Kofflandé et Mangodara²¹⁷ sont, comme Soumousso et Matourkou²¹⁸, l'illustration d'une implantation très localisée des Mossi.

Les densités et la croissance démographique sont les conséquences du phénomène migratoire, mais l'ensemble des régions n'est pas affecté par le même coefficient. Autour des aménagements hydro-agricoles on observe de fortes croissances de population : Bama Vallée du Kou, Banzon, Dionkélé. Les périmètres hydro-agricoles sont considérés comme des lieux d'accueil, selon G. Rémy ²¹⁹"il convient de les distinguer des aires où l'implantation des migrants est spontanée et naturelle". En effet l'organisation foncière dépend de l'Etat qui offre des parcelles aux familles désirant s'installer. Elle a pour conséquence la dispersion de l'origine des familles dans les villages concernés par ces aménagements hydro-agricoles. En outre, les familles mossi installées sur ces périmètres, présentent certaines particularités, comme le relate T. Hartog à propos de la Vallée du Kou (province du Houet), "*il s'agit, pour la plupart des migrants, d'une installation sans relais, sans étape intermédiaire entre le village d'origine et la vallée du Kou*"²²⁰.

Il est difficile d'évaluer la croissance démographique par unité administrative, le découpage ayant été modifié entre 1975 et 1985 ; toutefois une comparaison dans les grandes lignes fait apparaître le doublement des densités de population, dans les provinces ouest du Burkina Faso, mais également sur le pourtour sud-ouest du pays mossi, dans les provinces du Sanguié, du Passoré, du Boulkieudé. Dans les autres villages, sans aménagements, les migrants ont la particularité de venir de la même région, sinon du même village, compte tenu des modalités suivies par les individus en déplacement.

Au cours des années 1970, l'étude de l'ORSTOM faisait état de faibles mouvements migratoires vers l'est, une situation confirmée par le recensement. Les provinces orientales ont été peu touchées hormis le Gnagna, cela concerne surtout au sud-est, le Boulgou dont le chef-lieu, Tenkodogo, est situé à moins de 50 km du barrage de Bagré et plus encore le Kouritenga où les densités de population ont augmenté. Dans le Kouritenga la croissance démographique annuelle du chef-lieu Koupéla est de 5,2%, en 1985 il regroupe à peine 5% de l'ensemble des habitants de la province.

²¹⁷ Province de la Comoé respectivement département de Sidéradougou et Mangodara

²¹⁸ Province du Houet respectivement département de Karangasso-Vigué, Bobo-Dioulasso

²¹⁹ Op. Cité, p 78

²²⁰ Hartog (T), "La Vallée du Kou un exemple d'intervention planifiée et d'encadrement paysan dans l'ouest voltaïque", p 302

3 - Une faible urbanisation

Parmi les changements qui ont eu des conséquences importantes en Afrique, l'urbanisation est à citer. Au Burkina Faso les villes sont apparues avec la colonisation dans la mesure où leur position permettait un contrôle politique ; les aspects économiques ont ensuite pris le relais pour la désignation des pôles urbains. Elles sont très dispersées sur le territoire, et on peut s'interroger sur leur rôle dans l'équipement sanitaire du pays.

A travers les événements du passé et la répartition des populations nous avons pu voir l'importance des villages-étapes et leur évolution pendant la colonisation. L'héritage des temps anciens est limité. Hormis les grands marchés, aucun pôle n'a su ou pu se démarquer lors du passage sous domination française. Dans le sud-ouest, les postes coloniaux n'ont pas pris systématiquement en considération, l'existence antérieure de lieux privilégiés d'échanges, ainsi beaucoup d'entre eux ont été mis à l'écart, alors qu'apparaissaient de nouveaux pôles dont certains serviront de point d'appui au découpage administratif au cours des décennies suivantes. Les villes précoloniales, qui devaient leur existence à leur position sur des axes d'échanges n'ont donc survécu à l'époque coloniale que dans la mesure où elles ont conservé ce privilège ou sont devenues des centres administratifs. La faible tradition urbaine de l'Afrique a été renforcée dans le cas du sud-ouest voltaïque par le caractère inorganisé des sociétés qui occupaient l'espace. Faute de dynamisme, il n'a pas permis l'émergence de pôles. C. Coquery-Vidrovitch le confirme : "*on ne vit guère émerger de villes dans les sociétés dites "sans-Etat", c'est-à-dire où les équilibres ne reposaient que sur des liens lignagers : le réseau de chefs de village était seulement préoccupé de subsistance*"²²¹. Actuellement le réseau urbain burkinabè dépend des lieux choisis pendant la colonisation.

a- Des villes peu nombreuses

Si l'urbanisation est apparue pendant la colonisation, elle a surtout connu un essor sur le territoire burkinabè au cours des années 1970, avec notamment la création d'industries hors des deux grands pôles administratifs que sont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. De nombreux autres pôles administratifs ont été créés à l'image d'autres pays d'Afrique au cours de la même décennie. "*La production administrative ne s'est pas arrêtée avec l'indépendance : les stratégies de contrôle ont, au contraire, donné naissance à de nouveaux centres urbains conçus selon les mêmes finalités qu'à l'époque coloniale. Au Gabon, les chefs-lieux de tous niveaux sont passés de 27 en 1960 à 47 aujourd'hui ; certains comptent à peine un millier d'habitants, ils n'en sont pas moins*

²²¹ Coquery-Vidrovitch (C), "La ville coloniale "lieu de colonisation" et métissage culturel", Afrique contemporaine, n° spécial, 1993, p12

Figure 12

LOCALISATION DES VILLES ET COMMUNES URBAINES EN 1985



Source : SDAU, Bobo-Dioulasso

Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

*d'efficaces outils d'un encadrement étatique qui s'appuie sur la logistique urbaine*²²². Aujourd'hui au Burkina Faso comme au Gabon, même si économiquement ces deux pays ne sont pas comparables, l'urbanisation est plus importante en raison du statut de commune urbaine conféré aux chefs-lieux de province, selon l'ordonnance 83-21 CNR-PRES-IS du 14 novembre 1983, portant réorganisation de l'administration territoriale de la République de Haute-Volta, article 17 : *"tout chef-lieu de province constitue une commune"*, il s'agit ici de commune urbaine. Le découpage interne s'est accéléré au cours des dernières décennies, le but final étant de décentraliser les actions et d'inciter les citoyens à la participation communautaire. Le nouveau découpage consacre le département comme unité administrative intermédiaire entre village et province, cette dernière constitue l'échelle d'action de la planification et de la maîtrise de la population.

Le semis urbain du Burkina Faso est peu développé et marqué par la bicéphalie Ouagadougou-Bobo-Dioulasso, entre ces deux villes il n'existe aucun pôle intermédiaire et l'on passe rapidement à des villes de plus petite taille représentées par Koudougou, Ouahigouya, Banfora. Selon les critères d'urbanisation, les villes au nombre de cinq en 1975 sont passées à treize en 1985²²³ (figure 12). Les critères urbains définis par l'INSD sont : plus de 10 000 habitants, un minimum d'infrastructures (écoles, dispensaires, services administratifs, réseau de distribution d'eau, d'électricité), la prépondérance des activités non agricoles par rapport aux activités agricoles.

P. Sirven remet en cause le critère quantitatif qu'il pense discutable, *"Gaoua retenu comme ville a seulement 9 445 hab, des agglomérations comme Koupela ou Diebougou, respectivement 9 661 hab et 6 764 hab, ont des équipements plus nombreux que Pô par exemple (14 843 hab) classée comme ville"*²²⁴. Quant au statut de commune urbaine accordé aux chefs-lieux de province, s'il implique un équipement minimum, il n'entraîne pas un dynamisme économique susceptible de se diffuser aux villages environnants. D'ailleurs certains ne justifient leur position de ville que par les termes de l'ordonnance de 1983. Ainsi Ziniare, auquel le recensement de 1985 n'accordait que 5 670 âmes, présente la particularité d'être le village de naissance du Président B. Compaoré²²⁵, à ce titre il bénéficie de nombreux équipements qui légitiment en quelque sorte son maintien en tant que centre administratif. Ce comportement des responsables politiques est observable dans d'autres pays d'Afrique. Un phénomène présent dans des domaines différents de celui de

²²² Pourtier (R), "Petites villes et villes moyennes : développement local et encadrement étatique", *Afrique contemporaine*, n° spécial, 1993

²²³ En plus des cinq agglomérations précédentes ce sont Tenkodogo, Fada N'Gourma, Dédougou, Pô, Gaoua, Kaya, Dori, Tougan

²²⁴ Sirven (P), "Démographie et villes au Burkina Faso", *Cahiers d'Outre-Mer*, n°159, 1987, p 273

²²⁵ En 1983 il était le bras droit du président T. Sankara

l'administration, comme celui de la santé, puisque certains hommes politiques n'hésitent pas à équiper leur village d'origine²²⁶. Ziniare n'a, cependant, rien de comparable avec Yamoussoukro en Côte d'Ivoire.

Dans sa définition de la ville P. Sirven va plus loin en précisant que "*d'autres gros villages comme Boulsa, Bogandé, Manga aux infrastructures très réduites*" ne sont pas des villes, "*il en est de même des grands marchés de Djibo, Gorom-Gorom, Kombissiri, Zorgho, Gourcy, Orodara, Léo ou du centre agricole et touristique de Kongoussi*" alors que certains sont considérés communes urbaines selon les termes de la loi. A propos d'Orodara, l'auteur précise que la population la désigne sous le terme de "*kele sine, c'est-à-dire le gros village*" et que l'on peut l'assimiler à un bourg rural de grande taille. Petites villes, villes moyennes, communes urbaines, à chaque terme sa définition dont les limites sont parfois floues. Une étude urbaine réalisée en 1988 sur l'évolution récente des villes moyennes du Burkina Faso, pour le compte du CNRST de Ouagadougou, englobait Gaoua (9 445 habitants), située hors des grands axes de circulation, avec les villes de Koudougou, Banfora, Ouahigouya, Kaya et Fada N'Gourma qui comptabilisaient toutes en 1985 plus de 20 000 habitants. La notion d'urbanisation nécessite une étude spécifique mais en l'absence de plus d'informations nous nous limiterons aux données fournies par l'INSD et le SDAU dans l'approche du semis urbain au Burkina Faso (annexe 9).

La structure urbaine du Burkina Faso possède des caractéristiques différentes des pays côtiers, la domination de deux pôles n'est pas unique à ce pays mais l'on retrouve plus souvent le cas d'une macrocéphalie vers laquelle le Burkina Faso tendrait selon les recensements nationaux. La Côte d'Ivoire offre une image éloignée de celle du "pays des hommes intègres" par la taille de ses villes, cependant, la structure urbaine est dominée par "*la présence d'une métropole de plus de deux millions d'habitants, Abidjan, et d'un nombre élevé de petites villes de moins de 10 000 habitants. Entre les deux extrêmes, l'éventail est large : Bouaké, six fois moins peuplée qu'Abidjan, mais trois fois plus que Daloa sa suivante immédiate, se détache nettement de l'ensemble des villes moyennes qui s'échelonnent de 40 000 à 160 000 habitants*"²²⁷. Au Burkina Faso, en 1985, Ouagadougou approchait les 450 000 habitants et Bobo-Dioulasso atteignait à peine 230 000. A ce relatif rapprochement on peut opposer l'écart avec les villes qui suivent, de moindre importance, entre 35 000 et 50 000 individus ; elles sont représentées seulement par trois localités : Ouahigouya, Koudougou, Banfora. L'écart de taille s'est creusé entre les deux premières villes du Burkina Faso entre 1975 et 1985 (tableau 1).

²²⁶ Nous le verrons dans le cas du Houet avec le village de Bouéré dont rien ne justifiait l'équipement sanitaire. Si nous relatons ce seul cas il n'est cependant pas unique sur le territoire burkinabè

²²⁷ Chaléard (JP), "Temps des villes, temps des vivres", p 29

Tableau 1 : Ecart de peuplement entre les cinq principales villes du Burkina Faso selon le recensement de 1975 et 1985

| Localités | Population 1975 | Ecart en % | Population 1985 | Ecart en % |
|----------------|-----------------|------------|-----------------|------------|
| Ouagadougou | 172 600 | | 442 223 | |
| Bobo-Dioulasso | 115 100 | 33 | 228 668 | 48 |
| Koudougou | 36 800 | 68 | 51 670 | 77 |
| Ouahigouya | 25 700 | 30 | 38 604 | 25 |
| Banfora | 12 400 | 52 | 35 204 | 9 |

Calcul : $(\text{pop ville 1} - \text{pop ville 2}) / \text{pop ville 2} * 100$

Ouagadougou a connu une croissance démographique plus élevée que Bobo-Dioulasso. Elle fait dire que désormais la capitale administrative cumule la fonction de capitale économique jusqu'ici reconnue au deuxième pôle du pays. Les écarts de population observés entre les premières villes de la hiérarchie urbaine se sont accentués au cours de la décennie 1975-1985, alors qu'ils se sont réduits pour les villes de rang inférieur. Les activités industrielles qui se multiplient, à Banfora notamment, sont certainement la cause d'une telle évolution. Le groupe des 20 000-30 000 habitants est également peu fourni, alors que se multiplient les pôles administratifs entre 10 000 et 20 000 personnes. Au total les localités de plus de 10 000 habitants ont doublé, passant de 13 en 1975 à 31 en 1985.

b - La hiérarchie urbaine

En 1985 au Burkina Faso, le taux d'urbanisation s'élève à 12,7 % de la population, en 1975 il était de 6,4%. Au cours de la décennie, la croissance urbaine a donc été forte, le nombre d'urbains a doublé mais cette croissance s'est faite surtout au profit de quelques villes (tableau 2). Si l'on prend en considération l'ensemble des communes urbaines le taux d'urbanisation atteint 28,5% en 1985²²⁸, cependant l'équipement ne répond pas toujours à la définition qui est faite de la ville dans le pays. Dans le sud-ouest, même si le réseau est mal équilibré, puisque seules deux

²²⁸ Selon l'annuaire Jeune Afrique de 1996, en 1995 au Burkina Faso 27% de la population vivaient dans une ville, au Mali le taux était identique, mais au Niger, pays également enclavé, seulement 17%. Cette proportion d'urbains était à peine plus élevée dans les pays côtiers, 31% au Bénin, 36% au Ghana, 30,8% au Togo, mais en Côte d'Ivoire elle était de 44%. Ces taux masquent cependant les critères de définition des villes spécifiques à chaque pays, au Burkina Faso nous le voyons, le pourcentage varie selon que l'on englobe uniquement les villes ou si on leur ajoute les communes urbaines

villes constituent le réseau urbain, la "région" paraît plus urbanisée que le reste du pays avec un taux de 27,2% (il s'agit des populations de Bobo-Dioulasso et Banfora).

Tableau 2 : Taux de croissance annuel des villes entre 1975 et 1985
au Burkina Faso

| Villes / <u>Communes urbaines</u> | Tx croissance annuel | Activités/fonctions |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Ouagadougou | 9,86 | capitale administrative |
| Bobo-Dioulasso | 7,22 | chef-lieu/ex capitale administrative |
| Ouahigouya | 4,15 | chef-lieu/centre historique |
| Koudougou | 3,45 | chef-lieu/siège industries |
| Banfora | 11,03 | chef-lieu/siège industries |

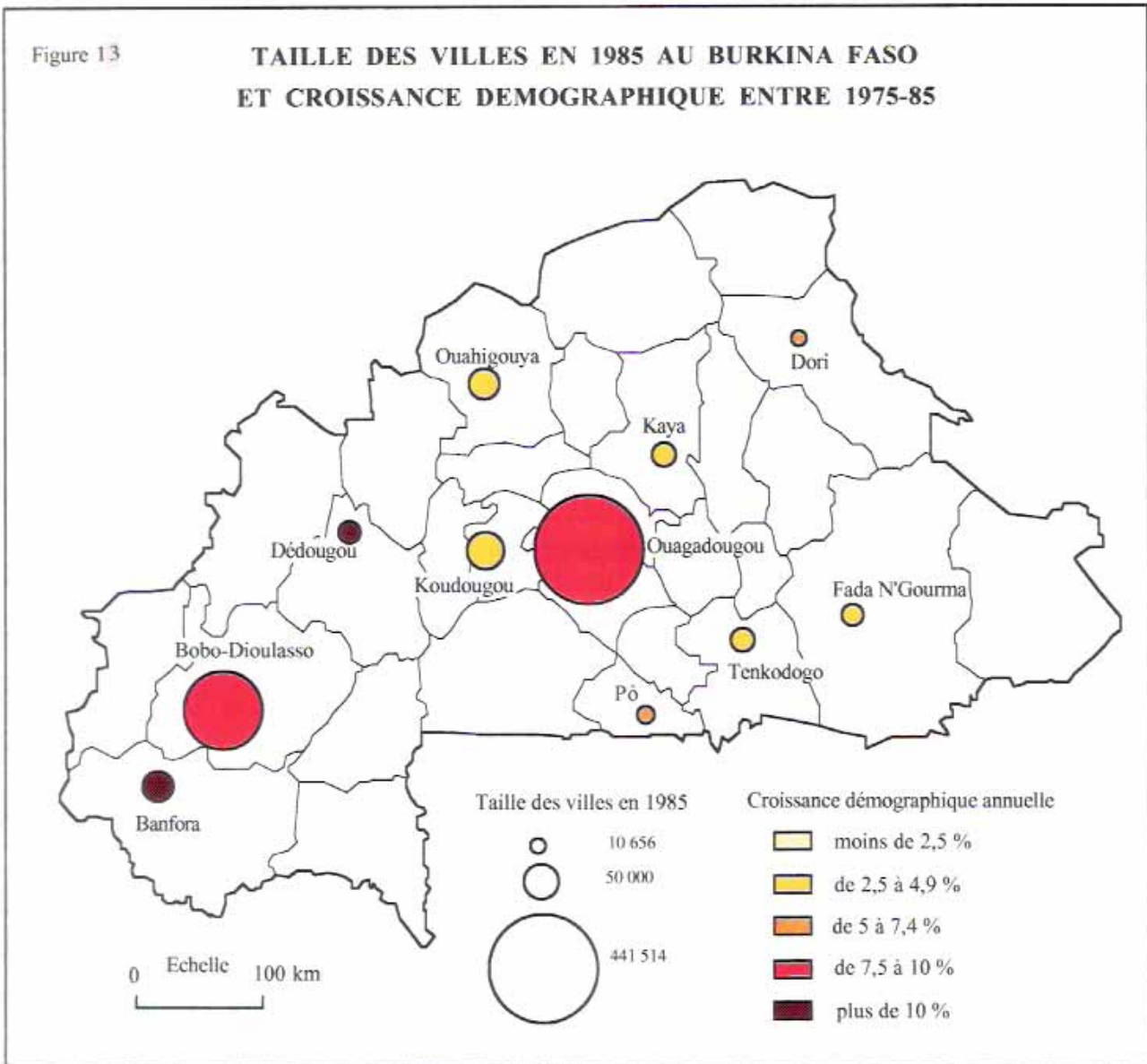
Les taux de croissance sont à nuancer puisque les périmètres urbains pris en compte ont évolué entre les deux recensements nationaux, l'évolution du périmètre entraîne une amplification de la croissance. Ainsi Bobo-Dioulasso, en 1985, a intégré les villages de Dogona et Sakabi dans le calcul de sa population. Le périmètre urbain de Banfora a également changé entre les deux recensements²²⁹. La croissance démographique annuelle des villes est très variable d'un pôle à l'autre, *"les villes du rail et des grands axes routiers du Burkina Faso connaissent un essor particulier. Les gares de Koudougou, Siby, Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko et les petites villes routières de Kaya, Tougouri, Fada N'Gourma, Yako, Houndé, Pô, etc. illustrent bien ce phénomène"*²³⁰. Il s'agit toutefois d'un trafic tourné essentiellement vers le transport des marchandises qui a permis l'essor de pôles plus dynamiques. Béréba, par exemple, gare située à environ 80 km de Bobo-Dioulasso, est surtout desservie par les trains de voyageurs, elle n'a pas connu une forte croissance, ce qui confirme la faible attraction des voies de communication. L'impact de cet axe est en outre limité dans l'espace, l'accès aux gares faisant rarement l'objet d'une mise en valeur. Ainsi MM Ouedraogo écrit *"même les villes très proches de la voie ferrée (quelques dizaines de kilomètres) telles que Houndé, Boromo, Ténado, Safané, ne peuvent tirer aucun avantage de la proximité de cette voie, aucun tronçon de route en bon état, aucune organisation au niveau des transports, aucun flux commercial rejoignant directement la voie ferrée"*

²²⁹ Selon P. Sirven sur les trente communes urbaines correspondant aux trente provinces "sept (Diapaga, Kongoussi, Gourcy, Boulsa, Dédougou, Orodara, Banfora) ont 25 à 40% de leur population qui vivent hors de l'agglomération" p 277

²³⁰ Ouedraogo (MM), op. Cité, p 164

Figure 13

TAILLE DES VILLES EN 1985 AU BURKINA FASO ET CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE ENTRE 1975-85



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

ne permettent à ces localités d'en tirer profit²³¹. A l'échelle nationale on peut comparer le chemin de fer à une colonne vertébrale structurant l'espace, les principaux centres urbains s'y développent. En revanche à l'échelle régionale, voire locale, il n'a aucun rôle organisateur, le chemin de fer est uniquement un moyen de relier les deux grandes villes du Burkina Faso.

Sur la figure 13 les taux de croissance, rapportés à la masse démographique, permettent deux constats : autour de Ouagadougou, les villes n'atteignent pas les 5% de croissance annuelle, la forte attraction de la capitale politique n'incite pas ou peu les industries à s'établir ailleurs ; ceci fait de Ouagadougou la destination préférentielle des migrants par rapport aux villes environnantes ; à l'inverse autour de Bobo-Dioulasso, les quelques villes existantes présentent des taux de croissance supérieurs à 10% par an entre 1975 et 1985. Les conditions naturelles, favorables à la production agricole, ont incité à la dispersion géographique des industries.

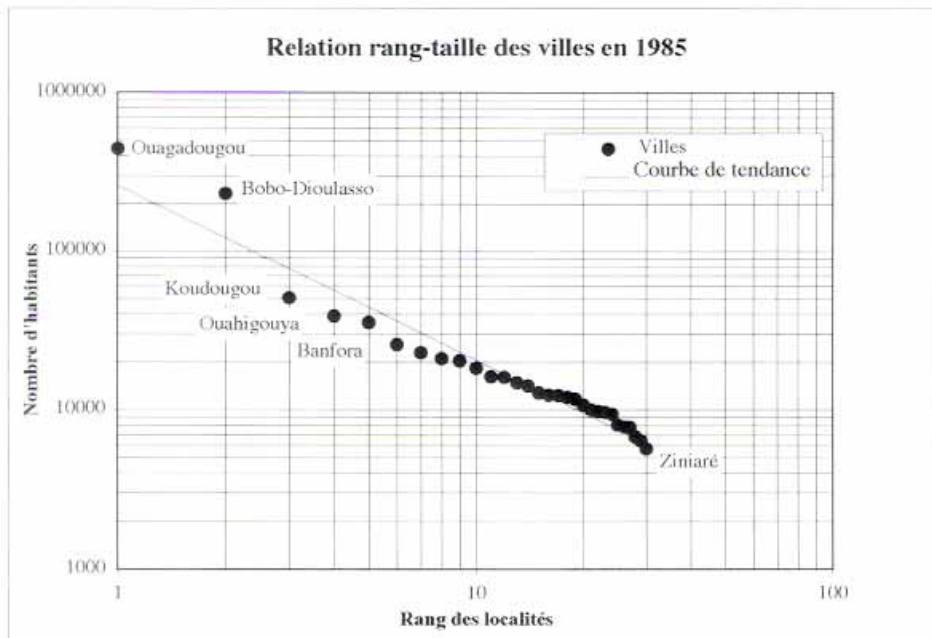
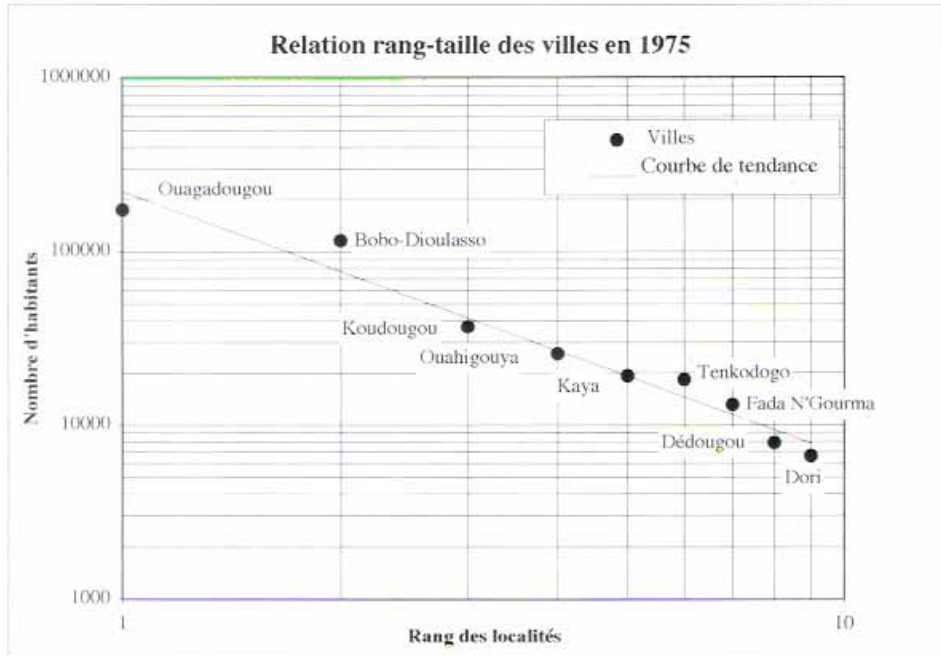
Le SDAU a établi une liste des populations "urbaines" de plus de 10 000 habitants, cependant leur rôle dans l'organisation de l'espace est très variable et il convient de ne prendre en compte que les villes qui répondent réellement à la définition donnée au Burkina Faso et les communes urbaines. La trame urbaine a été remodelée récemment par la réorganisation territoriale nommant les chefs-lieux provinciaux en 1983-84. Dans son ouvrage F. Moriconi Ebrard met en évidence le modèle énoncé par Zipf. Il considère que le nombre de villes a tendance à être inversement proportionnel à la taille de la ville et "*qu'un groupe humain a besoin d'occuper plusieurs points de son territoire pour en valoriser toutes les ressources*"²³². Si l'on se place à l'échelle du Burkina Faso ces ressources sont de deux types principaux et peuvent être évoquées de façon chronologique. Il s'agit des ressources humaines, elles concernent principalement le groupe mossi au centre du territoire, les villes burkinabè les plus anciennes se répartissent en effet principalement au centre du pays. Plus récemment ce sont les ressources agricoles qui ont été mises en valeur ce qui a permis le développement de villes situées davantage en périphérie du territoire.

Le modèle rang-taille met en évidence des irrégularités par rapport à une linéarité considérée comme le modèle idéal d'évolution de la distribution urbaine qui permet de créer un réseau urbain parfaitement hiérarchisé. Dans le cas du Burkina Faso nous nous sommes appuyés sur les deux recensements exhaustifs de 1975 et 1985. L'absence de linéarité dans la distribution des villes fait apparaître des irrégularités qui peuvent s'expliquer par différents facteurs. Les contraintes du milieu naturel sont un facteur évident de variations. Un gradient sud-nord marque le territoire burkinabè, on passe progressivement d'un climat soudanien à un climat sahélien dont les faibles

²³¹Ouedraogo (MM), p 195

²³² Moriconi Ebrard (F), 1993, "L'urbanisation dans le monde"

Figure 14



précipitations entraînent une dégradation de la végétation et des possibilités agricoles. La localisation majeure des villes au sud de Ouagadougou, et la vocation économique du pays, tournée vers les pays côtiers du fait de son enclavement, pèsent sur la distribution des villes et sur leur taille. En 1975, le pays semble toujours se comporter comme une sous-région de la Côte d'Ivoire, comme il l'a été pendant de longues années au cours de la colonisation. Le recensement de 1985 fait apparaître d'importants changements (figure 14).

La relation rang-taille des villes burkinabè est marquée par un premier palier où dominent deux villes Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, cette dernière se détache en 1975, elle est rattrapée en 1985 par Ouagadougou. Une bicéphalie caractérise le pays, elle existe depuis longtemps en raison des échanges économiques réalisés avec la Côte d'Ivoire ; depuis la colonisation Bobo-Dioulasso a dominé le réseau. Elle témoigne de l'impact des événements passés sur le territoire et son organisation. Or la volonté du gouvernement de désenclaver le pays conduit à améliorer la qualité des voies de communication orientées vers le sud, et notamment en direction du Bénin et du Togo. Cette ouverture marque la distribution urbaine primatale ; en effet, la fonction de capitale économique généralement attribuée à Bobo-Dioulasso a tendance à s'estomper dès 1985. La position de Bobo-Dioulasso sur le graphique est plus basse et tend vers la linéarité. Les échanges avec les pays côtiers au sud-est du Burkina Faso se multiplient tandis que le trafic vers la Côte d'Ivoire perd de son importance. Les flux commerciaux depuis le Bénin et le Togo convergent vers Ouagadougou. Malgré tout ces deux villes dominent toujours la hiérarchie urbaine puisqu'elles représentent près de 60% de la population urbaine du Burkina Faso en 1985.

La première ville est deux fois plus grande que la deuxième, elle-même pratiquement cinq fois plus peuplée que la troisième. Le déséquilibre entre ces deux dernières s'est accentué au cours de la décennie 1975-85, il se définit sur le graphique par la concavité de la distribution au niveau des villes intermédiaires, concavité liée au taux de croissance démographique plus ou moins ralenti de certaines villes moyennes. Leur situation sur le territoire justifie le retrait de certaines villes par rapport à une évolution idéale, tel est le cas de Koudougou, sa proximité avec Ouagadougou, environ 100 km, est un inconvénient à sa croissance. Quant à Ouahigouya, sa position en région sahélienne implique un ralentissement de son peuplement. Enfin les petites villes ont tendance à se distribuer de façon linéaire.

Le bilan réalisé entre 1975 et 1985 fait ressortir une hiérarchie urbaine de plus en plus contrastée. La politique de type socialiste, menée par les différents gouvernements, et particulièrement volontariste sous T. Sankara, de 1983 à 1987, ne semble pas avoir profité au réseau urbain. Il a été mis fin aux constructions anarchiques en réglementant le bâti dans les villes burkinabè. La centralisation du pouvoir a été diminuée par le découpage administratif provincial, unité vers laquelle une partie des décisions ont été déléguées. La fonction de chef-lieu administratif a été attribuée aux villes ce qui a une incidence sur leur taille, elles attirent davantage les

populations pour les services qu'elles offrent. F. Moriconi Ebrard insiste d'ailleurs "parmi tous les pays à économie dirigée, on note un effet déterminant de la structure de l'encadrement territorial sur la forme des hiérarchies urbaines"²³³, malgré tout les écarts par rapport à la droite sont de plus en plus prononcés.

La bicéphalie est le point le plus marquant. La population de la ville de Bobo-Dioulasso représente la moitié de celle de Ouagadougou. Selon les indications du SDAU en 1960, elles avaient une masse démographique sensiblement égale, preuve que la colonisation favorisait avant tout le développement économique dont Bobo-Dioulasso était à la tête. En termes démographiques la capitale politique va progresser plus rapidement au cours des décennies suivantes, les taux de croissance annuels sont les plus élevés du pays.

Tableau 3 Evolution de la taille des deux principales villes du Burkina Faso

| | Population | | | | Croissance | | |
|----------------|------------|----------|----------|----------|------------|---------|---------|
| | Pop 1960 | Pop 1970 | Pop 1975 | Pop 1985 | 1960-70 | 1970-75 | 1975-85 |
| Ouagadougou | 59 126 | 99 431 | 172 600 | 442 223 | 5,3% | 11,7% | 9,8% |
| Bobo-Dioulasso | 54 260 | 94 583 | 115 100 | 228 668 | 5,7% | 4,0% | 7,2% |

Source : SDAU, 1986, Bobo-Dioulasso

Avec un taux de 10% par an, Ouagadougou double sa population tous les sept ans. L'accroissement est dû principalement aux mouvements migratoires vers la ville, mais il est resté élevé au cours des années, certainement favorisé par l'ouverture des voies commerciales vers le Togo et le Bénin ; ceci réduit le trafic vers la Côte d'Ivoire et donc le passage par Bobo-Dioulasso. Cette dernière s'accroît moins rapidement que Ouagadougou, elle a toutefois rattrapé les pourcentages de croissance alors qu'un écart important s'était creusé entre 1970 et 1975. Une différence dont l'origine est liée aux graves crises climatiques qui ont durement touché le nord du pays, incitant les nomades et les agriculteurs à trouver refuge dans la capitale administrative.

Sur le graphique on voit nettement que les villes moyennes sont en faible nombre, elles ont pour la plupart une fonction industrielle. Elles ont une croissance modérée entre 3 et 4% par an ; cependant, Banfora se démarque avec 11% annuels entre 1975 et 1985. Entre 1970 et 1975, Ouahigouya a une croissance élevée, dont les 8% correspondent à l'afflux de personnes obligées de quitter leur village en raison de la sécheresse ; on ne retrouve pas ce phénomène dans les villes plus au sud, Kaya illustre d'ailleurs cette situation, pôle n'ayant pas une réelle dynamique

²³³ déjà cité, p 186

économique, c'est un marché d'éleveurs ; lors de cette même période, sa croissance a été de 1,8% par an. Enfin sur la figure 14, les villes de plus petite taille et aux communes urbaines n'ont d'intérêt qu'en tant que pôle régional, leur importance dépend de l'ensemble rural environnant, et de pôle administratif pour les secondes.

En résumé, on peut déterminer deux grands ensembles. L'un concentre les villes possédant réellement les activités et les équipements générateurs de croissance ; ce sont des pôles à vocation économique, ils sont très attractifs. L'autre ensemble concerne les pôles mis en avant par leur fonction administrative mais dont le rayonnement et le dynamisme sont trop limités pour avoir une incidence véritable sur l'organisation spatiale, ils ont une vocation administrative et se différencient par leur équipement public. Ils sont souvent situés à l'écart des axes commerciaux ou en périphérie du territoire, ils sont affectés d'un taux de croissance variable, en fonction du degré de développement de la région dans laquelle ils se trouvent. Certains sont assez proches de l'accroissement naturel, d'autres bénéficient d'un solde migratoire positif.

La répartition des villes est très irrégulière dans l'espace car elle est largement dépendante des axes de circulation qui ne desservent pas la totalité du territoire. Il existe en fait deux situations : soit les villes ont guidé le tracé des voies de communication, c'est le cas des pôles précoloniaux, soit ce sont les routes qui ont influencé le développement des villes. Les modes d'occupation de l'espace expliquent également les disparités existantes dans la répartition des villes. Le nombre de pôles urbains dépend de l'organisation des sociétés. Ainsi en pays mossi et dans les régions à l'est, il existe plusieurs centres urbains : Ouagadougou, Ouahigouya, Fada N'Gourma. A l'ouest leur nombre est plus limité ; la ville n'est pas liée à la société locale, mais aux activités commerciales développées avec des pôles extérieurs à la région. Seul pôle urbain existant avant les années 1960, Bobo-Dioulasso s'insère dans un espace d'échanges commerciaux beaucoup plus vaste. Banfora apparu au milieu des années 1970 a évolué grâce à l'implantation industrielle.

La répartition spatiale des villes est très inégale comme en Côte d'Ivoire où *"cette population urbaine se concentre pour l'essentiel dans la moitié sud du pays où sont localisées plus de deux villes sur trois et 8 des 10 plus grandes agglomérations dont Abidjan"*²³⁴. Mais si l'on étend cette observation à l'ensemble des localités de plus de 10 000 habitants, désignées dans le SDAU, on retrouve l'opposition centre/périphérie rappelant les densités démographiques. La concentration de ces lieux se superpose à l'étendue du pays mossi, tandis que les marges sont peu concernées, à l'ouest plus qu'à l'est.

²³⁴ Chaléard (J.P), op. Cité, p 31

A l'organisation concentrique des densités démographiques vient donc s'agréger une opposition nord/sud dans la répartition spatiale des villes. Parmi les treize centres urbains désignés par le recensement, seulement quatre se situent au nord de Ouagadougou. L'existence des villes précoloniales était liée, dans la grande majorité des cas, au passage des caravanes de marchandises et donc à la présence des axes commerciaux. Actuellement les voies de communication gardent le même impact sur la formation des centres urbains. P. Vennetier²³⁵ indiquait à propos du chemin de fer au Congo, que "le rail a été un actif créateur de villes". Tel est le cas du Burkina Faso, la mise en place du réseau ferré a fortement déterminé l'urbanisation, surtout dans les régions où les populations ne sont pas organisées. Dans les espaces où vivent les sociétés centralisées autour d'un Etat, le rail s'est également appuyé sur des villes déjà existantes. De même l'image du réseau urbain est comparable entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, dans la mesure où l'on retrouve certaines caractéristiques du réseau ivoirien au Burkina Faso. Ainsi JP. Chaléard²³⁶ précisait "*dans une ceinture de 300 km autour de la métropole ivoirienne aucune grande cité, à l'exception de Yamoussoukro, ne s'est développée mais le réseau des villes petites, et moyennes est dense, avec de nombreux centres entre 20 000 et 60 000 habitants*". Autour de Ouagadougou les villes qui se sont développées sont de taille réduite et n'excèdent pas les 40 000 habitants, elles sont en nombre limité. Le dynamisme économique du pays n'a pas fourni l'impulsion nécessaire à l'explosion urbaine que l'on observe dans le sud de la Côte d'Ivoire.

Toutes les villes sont des communes urbaines, mais toutes les communes urbaines ne sont pas des villes. Cette assertion souligne le rôle des activités dans la définition de ces pôles. Si Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Ouahigouya, Koudougou, Banfora doivent leur position à leur statut administratif, leur développement est lié aux industries qui se sont implantées et qui représentent le moteur du développement urbain. Ouahigouya est le siège d'un grand empire dans une région densément peuplée²³⁷. Elle doit sa position, au sein de la hiérarchie urbaine, à sa taille et son rôle de capitale régionale, que lui confèrent sa fonction administrative et ses équipements, notamment sanitaires. Il s'agit, avant tout, d'un marché d'échanges de produits issus de l'agriculture ou de l'élevage. Au cours des années 1980, JY. Marchal ne la considérait pas comme un centre urbain dans toute l'acception du terme : "*si c'est le chiffre de près de 20 000 habitants (1975) concentrés sur 411 hectares bâtis qui doit définir la ville, Ouahigouya mérite alors d'être étudiée à part des villages ; mais si, au contraire, ce sont les activités des habitants qui nous intéressent, Ouahigouya n'est plus alors qu'un village monstrueux*". La fonction centrale des villes au Burkina Faso est très variée.

²³⁵ Vennetier (P), "Réseaux de transport, flux de biens et urbanisation", p 216

²³⁶ Chaléard (J-P), op. Cité, p 31

²³⁷ Les deux capitales, économique et administrative, sont les points vers lesquels convergent le bétail depuis les marchés de commercialisation de Kaya, Ouahigouya, Yako, Djibo, Dori, Gorom-Gorom pour Ouagadougou et depuis Tougan, Nouma, Orodara pour Bobo-Dioulasso

Les unités industrielles, quel que soit leur type : textile, agro-alimentaire, mécanique, ..., concernent Dédougou, Houndé, Bobo-Dioulasso, Banfora dans l'ouest du Burkina Faso, et Ouagadougou et Koudougou au centre. Ce sont des centres "mono-industriels", selon le terme employé dans l'atlas Jeune Afrique. Ces villes sont toutes situées le long des voies de communication les plus importantes du pays. On remarque la relative proximité de Koudougou de la capitale administrative (environ 100 km) et de Banfora de la capitale économique, elles sont également localisées le long de la voie de chemin de fer²³⁸. Pour la ville de Koudougou, Ouagadougou se présente comme un marché de commercialisation des pagnes que fabrique l'usine Faso Fani, alimentée en coton par les usines d'égrenage proches. Une évolution quelque peu différente de celle constatée en Côte d'Ivoire où, *"en réalité l'industrie de transformation n'est pas créatrice de villes, elle se greffe sur des structures urbaines préexistantes. Le plan textile ivoirien entre dans ce schéma : afin de décongestionner Abidjan, les "mammouths textiles" ont été implantés dans les villes du chemin de fer devenues languissantes, Dimbokro et Agboville"*²³⁹. Avant l'implantation de l'usine de fabrication de pagnes, Koudougou n'était pas un pôle dynamique susceptible d'être compté parmi les villes. Quant à Banfora, le site géographique de la ville était favorable à la création de plantations de canne à sucre. En outre la ville était un lieu stratégique, compte tenu de sa proximité avec la Côte d'Ivoire, ce pays se montrant *"intéressé, notamment à l'époque des premières négociations, par la production de sucre"*²⁴⁰. Les conséquences sont importantes pour Banfora. R. Pourtier²⁴¹ précise que *"les grands complexes agro-industriels ont donné naissance à des centres urbains (...) dont l'unique raison d'être tient à l'implantation d'usines de transformation sur les lieux de production agricole : tels sont les complexes sucriers de Mbandjok au Cameroun ou de Ferkéssédougou en Côte d'Ivoire"*. Dédougou et Houndé peuvent être considérés comme des pôles régionaux au sein d'espaces divers. Grâce à la culture commerciale du coton, Dédougou a bénéficié d'une usine d'égrenage, moteur de son développement. D'autres productions ont permis la croissance de pôles commerciaux, telles que la production d'ignames pour Gaoua, de riz pour Tenkodogo ou encore de céréales pour Fada N'Gourma. Enfin certaines villes se présentent comme des marchés dans des régions où l'élevage est développé, tels que Kaya ou Dori.

Les autres communes urbaines ne répondent pas totalement à la définition de la ville de l'INSD puisqu'elles ne disposent pas d'infrastructures industrielles. L'existence de fonctions administratives n'entraîne pas une croissance démographique soutenue, contrairement aux activités

²³⁸ Se reporter Chapitre II / I / 1b pour la place de la ville

²³⁹ Pourtier (R), op. Cité, p 86

²⁴⁰ Pallier (G), "Un effort de développement en Haute-Volta : le complexe agro-sucrier de Bérégadougou", 1976, p 94

²⁴¹ Pourtier (R), op. Cité, p 88

Figure 15 SCHEMA DE L'EVOLUTION HISTORIQUE DU BURKINA FASO

| Périodes | Foyers économiques principaux | Capitale politique et pôles administratifs | Réseau de communication | Mouvements de population |
|----------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Période précoloniale | Marchés d'étape sans hiérarchie | Capitales de royaumes et Etats administratifs | Liaisons méridiennes | Mouvements volontaires vers la côte de l'or |
| Colonisation | Le coton et les travaux forcés | Contrôle militaire du territoire | Vers la Côte d'Ivoire | Mouvements vers le Ghana, la Côte d'Ivoire et le Soudan |
| Indépendance | Coton | Multiplication des pôles | Réseau goudronné orienté vers le sud | Mouvements volontaires courtes et longues distances |



industrielles. Ainsi Orodara (3,62% de croissance annuelle), devenue commune urbaine par sa fonction de chef-lieu de province, a vu sa population augmenter moins rapidement que Houndé (10,59% par an entre 1975 et 1985). Houndé n'est qu'un chef-lieu de département, mais une usine d'égrenage du coton s'est implantée en raison des importants tonnages "d'or blanc" produits dans la région. L'industrie cotonnière, liée aux activités agricoles locales, a été un atout pour le développement de la ville et de ses équipements, et donc pour le changement de statut ; ceci a valu à Houndé d'être érigé en commune urbaine²⁴² en 1993.

Le semis des postes coloniaux a pérennisé la position de Bobo-Dioulasso, étape importante sur les voies commerciales précoloniales, dans la trame urbaine du Burkina Faso. Il a permis, notamment dans le sud-ouest, l'essor d'Orodara et de Banfora dont la position a été renforcée par les choix politiques. Aujourd'hui, l'urbanisation reste limitée, malgré la volonté de donner un souffle nouveau au réseau urbain, au cours des trois dernières décennies, avec les chefs-lieux de province. Le fossé entre villes et campagnes ne s'est pas réduit et la diffusion industrielle vers le bas de la hiérarchie urbaine est limitée à l'image des services de santé qui se sont implantés en nombres importants dans les villages, après plusieurs décennies.

En conclusion, les termes exposés par R. Pourtier s'appliquent au Burkina Faso "*nulle part ailleurs ne se lit avec autant de clarté le lien génétique entre ville et Etat que dans l'Afrique subsaharienne : la très grande majorité des villes africaines sont en effet "filles de l'Etat". L'Afrique centrale le montre de toute évidence : les villes sont nées dans leur quasi-totalité d'une fonction initiale de contrôle administratif ; les étapes de leur création jalonnent celles de l'occupation territoriale des premiers temps de la colonisation*"²⁴³.

c - L'apparition des déséquilibres régionaux : le leg du passé

Les événements abordés dans la première partie peuvent se résumer en trois phases (figure 15). La première phase est la période précoloniale, elle n'est dominée par aucun pôle commercial, la région est traversée par les voies de commerce méridiennes. De nombreux marchés d'étape jalonnent ces voies mais peu de pôles ont un rôle réellement important sur l'ensemble des axes qui se sont développés. Les mouvements de population ne sont pas importants et s'orientent essentiellement vers la côte de l'or. La deuxième phase correspond à la période coloniale. Les Français ont progressivement organisé l'espace et orienté la production agricole principalement

²⁴² Comme le précise l'ordonnance 83-21 CNR-PRES-IS du 14 novembre 1983 : les chefs-lieux de département peuvent être érigés en commune

²⁴³ Pourtier (R), op. cité, p 87

ournée jusqu'ici vers la production pour la consommation alimentaire. Une culture commerciale est imposée, celle du coton, elle concerne toutes les régions agricoles ayant les atouts climatiques pour cette culture, depuis Ouahigouya jusqu'à Pô. Cette vocation agricole oriente les axes de circulation vers le sud, c'est-à-dire vers la côte pour l'évacuation des marchandises vers la métropole. La situation de Bobo-Dioulasso sur les axes de commercialisation lui confère le rôle de capitale économique. Malgré sa position centrale au sein du pays, Ouagadougou, la capitale politique, est trop excentrée pour cumuler cette fonction. La population est également employée comme main-d'oeuvre sur les chantiers des colonies limitrophes. A côté des mouvements migratoires volontaires vers la Côte de l'Or, des flux de déplacement imposés se forment vers le Soudan et la Côte d'Ivoire. La troisième phase s'ouvre à l'Indépendance. Il n'y a pas de rupture avec l'organisation spatiale coloniale, la capitale politique est conservée. L'orientation méridionale des axes d'échanges est encore plus marquée, de même les flux migratoires désormais volontaires se multiplient et se maintiennent vers le sud. De nouvelles régions d'accueil s'ouvrent, ce sont les régions ouest du Burkina Faso, peu peuplées, aux conditions climatiques favorables à l'agriculture. La maîtrise de l'espace est plus grande avec la multiplication des pôles administratifs et la transformation de certains chefs-lieux en ville.

Retracer la chronologie des événements met en évidence l'influence de chaque période. L'organisation territoriale du Burkina Faso résulte en grande partie de l'histoire car les changements politiques n'ont pas entraîné la remise en cause totale de l'organisation spatiale. La colonisation a marqué l'espace en favorisant le développement économique et politique du centre et de l'ouest et en reléguant au second plan les espaces sahéliens ou limitrophes à des pays sans intérêt pour l'économie de la colonie ; ainsi le nord et l'est ont été délaissés. Un déséquilibre régional s'est instauré et il a été pérennisé au cours des décennies suivantes. Le Burkina Faso s'ouvre aux régions littorales et les périphéries sahéliennes deviennent de plus en plus répulsives. D'ailleurs la population se dirige majoritairement vers les régions méridionales internes ou externes au pays. En tant qu'équipement public dépendant de l'Etat, les structures de soins obéissent au même schéma et se localisent dans les pôles qui ont été désignés dès la colonisation.

II - SYSTEME ET CONTINUITÉ

L'adoption de la hiérarchie sanitaire a été progressive. Elle est la conséquence d'une politique d'équipement dirigée vers le milieu rural. Parallèlement à l'offre de soins, des objectifs sanitaires ont été fixés de façon à améliorer l'état de santé des populations. L'indépendance marque à la fois le retrait de la puissance coloniale et l'implication d'ONG et de programmes, définis à l'échelle internationale dans le secteur sanitaire. La lutte contre les grandes endémies est le programme sanitaire qui a eu les conséquences les plus immédiates sur le niveau de santé des

populations et sur l'organisation de l'espace, puisqu'il a permis de nombreux aménagements hydro-agricoles.

Deux dates ont été choisies en fonction des phénomènes politique et sanitaire marquants. 1960 est l'année de l'Indépendance, cependant on observe une continuité dans le domaine de la santé, d'une part les actions reproduisent la politique sanitaire coloniale, d'autre part une partie des financements dépend des organismes internationaux. 1978 n'a aucune incidence du point de vue politique, elle est cependant une date charnière en matière de santé à partir de laquelle de nouveaux objectifs ont été définis à l'échelle internationale, des objectifs auxquels la Haute-Volta a largement souscrit.

1 - La politique sanitaire des années 1960 à 1978 : la continuité de la politique coloniale

En 1960, l'Indépendance politique est acquise, une succession de dirigeants va mener des politiques sanitaires différentes. Dans son fonctionnement le système sanitaire ne rompt pas avec le système colonial, puisque c'est toujours un système hiérarchisé à la base de l'organisation du réseau, où les établissements les plus spécialisés jouent un rôle essentiel et sont le privilège des villes. Néanmoins depuis la fin des années 70, les objectifs diffèrent et visent à rapprocher les populations rurales des centres de soins modernes. Les services de santé mobiles ont peu à peu disparu, excepté dans les quartiers les plus mal desservis des villes, pour la pratique des soins maternels et infantiles²⁴⁴. Ces services ont fait leur réapparition depuis une dizaine d'années en zone rurale par l'intermédiaire des tournées de vaccination, également destinées aux enfants et aux mères.

Plusieurs périodes politiques peuvent être définies, pendant lesquelles les objectifs et les actions des gouvernements en place ont évolué, les considérations de base n'étant pas identiques. Chacune d'elles apporte un éclairage sur les causes des variations subies dans la création des établissements de soins²⁴⁵.

Une première période, s'étendant de 1960 à 1966, voit l'avènement d'un premier président M. Yaméogo. Le contrôle budgétaire peu rigoureux et les débordements financiers des hauts fonctionnaires, conduisent le pays à une situation économique catastrophique. Pendant quelques années, le budget santé, avoisine les 10% du budget national. Il suit en cela la position coloniale

²⁴⁴ Une pratique qui tend toutefois à disparaître avec la réorganisation du réseau sanitaire urbain et la nouvelle politique de santé

²⁴⁵ Se reporter à la deuxième partie où à travers l'exemple du Houet est exposée la création des CSPS selon les périodes politiques

dont "l'effort financier demeura limité et le pourcentage des 12% du budget resta considéré "comme un maximum que les crédits des services sanitaires ne pouvaient dépasser"²⁴⁶. Nous verrons cependant plus loin, que cette période a été financièrement la plus favorable au secteur de la santé, jamais au cours des décennies qui vont suivre il ne bénéficiera d'une telle place dans le budget national, excepté les trois premières années suivant l'indépendance. En 1966, S. Lamizana succède à M. Yaméogo par un coup d'Etat. L'armée prend ainsi le pouvoir afin de relever le pays. Des mesures d'austérité en matière économique et financière sont prises, la création des établissements de soins va se ralentir. En effet le plan Garango vise au redressement budgétaire, il a des conséquences sur le bon fonctionnement de certains secteurs, comme celui de la santé, puisque les crédits sont consacrés au paiement des salaires, au détriment de l'équipement qui se dégrade.

Seconde période, S. Lamizana est à la tête du gouvernement militaire, il décide de rester quatre ans au pouvoir, le temps du redressement. L. Martens²⁴⁷ écrit : "*tenant sa promesse de rétablir la démocratie Lamizana donne en juin 1970 une nouvelle constitution au pays*". Toutefois les militaires ont des difficultés à céder définitivement la place, "*l'article 108 (de la constitution) stipule que le président de la République est l'officier le plus haut en grade*". Cependant à partir de 1970 ce pouvoir est contraint de composer avec l'opposition qui revendique notamment des fonds pour le développement de l'équipement médical, car les services de santé se sont détériorés. Sous l'autorité de S. Lamizana, des gouvernements civils succéderont aux gouvernements militaires, Lamizana gardera toutefois le contrôle politique jusqu'en 1980. Le milieu de la décennie 1970 marque le retour des excès financiers.

A l'Indépendance, le premier plan, appelé plan cadre, organise les grandes lignes de la politique sanitaire en Haute-Volta, les buts semblent toutefois utopiques et ne seront pas réalisés dans leur totalité. La lutte contre les grandes endémies est une des priorités en matière d'action sanitaire, sa politique a les moyens de ses objectifs puisqu'il s'agit d'un service qui dépend d'un budget international. La santé rurale fait l'objet d'une attention particulière avec la promotion des services de masse qui doivent se multiplier au sein d'espaces jusqu'ici quelque peu négligés. Cette réforme du domaine sanitaire au profit des campagnes, pour ambitieuse qu'elle soit, ne permettra pas l'amélioration du niveau d'équipement du pays, faute de réels moyens financiers pour exécuter les programmes et cela malgré un budget assez important par rapport aux années suivantes. Le manque de personnel est certainement un des facteurs explicatifs de l'échec de la politique sanitaire du pays. Aucune école de formation, tant des médecins que des infirmiers, n'existe dans le pays, la formation des praticiens se fait à Dakar ou dans les universités françaises ou américaines, dont le

²⁴⁶ Coquery-Vidrovitch (C), "Les changements sociaux", p 31

²⁴⁷ Martens (L.), 1989, "Sankara, Compaoré et la révolution burkinabè", p 70

programme, en matière de santé tropicale, n'est pas adapté aux besoins africains. C'est seulement "pour la première fois, en 1972, que les besoins du pays en médecins sont évalués et comparés aux normes prônées par l'OMS"²⁴⁸.

Compte tenu de la faiblesse des effectifs, la promotion de la santé est limitée, surtout en milieu rural, parent pauvre de ce secteur. Les villes, déjà mieux équipées que les campagnes, bénéficient des choix de la politique sanitaire. Dès le début des années 1960, ces choix privilégient la médecine curative tournée vers les soins individuels et les soins hospitaliers. Le faible développement de la médecine préventive concerne essentiellement le milieu rural ; elle se résume le plus souvent à la prophylaxie, utilisant des moyens radicaux comme l'épandage de DDT contre les vecteurs de maladie, ou de l'incendie des milieux favorables à leur développement, sans concertation avec la population et sans campagne d'information. De plus, la multiplication des équipements dans les villages, constitue une entrave supplémentaire à la pratique de la médecine moderne car elle se fait au détriment de l'équipement de plus en plus médiocre dans les structures existantes. On assiste à une dispersion des dispensaires, elle correspond à la volonté d'équiper les espaces délaissés. La politique menée au cours des années 1960-1970 anticipe les soins de santé primaires développés pendant les années 1980, mais la multiplication des établissements est limitée.

A partir de 1978, la Haute-Volta s'implique dans un nouveau programme de santé. Si les priorités fixées, mais surtout les moyens d'action basés sur la participation communautaire de la population, ne sont pas l'initiative du pays, cette date marque cependant un tournant avec la tentative d'éloignement du modèle colonial qui a longtemps perduré. A cette même époque la Haute-Volta décide de prendre en main la formation de son personnel, mais elle reste toutefois dépendante de l'aide internationale pour mener à bien ses objectifs.

2 - Vers une redéfinition du système de santé : de 1978 à 1990

Le terme besoin de santé "*exprime des carences effectives, un manque ou un état nécessitant une intervention médicale (préventive ou curative) : douleur, maladie, handicap, incapacité... Mais traduit aussi la perception d'un malaise voire un sentiment d'inadaptation (ou de maladaptation), et d'insatisfaction. Ressenti et exprimé, il en découle une demande de soins*"²⁴⁹. L'OMS recherche le bien-être des populations, ce qui conduit à satisfaire une demande de soins

²⁴⁸ Gobatto (I), "Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso", p 133

²⁴⁹ Picheral (H), cahiers GEOS n°2

exprimée ou non. Le système organise et distribue l'offre de soins ; il contribue à cette amélioration d'où la multiplication des établissements au cours des décennies ; il fait partie intégrante d'un système de santé dont les principes sont tournés vers l'éducation des masses : la prévention par l'intermédiaire des campagnes de vaccination, les soins par la multiplication des structures d'accueil. Cependant H. Picheral précise : "*la satisfaction des besoins de santé, individuels ou collectifs, reste un objectif théorique et irréaliste*". C'est pourtant dans cette optique que vont être mises en place les structures de soins primaires.

Au début des années 1980 la politique sanitaire du pays est orientée par les termes définis par la politique d'Alma-Ata. La conférence, qui s'est déroulée en 1978, débouche sur la stratégie des soins de santé primaires. Elle a pour conséquence la prise en compte des problèmes de santé et la disparité des ressources sanitaires entre les pays et à l'intérieur des pays. Le choix d'Alma-Ata, capitale du Kazakhstan, pour le déroulement de la conférence, semble lié à la politique socialiste des pays d'URSS de l'époque. La politique des soins primaires, proposée aux pays participants, repose sur des aspects sociaux et sur la participation communautaire : "*tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés*"²⁵⁰. La République du Kazakhstan a été le terrain d'observation de cette pratique déjà mise en application, "*se fondant sur l'expérience acquise dans un certain nombre de pays, la conférence a affirmé que l'approche des "soins de santé primaires" est essentielle pour parvenir à travers le monde dans un avenir prévisible à un niveau de santé acceptable*"²⁵¹.

De 1980 à 1983, une période politique instable s'ouvre avec la succession de plusieurs présidents suite à des coups d'Etat. S. Zerbo (1980-82) est lui même destitué par JB. Ouedraogo (1982-83) auquel succède T. Sankara en 1983. Ce dernier ouvre une ère nouvelle dans la politique sanitaire du pays et marque un tournant dans la politique nationale. Pour T. Sankara la Haute-Volta est un nom évoquant "*l'appartenance à une entité coloniale française*"²⁵², elle devient alors le Burkina Faso, "*pays des hommes intègres*". Ce changement exprime les idées soutenues par T. Sankara : une politique basée sur l'intégrité et la volonté que le pays s'affirme par l'engagement aux activités des masses populaires.

Les vingt-cinq ans d'Indépendance ont laissé le système de soins moderne dans une situation précaire. Selon P. Zagré²⁵³ : "*le Conseil National de la Révolution décide de saisir le*

²⁵⁰ OMS, FISE, 1978, "Les soins de santé primaires", p 18

²⁵¹ *ibidem*, p 18

²⁵² Latremolière (J), *Marchés tropicaux*, n° 2054, 1985

²⁵³ Zagré (P), 1994 "Les politiques économiques du Burkina Faso, une tradition d'ajustement structurel", Karthala, Paris, p 157

problème à bras le corps en mobilisant les populations pour une grande bataille contre les fléaux qui minent le bien-être social". Les objectifs à atteindre : sont la santé à la portée de tous, la mise en oeuvre d'une assistance et une protection maternelle et infantile, une politique d'immunisation contre les maladies transmissibles avec la multiplication des campagnes de vaccination et une sensibilisation des masses pour l'acquisition de bonnes habitudes hygiéniques.

La politique sanitaire se réoriente donc vers les soins de santé primaires par une redistribution des structures de soins en faveur des zones rurales et consacre la santé publique. Ceci se concrétise par une redéfinition des échelons à la base du système sanitaire, de sorte que ce dernier s'accorde avec la déclaration d'Alma-Ata et rompe avec un modèle urbain hospitalier. La programmation sanitaire a adopté la stratégie des soins de santé primaires, de façon à satisfaire au mot d'ordre fixé en 1978 par l'OMS à la conférence d'Alma-Ata : *"la santé pour tous d'ici l'an 2 000"*. Il y est spécifié que *"l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies, doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2 000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale"*²⁵⁴. Les actions seront désormais tournées vers la communauté et non plus vers les individus. Les termes employés dans la déclaration ont guidé l'orientation du système de santé²⁵⁵. Le système de soins s'est, par ailleurs, inspiré des expériences mises en place dans d'autres pays comme en Chine dès la fin des années 1950, avec "les médecins aux pieds nus". En outre, les soins de santé primaires *"exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et ses individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires"*. Aux timides débuts de la nouvelle politique, succèdent au milieu des années 1980, l'implication totale des autorités politiques et des populations. Les slogans "un village = un PSP", la "vaccination commando", illustrent la prise en main par les autorités. A ce titre, l'orientation de la politique burkinabè, sous l'autorité de T. Sankara, est particulièrement favorable à l'implication communautaire (comme en témoigne la mise en place des Comités de Défense de la Révolution dans les villages. Ceux-ci avaient un rôle plus politique et visaient dans leur ensemble à l'application des décisions prises par le gouvernement).

²⁵⁴ Déclaration d'Alma-Ata, 1978, p 3

²⁵⁵ "Les soins de santé primaires comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels" (point n°7 de la déclaration)

L'objectif principal est de réduire l'iniquité dans l'accès aux soins de santé primaires, d'où la création des Postes de Santé Primaires (PSP), correspondant davantage à la répartition des populations. A cette échelle, la participation villageoise est fortement sollicitée. Ces services de santé, chargés d'assurer les tâches curatives et éducatives, sont assurés par des villageois formés aux soins de première nécessité. L'opération "*un village, un Poste de Santé Primaire*" est lancée et semble couronnée de succès puisque dès 1984 près des trois quarts des 7200 villages burkinabè sont pourvus d'Agents de Santé Communautaires (ASC), munis, en théorie, de leur trousse sanitaire. Le nouveau système pyramidal introduit une volonté de décentralisation avec le développement d'une organisation provinciale qui donne naissance à trente Directions Provinciales de la Santé coïncidant avec le découpage administratif.

Le programme de développement des infrastructures sociales s'attache davantage aux masses paysannes qu'aux masses urbaines. L'accent est mis sur les activités préventives, elles consistent essentiellement en des campagnes de vaccination officiellement lancées en 1980 ; jusque-là elles touchaient peu de monde par manque de moyens financiers et d'information. Ces campagnes étaient réalisées par des équipes de prospection-vaccination, lancées périodiquement pour assurer le dépistage de maladies chroniques et vacciner contre certaines maladies épidémiques. Dans le cadre de la politique d'intégration, et après une alerte de fièvre jaune en 1983, une campagne de vaccination appelée "commando", contre la rougeole, la méningite cérébro-spinale et la fièvre jaune, est entreprise du 25 novembre au 10 décembre 1984, dont 48% des frais seront pris en charge par le Burkina Faso.

Pour la diffusion de l'information, "*les CDR supportent l'essentiel des tâches de sensibilisation et d'organisation*"²⁵⁶. Les Comités de Défense de la Révolution (CDR), selon L. Martens²⁵⁷ sont "*l'organisation de base du pouvoir, ils entrent immédiatement en concurrence avec tous les ministères, avec toutes les institutions spécialisées de l'Etat : ils établissent les cartes d'identité, recensent la population, collectent des impôts et des taxes...*". Les comités populaires désignent les délégués en assemblée générale. Ceux-ci "*s'attellent à mobiliser les habitants autour de leurs problèmes quotidiens les plus visibles*". Ils constituent donc un cadre adéquat pour la mobilisation des populations et assurent ainsi une base sociale large pour la mise en oeuvre des décisions gouvernementales.

La campagne de vaccination a pour but de sensibiliser les Burkinabè, mais également de convaincre les bailleurs de fonds de la capacité du pays à agir et à s'investir pour améliorer l'état de

²⁵⁶ Jaffre (B), 1989, "Burkina Faso les années Sankara", Harmattan

²⁵⁷ Martens (L.), op. Cité, p 98

santé des populations. Cette opération est suivie d'effets puisque selon L. Martens²⁵⁸, *"la Banque Mondiale parle d'un "fait d'armes unique en Afrique"*". Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), avec l'appui de l'UNICEF, démarre en 1985 avec pour population cible les enfants de 0 à 23 mois et les femmes en âge de procréer.

A la même époque, un fond appelé "Effort Populaire d'Investissement" (EPI) est créé. Il est alimenté avec les sommes prélevées sur le salaire des fonctionnaires. Selon P. Labazée²⁵⁹ *"les fonctionnaires et salariés urbains demeurent le principal support des ressources internes du plan quinquennal et du budget de l'Etat"*. Ces prélèvements ont été réinvestis dans des secteurs comme celui de la santé et ont permis de financer des équipements relatifs aux évacuations sanitaires de certains CSPS.

Pour mener à bien ses objectifs, T. Sankara met en place en 1984 des programmes sectoriels, suivis du premier plan quinquennal 1986-90. Toutefois la réalisation de ce plan sera difficile en raison du blocage des fonds par les bailleurs. Entre 1983 et 1990, en dehors des projets, la France n'accorde aucune aide budgétaire au Burkina Faso. Pendant cette période la couverture en soins primaires se développe, mais l'évolution du personnel de santé en milieu rural est limitée. En 1986 on constate l'échec d'un grand nombre de PSP. Coiffés par les CDR, ces derniers n'ont pas suivi la prise en charge des Agents de Santé Communautaires par les villageois, et le budget du secteur santé s'affaiblissant, certaines de ces structures n'ont pas bénéficié de l'équipement qui leur était dû.

En octobre 1987, un nouveau coup d'Etat porte B. Compaoré au pouvoir. Il est élu démocratiquement en 1991 et adopte une nouvelle constitution. A partir de cette date, une politique dite de "rectification" est menée. Les objectifs restent les mêmes mais les méthodes sont moins excessives. Le deuxième plan quinquennal est mis à jour pour la période 1991-95, la politique sociale privilégie la santé maternelle et infantile, elle poursuit ses actions au niveau :

- de l'amélioration de la couverture sanitaire,
- du développement de la médecine préventive,
- de l'autonomie de gestion des hôpitaux nationaux en permettant le recouvrement des coûts de financement par des soins payants.

²⁵⁸ Martens (L.), p 212

²⁵⁹ Labazée (P), Politique Africaine n°33

L. Martens relate qu'en 1989 au bilan d'un an de rectification, le Front Populaire déclare : *"au niveau de la santé, la situation se dégrade de plus en plus avec la pénurie de médicaments et de matériel technique..."*. La politique des PSP, sans être complètement abandonnée, ne fera plus l'objet d'investissements nationaux.

Depuis peu de temps le gouvernement s'est donné de nouveaux moyens d'action. Ainsi dans un arrêté de 1993 du Ministère de la Santé, l'Initiative de Bamako est adoptée par les responsables burkinabè. Elle conduit à l'autonomie de gestion pour les structures de soins primaires, en l'occurrence les CSPS. Une indépendance financière qui concerne toutes les structures quel que soit leur échelon.

L'Initiative de Bamako a été prononcée en 1987 mais seulement mise en application au cours des années 1990. Elle est définie comme un programme sanitaire adopté par les ministres africains de la santé, elle vise à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants à travers le financement et la gestion des établissements de soins, par le biais d'actes payants et la mise à disposition de Médicaments Essentiels Génériques aux populations. A l'essai dans quelques CSPS, où les soins étaient gratuits comme dans la majorité des centres de soins du Burkina Faso, elle doit être étendue à l'ensemble des établissements en 1995. Seuls les hôpitaux pratiquaient une tarification instituée dès 1984. Déjà à cette époque, B. Jaffre cite un responsable de l'Ecole Nationale de Santé Publique qui déclare : *"si on veut assurer des soins entièrement gratuits à chaque Voltaïque, tout le budget de l'Etat y passera sans que satisfaction totale soit obtenue"*. On tend vers une autonomie de gestion en intégrant la participation des villageois qui forment les comités de gestion. Le but final de l'Etat est de ne financer que les salaires du personnel de santé et de réaliser une véritable décentralisation en conduisant les Directions Provinciales de la Santé vers une autonomie financière.

Le deuxième plan a également conduit à une décentralisation des pouvoirs de décision vers les Directions Provinciales de la Santé, mieux averties des besoins de leur propre zone d'action. Elles élaborent un plan à leur niveau en vue de réduire les inégalités dans la distribution des structures de soins.

III - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME ACTUEL

L'organisation s'insère dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires, développée par l'OMS. L'implication des responsables politiques nationaux a donné jour à la programmation sanitaire nationale dès la fin des années 1970. Peu après, un dispositif pyramidal des soins de santé est créé. La hiérarchie opérationnelle est représentée par la pyramide sanitaire. Chaque échelon de l'offre de soins au Burkina Faso est en théorie présent dans l'ensemble des

provinces. Chaque service a une fonction limitée par les moyens techniques et humains dont il dispose. Ces services sont liés par un système de "référence" qui les conduit à envoyer le patient vers une autre structure lorsque son état dépasse leurs compétences.

1- Un système sanitaire hiérarchisé

En 1979, un an après la déclaration d'Alma-Ata²⁶⁰, le pays adopte un système de soins hiérarchisé. Le territoire est découpé en 10 secteurs sanitaires concordant avec les 10 départements créés en 1975. Ce système pyramidal correspond, dans son fonctionnement, à celui en vigueur actuellement, les soins primaires y sont cependant moins bien représentés :

- hôpital national,
- hôpital régional,
- centre médical et centre de santé de préfecture,
- centre de santé d'arrondissement,
- dispensaire ou maternité.

A cette même époque, le pouvoir manifeste à nouveau la volonté de retourner à l'austérité mais certains secteurs d'activités ne sont pas prêts à renoncer à leurs acquis, ce qui entraîne une crise, prétexte à un nouveau coup d'Etat.

En 1993, la hiérarchie sanitaire est largement basée sur les soins de santé primaires puisque les urbains représentaient seulement 12,7% de la population totale selon le recensement de 1985, elle a peu évolué depuis ; rappelons que les soins de première nécessité sont essentiellement développés pour les villageois. Cette hiérarchisation des soins correspond en fait à la hiérarchie politico-administrative qui organise le Burkina Faso. Les structures sont de plusieurs types et offrent un éventail de services de soins de base, aux soins spécialisés.

Les PSP (Postes de Santé Primaires) : En 1985, le Ministère de la Santé Publique définissait le PSP en ces termes : "*le PSP est le niveau communautaire d'un système de santé où les soins sont assurés sur la base d'auto-responsabilité individuelle et collective*". Tenus par deux Agents de Santé Communautaires (1 Agent de Santé Villageois, 1 Accoucheuse Villageoise), ils sont choisis par la population qui les prend en charge. Ils disposent chacun d'une trousse à pharmacie fournie par le Ministère lors de leur prise de fonction, après leur stage de formation de

²⁶⁰ La déclaration d'Alma-Ata résulte d'une conférence sur les soins de santé primaires qui s'est tenue au Kazakhstan en ex-URSS en 1978. Elle soulignait aux gouvernements la nécessité de promouvoir et protéger la santé des peuples en ces termes : "l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements doit être de donner au peuple un niveau de santé qui (lui) permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif"

un à trois mois dans le CSPS dont ils dépendent. Un comité de santé villageois est chargé du renouvellement des trousseaux ; leur rôle est de dépister et soigner les lésions courantes, ils participent également à l'organisation de la vaccination ; ils travaillent dans une case en banco construite par la communauté. Pour son action éducatrice l'Agent de Santé Villageois dispose également d'une bicyclette, d'une brouette et d'une pelle. En plus de ses conseils d'hygiène, il assure les soins relatifs au traitement du paludisme, des diarrhées et des plaies. Le rôle des Accoucheuses Villageoises est d'inciter les femmes à accoucher au PSP, de façon à pouvoir évacuer les cas les plus difficiles vers les hôpitaux. Il constitue la base de la hiérarchie sanitaire, il est lié par un système de référence aux échelons supérieurs vers lesquels il doit diriger les cas dépassant ses compétences.

Les CSPS (Centres de Santé et de Promotion Sociale) : comprennent un dispensaire et une maternité (les bâtiments sont construits séparément), cependant nombre de dispensaires ont changé de statut pour celui de CSPS, les activités se sont diversifiées mais certains n'ont pas bénéficié de la rénovation des locaux souvent constitués d'un bâtiment qui fait alors office de maternité et de dispensaire. Selon les normes établies par le Ministère de la Santé, ils sont tenus par deux infirmiers, un Agent Itinérant de Santé et une Accoucheuse Auxiliaire. Le CSPS est équipé de deux lits au dispensaire et de quatre en maternité, pour assurer les hospitalisations. Les infirmiers mènent des activités préventives (consultations prénatales, vaccinations), et curatives ainsi que des conseils d'hygiène. Compte tenu du faible équipement, les actes pratiqués et les diagnostics effectués restent très sommaires. Ils ont un nombre variable de villages sous leur responsabilité totalisant entre 15 000 et 20 000 habitants ; ils supervisent les agents des PSP. Ils bénéficient d'une dotation en médicaments de l'Etat, dont la périodicité et la quantité de produits varient selon les années, mais l'essentiel des médicaments doit être acheté en pharmacie.

Les CM (Centres Médicaux) : situés au niveau d'un chef-lieu de département ou de province, ils jouent le même rôle que le dispensaire et doivent également contrôler l'ensemble des CSPS placés sous leur autorité, soit au total une responsabilité de 150 000 à 200 000 personnes. Tenus, en théorie, par deux médecins, 8 infirmiers, 1 agent itinérant de santé et 2 accoucheuses, les effectifs varient toutefois d'un lieu à l'autre. Ils disposent de services plus spécialisés : laboratoires, *odontologie*, mais ils ne possèdent pas de matériel et rarement de bâtiments pour effectuer des interventions chirurgicales, sauf lorsqu'une aide matérielle et technique est périodiquement apportée par des ONG qui pratiquent quelques opérations. Comme pour le CSPS les soins sont gratuits, seuls les médicaments et les analyses font l'objet d'une tarification. Ils possèdent des moyens d'évacuation sanitaire (ambulance), mis à disposition de façon sporadique. En fait le Centre Médical correspond davantage à un CSPS dont le personnel serait en plus grand nombre, avec des médecins, qu'à un centre où de petites interventions chirurgicales sont susceptibles d'être pratiquées.

Les CHR, et au rang supérieur les CHN, réalisent les opérations et l'ensemble des soins nécessitant un matériel spécialisé : laboratoire d'analyses, centre de radiographie, salle de chirurgie. Situés au niveau du chef-lieu de province, les Centres Hospitaliers Régionaux ont une capacité de 140 lits ; activités plus spécialisées : ophtalmologie, chirurgie ..., mais ce sont les deux Hôpitaux Nationaux qui concentrent le plus de personnel qualifié. Les Centres Hospitaliers Régionaux assurent des prestations de moindre importance.

Le personnel médical est formé à Ouagadougou depuis 1981, date de création de l'ESSE (l'Ecole Supérieure des Sciences de la santé et de l'Environnement). Quant au personnel paramédical, il est formé à l'ENSP (l'Ecole Nationale de Santé Publique). Il s'agit des Infirmiers Diplômés d'Etat, Infirmiers Brevetés, sages-femmes, Agents Itinérants de Santé, accoucheuses auxiliaires.

Spatialement la distribution des structures de soins est très déséquilibrée à grande comme à petite échelle. Ce déséquilibre se situe à deux niveaux, entre milieux rural et urbain et entre les provinces administratives, même si quantitativement les efforts réalisés au cours des dernières années tendent à satisfaire les normes établies par la programmation sanitaire nationale.

Selon le plan quinquennal de développement populaire 1991-95, l'équipement en bâtiments est le suivant :

Tableau 4 : Situation de l'équipement sanitaire au Burkina Faso

| Formations | Normes | Situation en 1985 | Situation en 1989 | Situation en 1992 |
|------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| CHR | 1/ 851 000 hbts | 1/ 997 000 | 1/ 946 400 | 1/ 884967 |
| CM | 1/ 150 à 200 000 hbts | 1/156 170 | 1/126 424 | 1/117 128 |
| CSPS | 1/ 15 à 20 000 hbts | 1/ 25 123 | 1/ 17 202 | 1/ 13 230 |

Sources : PQDP 1991-95

Comme nous l'avons déjà signalé, les structures sanitaires au sommet de la hiérarchie sont les moins nombreuses, de plus elles connaissent une évolution relativement faible :

Tableau 5 : Nombre de structures de soins réparties sur le territoire burkinabè

| Type de structures | 1986 | 1989 | 1992 | croit 1986/89 | croit 1989/92 |
|--------------------|------|------|------|---------------|---------------|
| HN | 2 | 2 | 2 | 0% | 0% |
| CHR | 6 | 7 | 9 | 5,3% | 14,5% |
| CM | 54 | 63 | 68 | 5,2% | 2,6% |
| CSPS | 366 | 463 | 602 | 8,1% | 9,1% |
| dispensaires | 154 | 148 | 119 | -1,3% | -7% |
| maternités | 20 | 16 | | -7,1% | |

Source : statistiques DEP, Ouagadougou

Compte tenu de la forte disparité des chiffres, l'analyse des pourcentages, telle qu'elle se présente, ne permet pas de conclusion si ce n'est le retard apparent dans la construction des Centres Médicaux (nous verrons à travers l'étude de l'équipement dans la province du Houet que ce retard est effectif). L'augmentation spectaculaire du nombre des CSPS, en l'espace de trois ans, n'est pas liée à une recrudescence de la construction des bâtiments mais à la transformation progressive des dispensaires et maternités en CSPS, qui présentent, en théorie, l'avantage d'accueillir un personnel diversifié pour ces deux types d'activités. Cette transformation n'est souvent que taxinomique puisqu'elle ne s'accompagne pas obligatoirement d'une rénovation des locaux ou d'une dotation en équipement. Quant aux PSP, la politique de rapprochement des populations des structures sanitaires favorise la création et s'appuie sur la participation active de la population. Par ailleurs, il est prévu d'augmenter le nombre d'établissements chargés de la formation et de la supervision des agents, ce qui implique obligatoirement une augmentation de l'effectif du personnel médical, même s'il est procédé à une redistribution plus juste des "médicaux" déjà en poste vers le milieu rural.

La croissance des autres services ne présente pas une hausse importante, mais la politique sanitaire a opté pour un développement des soins primaires. Cependant la faible progression des Centres Médicaux paraît plus inquiétante parce qu'elle est plus faible que la croissance démographique du Burkina Faso (2,68% par an) ; elle ne permettra pas de rattraper le retard en matière d'équipement du milieu rural. De plus, au sein de l'organisation sanitaire, les médecins en fonction dans les Centres Médicaux, ont la charge de superviser les infirmiers exerçant dans leur aire de responsabilité (définie par les limites administratives). Or il apparaît nettement, compte tenu des disparités entre provinces, qu'un grand nombre d'infirmiers ne pourra en bénéficier.

Quant aux PSP leur évolution est très fluctuante, sur les 7426 villages recensés en 1985, 95,4% disposaient d'un PSP en 1989 et 89,8% en 1992, un fléchissement dans l'ouverture de ce type de structure. Ces moyennes ne reflètent pas la réalité des PSP, aujourd'hui abandonnés par la

Politique Sanitaire Nationale. La réussite qu'on pouvait leur attribuer selon les statistiques de 1989 est à relativiser. La multiplicité des sources pour ce type d'information rend le résultat peu fiable et il est difficile de tirer des conclusions au niveau de leur répartition spatiale. Ainsi on constate qu'un grand nombre de provinces possède plus d'un poste par village, ce qui paraît surprenant compte tenu du faible bénéfice matériel, financier ou social, dont profitent les personnes qui exercent cette activité.

Les Agents de Santé Communautaire burkinabè sont parfois comparés à certains "médecins aux pieds nus" chinois. Ce modèle s'est appuyé à partir des années 50 sur "la mobilisation in situ et gratuite du travail de la paysannerie"²⁶¹. Il s'agissait "soit de spécialistes contraints à des stages ruraux de longue durée, à l'exemple des pratiques de rééducation infligées aux intellectuels sympathisants venus des grandes villes dans les années 40, soit de paysans recrutés et formés sommairement sur le tas, payés par les collectifs"²⁶².

Au Burkina Faso les agents de santé sont recrutés parmi les paysans alphabétisés (parfois en dioula). Ils reçoivent une formation de quelques mois, auprès d'un infirmier responsable d'un CSPS, et sont dotés d'une trousse de soins. Ils doivent exercer parfois loin de tout centre de référence et avec peu ou pas de supervision. Le manque de personnel et d'investissement financier de la part de l'Etat dès le début de l'Indépendance, a favorisé l'adoption de la politique des soins de santé primaires. En participant à cette politique, les PSP visaient à rendre les soins modernes accessibles à toute la population, plus particulièrement dans les zones rurales, pour une plus grande équité entre populations urbaine et rurale. Dans son analyse des fondements des soins de santé primaires, P. Gigase s'interrogeait : "faut de budget suffisant, la pyramide idéale des services de santé tend à devenir un obélisque. La population serait-elle cependant mieux servie si, sous prétexte d'équité, on en faisait une crêpe ?". Cette réflexion nous amène à constater l'omniprésence des soins de santé primaires au Burkina Faso et à nous interroger sur leur rôle.

En milieu rural les CSPS peuvent être considérés comme les structures de soins principales, leur accessibilité est supérieure à celle des centres hospitaliers. La consultation y était dispensée gratuitement, jusqu'en 1995, mais le traitement est payant dans les pharmacies. La gratuité des soins reste donc relative. Un accès différentiel aux structures de soins est observable à l'échelle provinciale. Chaque niveau de la hiérarchie sanitaire équivaut à :

- un nombre de structures variable par province,
- un type d'équipement,
- une qualité et une quantité d'équipements,

²⁶¹ Chevrier (Y), 1987, "Chine : la fin des "médecins aux pieds nus" ?", p 53.

²⁶² ibidem, p 54

- un type de personnel plus ou moins qualifié correspondant à une densité médicale.

L'orientation de la population rurale vers des services de santé périphériques, représentés par les CSPS et les PSP, se traduit paradoxalement par une sous-consommation médicale au niveau de ces centres de soins primaires, alors que ce sont pour l'essentiel les seules structures disponibles. Cette situation peut expliquer l'engorgement de l'Hôpital National.

Au niveau de la santé urbaine, les choix politiques sont la cause d'un équipement disparate et fort différent par rapport au milieu rural. L'action des privés intervient également, elle se manifeste sous différentes formes. En milieu rural ils apportent une aide financière ou technique à la réalisation des structures. Ce peut être des ONG qui aideront à la construction d'une formation contrôlée par l'Etat ou des ressortissants des villages dont la réussite économique ou politique permet de doter leur village d'un établissement public. Les seuls privés exerçant une activité en relation directe avec la médecine moderne sont les gérants de pharmacie. Si en ville il s'agit de pharmaciens diplômés, dans les campagnes ce sont bien souvent des personnes ayant suivi une formation de quelques mois dans une pharmacie de Bobo-Dioulasso. On pourrait en quelque sorte les comparer aux Agents de Santé Villageois agissant toutefois pour leur propre compte. En milieu urbain les ONG, dont les activités sont à but non lucratif, interviennent au niveau des établissements de soins. Les personnes privées ont un tout autre objectif puisque ce sont souvent des infirmiers, parfois des médecins, ils vont ouvrir un cabinet en vue d'exercer une activité à but lucratif. La ville de Bobo-Dioulasso dispose de peu d'établissements aux services spécialisés qui permettent de désengorger l'Hôpital National qui a la charge d'une population urbaine de 228 668 individus (estimée à 364 462 habitants en 1993) et dont l'aire d'action s'étend sur plusieurs provinces de l'ouest burkinabè.

La médecine privée ne tient pas une place importante en ville. C'est surtout au niveau des soins dispensés par les CSPS qu'une certaine concurrence peut être observée. Ailleurs, les cliniques tenues par des personnes réellement compétentes sont rares, elles ne peuvent intervenir pour désengorger l'Hôpital National. On peut seulement supposer que ce sont les populations disposant de moyens financiers suffisamment importants qui bénéficient des soins dans ces établissements. Le coût entraîne des disparités économiques et sociales dans l'accès aux soins.

Enfin au niveau des pharmacies, les campagnes disposent de dépôts tenus par des personnes moins compétentes en matière de médicaments. En général, sauf s'ils y sont obligés, les privés diplômés hésitent à s'installer en zone rurale où les moyens des populations sont plus limités qu'en ville.

2 - Des choix budgétaires en faveur du milieu urbain ?

Malgré les politiques nationales, le secteur santé au Burkina Faso reste dépendant de l'aide internationale qui finance une grande partie des activités. La France a certainement influé sur les choix politiques. Il faut rappeler qu'actuellement seulement 5% des sommes définies dans le budget national sont accordés au secteur santé dont 85% des dépenses sont destinés à financer le salaire du personnel.

a - Des stratégies indissociables de l'intervention extérieure

Un rapport de mission de la coopération française de 1989, sur l'évaluation de l'aide française au Burkina Faso, a indiqué quels avaient été les choix au cours des deux dernières décennies. Trois périodes ont été distinguées :

- 1970-79 : l'aide est destinée à la santé urbaine et rurale pour la médecine préventive et curative, le soutien aux hôpitaux se fait plutôt au niveau du personnel (coopérants) et du financement d'équipements lourds.

- 1979-84 : paradoxalement, alors que la déclaration d'Alma-Ata favorise les soins de santé primaire, l'aide française privilégie la médecine hospitalière

- 1985-89 : "*il y a rupture de dialogue dont pâtit l'ensemble de la coopération*", le gouvernement burkinabè change d'orientation, il accepte l'aide extérieure mais exige d'avoir la priorité des choix. Cela se concrétise sur le terrain par un retrait des coopérants et l'arrêt de fourniture de médicaments. Il est décidé une coopération sous forme de projet, d'où la mise au point d'un programme de santé publique dans trois provinces de l'ouest burkinabè : du Houet, de la Comoé, et du KénéDougou.

Cette politique s'est poursuivie avec le président B. Compaoré, la coopération est ciblée et semble s'intéresser à la fois au milieu urbain et au milieu rural.

Cet appui extérieur dépend également d'autres pays comme l'Allemagne qui, par le biais de la GTZ (coopération allemande), finance des projets comme la rénovation des établissements de soins entre 1987 et 1989. Les organismes internationaux participent également par des programmes d'action, au développement du Burkina Faso. Pour cette politique, l'UNICEF a mis à disposition de la province du Houet, désignée "zone pilote", une dotation en médicaments, dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Parallèlement, l'ONG "Pharmaciens Sans Frontières" a entrepris la construction des dépôts de médicaments dans certaines localités. Au niveau national, la Loterie Nationale Burkinabè (LONAB) contribue depuis les années 70 à l'équipement sanitaire du pays par la construction d'établissements ou l'achat d'ambulances qu'elle finance.

Si la volonté de favoriser le milieu rural a été observée au cours des années, il n'en reste pas moins que l'offre de soins dans la province est avant tout liée à une médecine quantitative. L'objectif est de satisfaire à des normes établies à partir d'indicateurs de santé. Il a ainsi été prévu l'amélioration du nombre de structures de soins au début des années 1980, mais pas de leur équipement ni de leur qualité d'accueil, ceci nuit considérablement à leur fréquentation. La médecine qualitative, dite médecine sociale, n'est pas encore à l'ordre du jour des préoccupations au Burkina Faso.

La rupture, entre le système sanitaire actuel et celui qui prévalait au cours de la période coloniale, n'est marquée que par la volonté d'équiper le milieu rural en établissements de soins. Dans l'organisation et les actions il semble y avoir une continuité entre ces deux systèmes, puisque la hiérarchisation des établissements se fait au profit des villes bénéficiant des centres de soins spécialisés. Le décalage entre villes et campagnes persiste donc. En outre, les soins préventifs font toujours l'objet de campagnes mobiles essentiellement en brousse. L'organisation du système, le fonctionnement et l'action auprès des populations, diffèrent donc peu du système mis en place par le colonisateur.

On accuse souvent les gouvernements africains de mimétisme sanitaire avec les systèmes de santé européens, mimétisme observable au niveau de la formation du personnel ou de la répartition de l'équipement. Il est vrai que ces pays ont largement été inspirés par l'héritage colonial. L'administration coloniale n'a d'ailleurs jamais déployé d'efforts importants pour doter correctement le milieu rural en infrastructures stables et de qualité. Cette volonté d'adhérer aux normes occidentales a conduit les gouvernements africains à opter pour une concentration des établissements en milieu urbain. Ils pratiquent essentiellement des soins curatifs effectués par des agents de santé qui ont généralement étudié en Europe, et font ainsi abstraction des caractéristiques sanitaires africaines. Depuis l'Indépendance, le système préexistant a été prolongé, et les faibles moyens mis en oeuvre ont contribué à maintenir une couverture sanitaire précaire, au détriment des populations rurales toujours fort éloignées des soins de santé modernes.

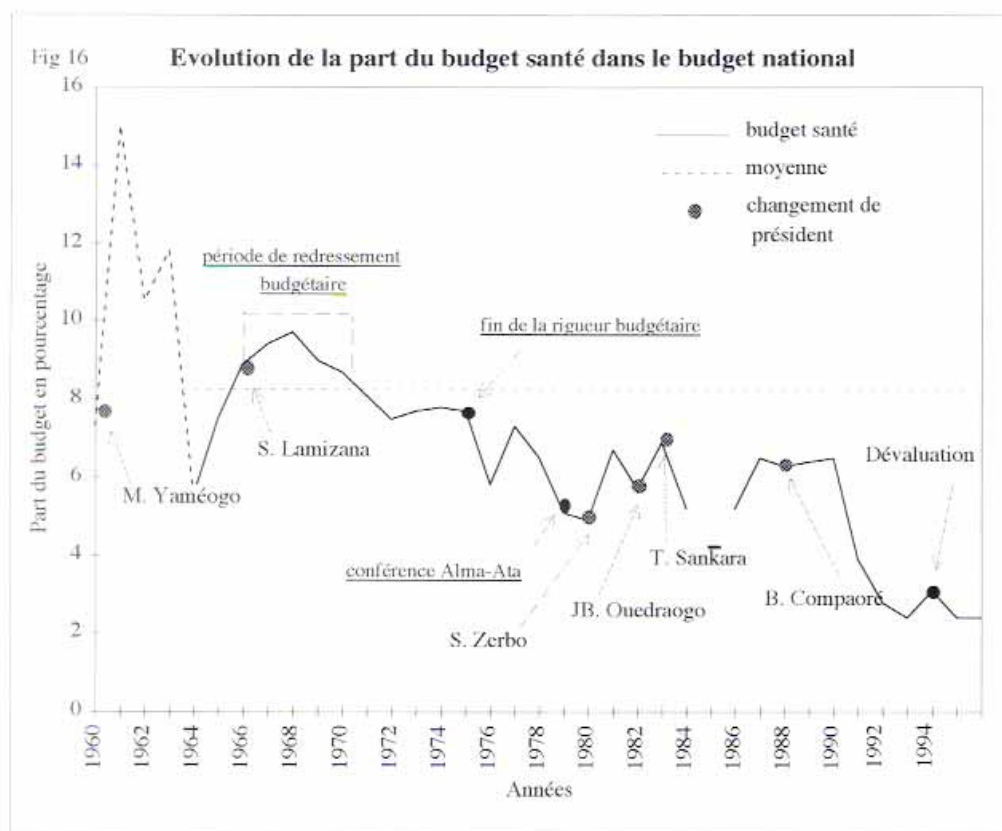
Au Burkina Faso, le décalage entre le milieu urbain équipé et le milieu rural sous-équipé, tend à s'estomper avec les nouveaux axes définis depuis les années 80 dans les programmes de planification. Les gouvernements ont opté à la fois pour un rapprochement des populations des établissements de soins et pour une décentralisation du niveau de décision. Ainsi les DPS ont contribué à l'élaboration de plans d'action originaux et plus concrètement adaptés aux besoins matériels locaux. Un plan d'ensemble est défini, mais chaque province se dote elle-même de moyens opérationnels pour y parvenir. Leur dépendance, vis-à-vis de l'aide extérieure, conduit la politique sanitaire nationale à définir ses objectifs au sein d'un plus vaste ensemble dont les normes sont établies par l'OMS.

Tableau 6

PART DU BUDGET SANTE AU BURKINA FASO DEPUIS L'INDEPENDANCE

| Années | budget santé | en francs CFA | Années | budget santé | en francs CFA | Années | budget santé | en francs CFA |
|--------|--------------|---------------|--------|--------------|---------------|--------|--------------|---------------|
| 1960 | 7,4 | 796,2 | 1972 | 7,5 | 811,3 | 1984 | 5,2 | 3 245,0 |
| 1961 | 15,0 | 851,6 | 1973 | 7,7 | 899,6 | 1985 | - | - |
| 1962 | 10,5 | 880,5 | 1974 | 7,8 | 997,7 | 1986 | 5,2 | 4 314,2 |
| 1963 | 11,8 | 883,4 | 1975 | 7,7 | 1 160,8 | 1987 | 6,5 | - |
| 1964 | 5,5 | 555,0 | 1976 | 5,8 | 1 219,4 | 1988 | 6,3 | 6 048,9 |
| 1965 | 7,5 | 693,5 | 1977 | 7,3 | 1 688,1 | 1989 | 6,4 | 6 855,6 |
| 1966 | 8,9 | 811,2 | 1978 | 6,5 | 1 980,1 | 1990 | 6,5 | 7 421,2 |
| 1967 | 9,4 | 789,9 | 1979 | 5,1 | 1 811,4 | 1991 | 3,9 | 6 910,5 |
| 1968 | 9,7 | 832,0 | 1980 | 4,9 | 1 982,6 | 1992 | 2,8 | 6104,8 |
| 1969 | 9,0 | 812,4 | 1981 | 6,7 | 2 729,9 | 1993 | 2,4 | 5992,8 |
| 1970 | 8,7 | 853,8 | 1982 | 5,7 | 2 728,3 | 1994 | 3,1 | 7309,8 |
| 1971 | 8,1 | 851,3 | 1983 | 6,9 | 4 011,4 | 1995 | 2,4 | 8859,7 |
| | | | | | | 1996 | 2,4 | 8877,6 |

budget santé en millions de francs CFA, 1985 : absence de données



Sources : Ministère de la Santé, rapports statistiques

Toutefois à côté de cette position, on tend vers des choix plus spécifiques au pays. Les tradipraticiens et la pharmacopée traditionnelle sont reconnus et intégrés au sein du circuit thérapeutique officiel (une liste des tradipraticiens est disponible à la DPS et les médicaments traditionnels vendus en pharmacie).

b - Un budget santé réduit à la portion congrue

Le budget reflète à la fois la place tenue par la santé dans la politique nationale et les choix du gouvernement. Dans le tableau 6 nous avons inscrit à titre indicatif la part concernant le secteur santé. Nous tenons ces sources des rapports statistiques annuels du Ministère de la Santé dont les informations varient parfois d'une année à l'autre. Cependant tous s'accordent pour signaler l'insuffisance des montants mis à disposition de l'équipement sanitaire, qu'ils soient humains ou physiques.

La courbe budgétaire du secteur de santé présente de nombreux pics dont il faut toutefois relativiser l'importance, compte tenu de la qualité des sources d'information (figure 16). Elle laisse malgré tout apparaître une tendance générale à la baisse, même si le montant en francs CFA a considérablement augmenté²⁶³, indication que la santé n'est toujours pas considérée comme un élément fondamental du développement au Burkina Faso.

Deux grandes périodes se distinguent, la transition est marquée par la conférence d'Alma-Ata en 1978. Si à cette date de nouveaux objectifs ont été fixés, la part de ce secteur au sein du budget national est faible puisqu'il n'est pas accordé plus de 8 % des sommes disponibles. Cependant un mouvement de redressement, sans être constant, est observable. Sur cette courbe on peut remarquer différents événements : le manque de rigueur de la période Yaméogo (1960-66), après une période relativement bonne pour le secteur santé, les moyens financiers diminuent et le budget santé est en chute libre. 1966 est le départ d'un plan de redressement du ministre Garango. Une des conséquences de la rigueur budgétaire a été la faiblesse des moyens accordés à l'entretien et à l'équipement des services de l'Etat dont font partie les structures de soins. Après s'être améliorée la part du budget santé diminue à nouveau. L'année 1976 est la concordance de plusieurs événements ayant engendré une situation difficile. Lors de sa prise de pouvoir, S. Lamizana avait projeté de remettre son poste à des civils, mais il conserve ses fonctions. Peu de temps auparavant, par un coup d'Etat, il a décidé d'imposer un parti unique. L'année précédente un conflit frontalier Mali/Burkina Faso entraînait une hausse des dépenses militaires

²⁶³ le budget général a eu une croissance positive beaucoup plus forte que celle du secteur santé

grevant le budget national de 31% alors qu'elles ne représentaient que 17% auparavant²⁶⁴. En outre une vague de sécheresse sévit depuis le début des années 1970. La situation sociale devient difficile.

Le gouvernement décide de mettre fin à la rigueur budgétaire dès 1976 et limoge Garango à l'origine du programme de rigueur. Dès lors s'ouvre une période de dérapages, ils vont conduire à un déficit grandissant qui a particulièrement touché le secteur de la santé. En 1979, la déclaration d'Alma-Ata pour la santé coïncide avec une situation politique tendue au Burkina Faso puisqu'en 1980 un coup d'état aura lieu. Elle sera suivie par plusieurs années d'instabilité politique qui feront place à des années plus stables. Entre 1988 et 1993 le ministère de la santé intègre celui de la promotion sociale d'où une division accentuée des moyens qui doivent être ventilés entre différentes branches. Mais 1991 est une année relativement marquante, le pourcentage accordé au secteur santé ne cesse de diminuer, suite à la politique d'autonomie financière imposée aux structures de soins spécialisés, quel que soit leur niveau d'exercice. Elle n'est que le prélude à une politique généralisée à toute la hiérarchie sanitaire²⁶⁵ sur l'ensemble du territoire burkinabè en 1995. Le budget n'est plus destiné qu'au paiement des salaires du personnel de santé.

Malgré les efforts spectaculaires comme les opérations commando de Sankara, indiquant l'intérêt accordé à la santé des populations, il apparaît que la courbe budgétaire n'a pas évolué.

Il ne semble donc pas y avoir une réelle volonté d'accroître la part du budget santé. On note plutôt un désengagement progressif de l'Etat. Le développement de la politique de recouvrement des coûts au sein des structures de soins, et la politique menée dans le domaine des médicaments en est certainement une des conséquences. L'OMS estime que pour être efficace la politique de santé doit disposer de fonds représentant au moins 10% du budget national. La courbe budgétaire montre que, même si les sommes allouées ont augmenté, compte tenu du niveau de développement du pays, la part de la santé est de plus en plus restreinte. Elle était d'ailleurs au plus bas en 1991 avec 5,3% du budget national. Cette situation rend le Burkina Faso dépendant de l'aide extérieure pour la mise en application de sa politique sanitaire nationale et le développement de son réseau de structures de soins.

Dans quelle mesure les sommes sont-elles réparties ?

²⁶⁴ Zagré (P), op. Cité, p 102

²⁶⁵ Elle est issue de l'Initiative de Bamako conférence qui s'est déroulée en 1987 et a été adoptée par de nombreux pays ouest-africains

Tableau 7 : Evolution du budget au Burkina Faso

| Années | budget national | budget santé | dont secteurs salaires | |
|--------|-----------------|---------------|------------------------|-----------------|
| | | | en francs CFA | en pourcentages |
| 1970 | 9 814 950 000 | 853 900 000 | 723 400 000 | 84,7 |
| 1989 | 107 213 993 000 | 7 722 753 000 | 5 792 061 000 | 75,0 |

Source : DEP, Ouagadougou, chiffres en francs CFA

Dès le début de l'Indépendance, et particulièrement lors du plan d'austérité institué en 1966, qui se poursuivra jusqu'en 1970, les coûts récurrents occupent l'essentiel du budget. Les sommes allouées à la santé sont principalement utilisées pour le paiement des salaires, le niveau d'équipement en pâtit. Aujourd'hui la situation n'a pas changé puisque pas moins de 85% du budget santé sont octroyés à ce secteur. Dans le tableau 7 le pourcentage alloué au secteur des salaires a légèrement diminué en 1989, mais il peut être lié à la participation plus active de l'Etat à l'équipement des structures de soins, dans le cadre de la mission GTZ de rénovation des bâtiments sanitaires.

Les crédits destinés au paiement du personnel sont ventilés dans des proportions différentes :

Tableau 8 : Ventilation du budget santé par secteurs (en millions de F. CFA)

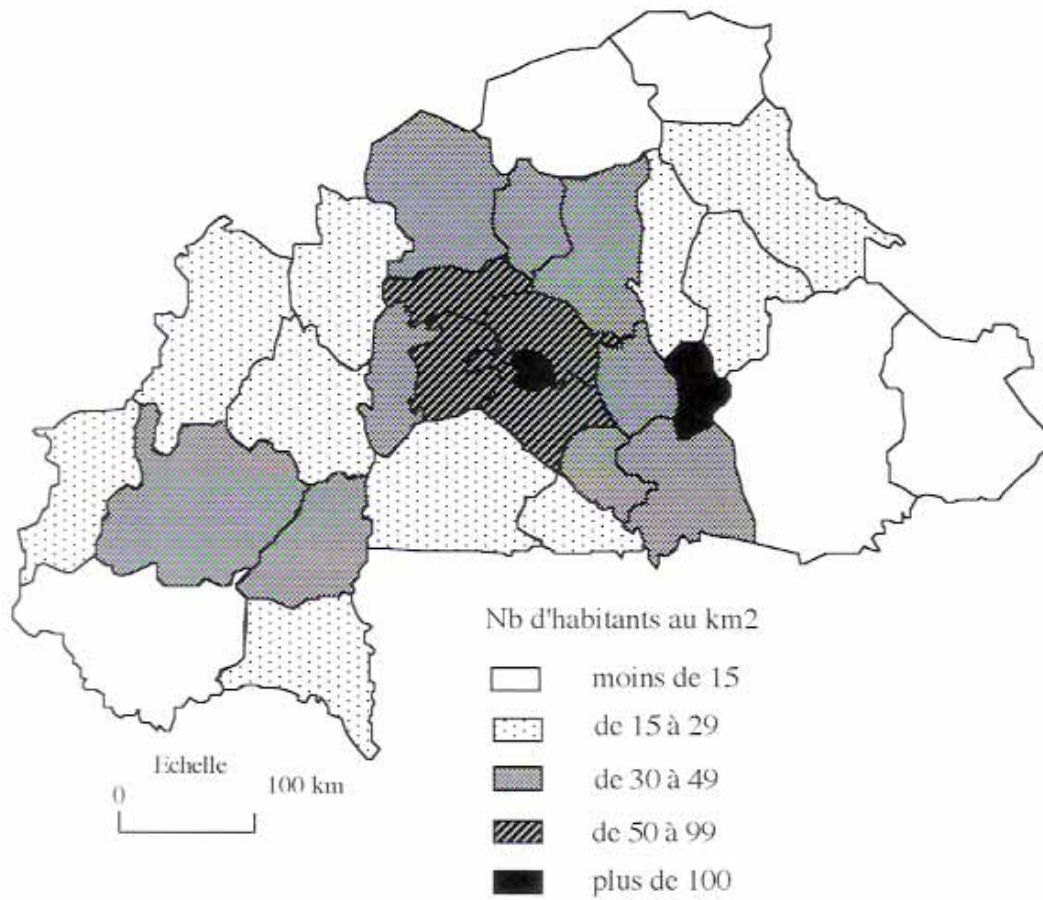
| Secteurs | budget 1970 | % | budget 1974 | % |
|----------------------|-------------|------|-------------|------|
| Adm. centrale | 78,8 | 10,9 | 90 | 11,3 |
| Santé urbaine | 209,9 | 29,0 | 279,7 | 35,0 |
| Santé rurale | 388,3 | 53,7 | 412,7 | 51,7 |
| S. Affaires sociales | 36,2 | 5,0 | - | - |
| Divers | 10,2 | 1,4 | 16 | 2,0 |
| Total | 853,9 | 100 | 924,7 | 100 |

Sources : CEDES

Entre 1970 et 1974 la santé urbaine conforte sa position de privilégiée avec plus de 30% des sommes disponibles. Elles sont réparties notamment entre les hôpitaux nationaux ou régionaux et les dispensaires-maternités. Ces dates d'observation, relativement éloignées, reflètent une situation qui n'a pas changé au cours des années 1980.

Figure 17

DENSITES DE POPULATION PAR PROVINCE EN 1985



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

L'évolution du budget est fonction du niveau de développement mais également de la décision des autorités de fournir des moyens à ce secteur, autorités qui se déchargent sur l'aide extérieure. Ceci a sans conteste ralenti le développement de l'offre de soins, plus encore en milieu rural qu'en zone urbaine disposant d'établissements mieux équipés.

IV - CENTRES DE SOINS : UNE DISTRIBUTION INFLUENCEE PAR

L'ORGANISATION SPATIALE

Nous l'avons vu précédemment, le secteur santé est de plus en plus négligé par l'Etat qui lui accorde de faibles subventions dans une optique d'autonomie financière, guidée par les instances internationales. Cette politique est destinée à être menée dans d'autres pays. Les grandes phases d'action sont donc définies à une échelle internationale alors que l'application se fait à l'échelle nationale. Comment cette divergence se concrétise-t-elle dans le cadre territorial du Burkina Faso ? L'absence d'adaptation aux particularités du pays n'entraîne-t-elle pas des disparités accrues ?

1 - Répartition humaine et structures de soins de base au Burkina Faso

De 1975 à 1985, le Burkina Faso est passé d'une densité moyenne de 21 hbts/km² à 29 hbts/km² ce qui le rapproche davantage des densités des pays côtiers : Côte d'Ivoire 31 hbts/km², Bénin 35 hbts/km², que de ses voisins enclavés : Mali 7 hbts/km² ²⁶⁶. A ce titre le Burkina Faso fait partie des pays les plus densément peuplés d'Afrique de l'Ouest. Au sein du territoire, de profondes disparités en font un espace contrasté, dont les différences semblent toutefois organisées en auroles concentriques. En 1985, après le Kadiogo qui englobe pratiquement la seule ville de Ouagadougou, le Kouritenga était la province la plus peuplée avec 122 hbts/km², la concentration humaine au centre contraste avec le desserrement de la population en périphérie (figure 17). A cette opposition centre/périphérie, doit s'ajouter une autre opposition nord/sud liée aux aspects physiques et aux modes d'occupation de l'espace. Au nord la population se localise de préférence le long des cours d'eau, dont l'écoulement se fait en saison des pluies, alors que les populations méridionales évitent ces espaces, les grandes endémies sont en effet un des facteurs avancés pour expliquer le faible peuplement le long d'une partie des cours d'eau. La

²⁶⁶ Selon les informations délivrées par l'annuaire économique et politique Jeune Afrique, le Burkina Faso se maintient toujours à la même position, en 1995 on estimait à environ 37,5 hbts/km² les densités au Burkina Faso, 44 hbts/km² en Côte d'Ivoire, 47,9 hbts/km² au Bénin, 8,7 hbts/km² au Mali, 7,2 hbts/km² au Niger. La petite taille du territoire burkinabè par rapport à ses voisins enclavés et l'absence de régions en zone saharienne, justifient en partie ce contraste

carte par points de la population met bien en évidence ce phénomène, malgré une lutte efficace contre les similies et les mouches Tsé-Tsé et malgré les efforts réalisés pour mettre en valeur des régions longtemps considérées comme répulsives (annexe 6). Au sud du pays la population était encore fort éloignée des cours d'eau lors du recensement de 1985.

Les facteurs influençant la répartition humaine sont de différents ordres : historiques, ils peuvent conduire à des vides humains ; sanitaires, lorsque les conditions naturelles sont favorables au développement des vecteurs de maladies ; physiques, il s'agit essentiellement de facteurs pédologiques plus ou moins favorables à la mise en valeur agricole ; enfin socio-économiques, la pression des migrants sur les sols et l'accueil des autochtones, sont autant d'éléments susceptibles de modifier les densités de population.

Le morcellement territorial de 1983 semble avoir tenu compte des densités de population, un constat déjà effectué à propos du découpage administratif de 1975. Ceci justifie la petite taille des unités administratives autour de la capitale, Ouagadougou, elle même située au sein d'un groupe ethnique au dynamisme démographique élevé, représenté par les Mossi. Ainsi le Kadiogo, le Kouritenga, le Boulkiemdé, le Passoré... , ont une superficie inférieure à 2 500 km² par opposition aux provinces périphériques de plus grandes étendues : le Gourma, le Houet, la Comoé... En outre, à l'ouest, la multitude de groupes ethniques a certainement contrarié les divisions provinciales plus fines (ce biais a toutefois été surmonté lors de la redéfinition du découpage en 1996). Cette conception du découpage administratif entraîne donc des disparités assez prononcées entre le centre et la périphérie. Elles sont matérialisées par des rapports allant de 1 à 22 pour les superficies et de 1 à 5 pour la population (urbains et ruraux confondus)²⁶⁷. Il ne s'agit pas, comme en France, de "*permettre matériellement à la population de se rendre au chef-lieu de sa circonscription dans la journée*"²⁶⁸ ; toutefois l'irrégularité du découpage provincial a été pensée en fonction de la répartition de la population.

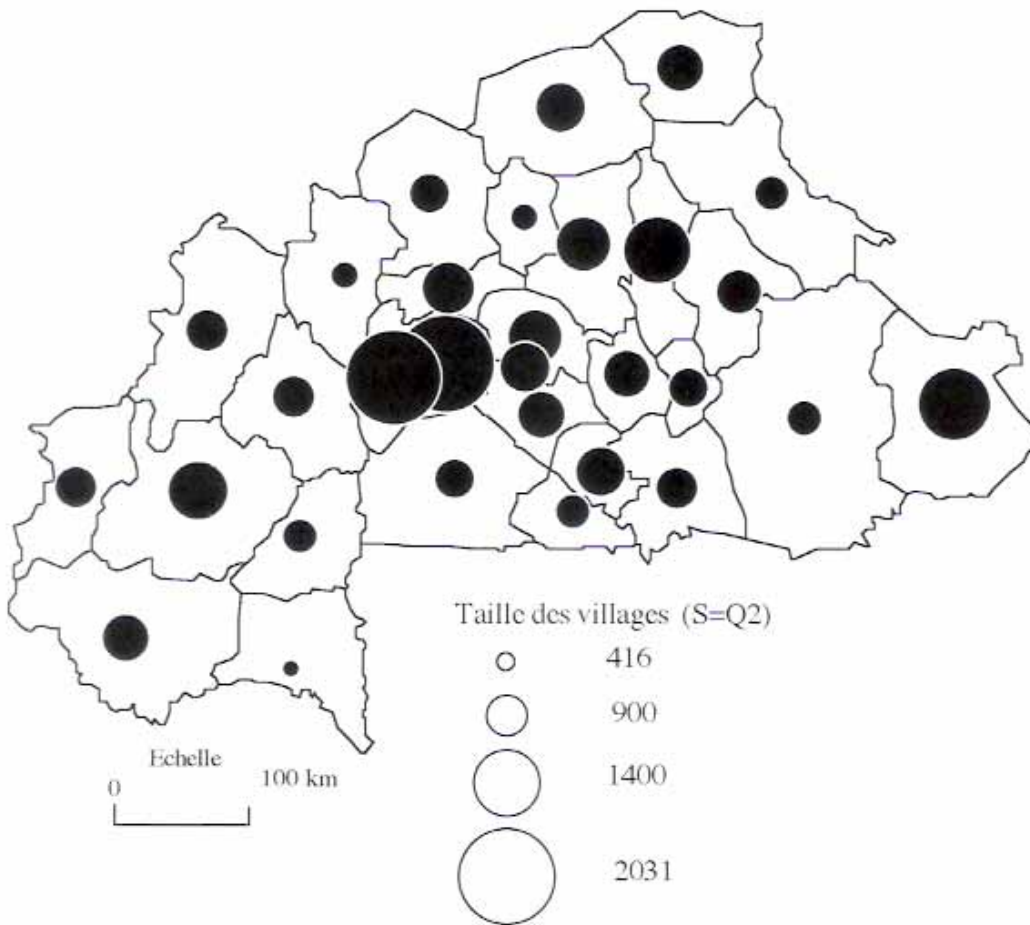
Les écarts de peuplement des provinces sont donc relativement faibles, masqués en cela par l'étendue de ces unités administratives. Mais il ne s'agit ici que de moyennes, à plus grande échelle, elles font place à des situations variées, allant d'une répartition assez homogène de la population dans l'espace, à des successions de noyaux denses et de vides humains. Une organisation concentrique des densités démographiques se dessine. Il existe en effet une évolution en auréoles autour du pays mossi qui accuse les charges de population les plus fortes, une auréole de densités beaucoup plus faibles lui succède. Les déséquilibres de densités sont un des traits

²⁶⁷ La province la plus grande est le Gourma, la plus petite le Kadiogo, la province la plus peuplée est le Houet et la moins peuplée le Nahouri (figure n°13)

²⁶⁸ Babonaux (Y), "Le département dans l'organisation de l'espace français", p. 365

Figure 18

TAILLE MOYENNE DES VILLAGES EN 1985



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

marquants du Burkina Faso, observables également à une échelle plus fine et que l'on peut faire coïncider avec la répartition ethnique. Déjà en 1975 les densités de population sont les plus fortes au centre du pays entre 50 et 80 hab/km² et concernent le pays mossi, moins peuplé dans sa partie sud : entre 30 et 50 hab/km². En ce sens, la colonisation a peu modifié la répartition de la population ; elle a sans doute permis l'accroissement du nombre d'habitants au km² en mettant fin aux attaques d'envahisseurs. En 1897 après son passage dans les pays des Volta, Voulet constatait déjà " qu'au Mossi, la densité de la population peut être évaluée à 35 ou 40 hab/km² . Cette densité incomparablement plus élevée qu'en aucune autre région de l'Afrique Occidentale, est une conséquence de la forte organisation du pays ainsi que de la puissance du commandement"²⁶⁹. La concentration est de 20 à 30 hab/km² en pays samo et dagari. Dans le nord parmi les populations d'éleveurs, on compte moins de 20 hab/km², de même qu'à l'est en pays gourmantché, à l'ouest en pays bobo et sénoufo et au sud en pays gourounsi.

La figure 18, relative à la taille des villages, fait apparaître un paradoxe. En effet le recensement fait état de villages de plus de 1 000 habitants dans les provinces septentrionales de l'Oudalan et du Soum, régions où l'élevage, activité économique principale, est pratiqué par des populations nomades, rarement regroupées en gros villages. Ce constat montre toute la prudence qu'il convient d'adopter face aux informations délivrées par les recensements, les seules informations quantitatives exhaustives dont nous disposions²⁷⁰. Le recensement ne reflète pas exactement la répartition humaine ; les critères de désignation d'un village peuvent varier selon que l'on se trouve dans une région à habitat groupé permanent ou à habitat dispersé temporaire. L'intérêt du calcul de la taille des villages permettrait, s'il était moins sujet à caution, d'évaluer l'importance relative du nombre de patients potentiels par Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et les déplacements à effectuer pour les atteindre. Le fait que les provinces, traversées par la voie de chemin de fer et la route, possèdent des villages plus peuplés que sur les marges du pays, s'explique essentiellement par la prise en compte des villes dans les calculs. En outre, comme l'a souligné B. Guérin le rail n'est pas un moyen de transport utilisé fréquemment par les migrants nationaux, compte tenu des rares arrêts. Il est peu attractif pour l'installation de nouvelles familles susceptibles de justifier les fortes emprises humaines. MM Ouedraogo précisait à propos des voies de communication au Burkina Faso, et notamment sur la route Ouagadougou-Fada N'Gourma : "*cette voie est donc nettement plus empruntée que la route Bobo-Dioulasso-Ouagadougou lorsqu'on ne tient pas compte du trafic ferroviaire. Cela renforce notre conviction quant à la concurrence négative que le rail et la route se font dans cette partie du territoire, concurrence conduisant à une sous-utilisation de la route*"²⁷¹ (annexe 10).

²⁶⁹ Merlet (A), op. Cité, p 251

²⁷⁰ 1975 et 1985 sont les seules années au cours desquelles des recensements exhaustifs de population ont été réalisés

²⁷¹ op. Cité, p 208

Figure 19

CHARGE POTENTIELLE DES CSPA EN 1993

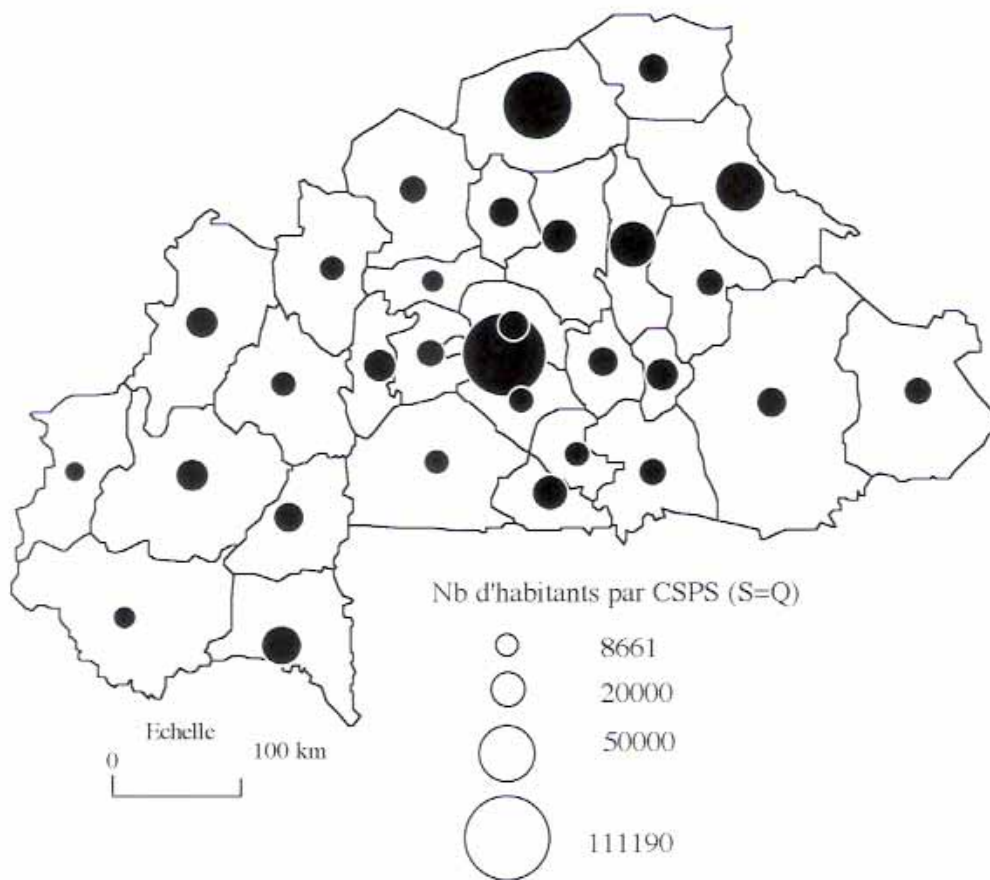
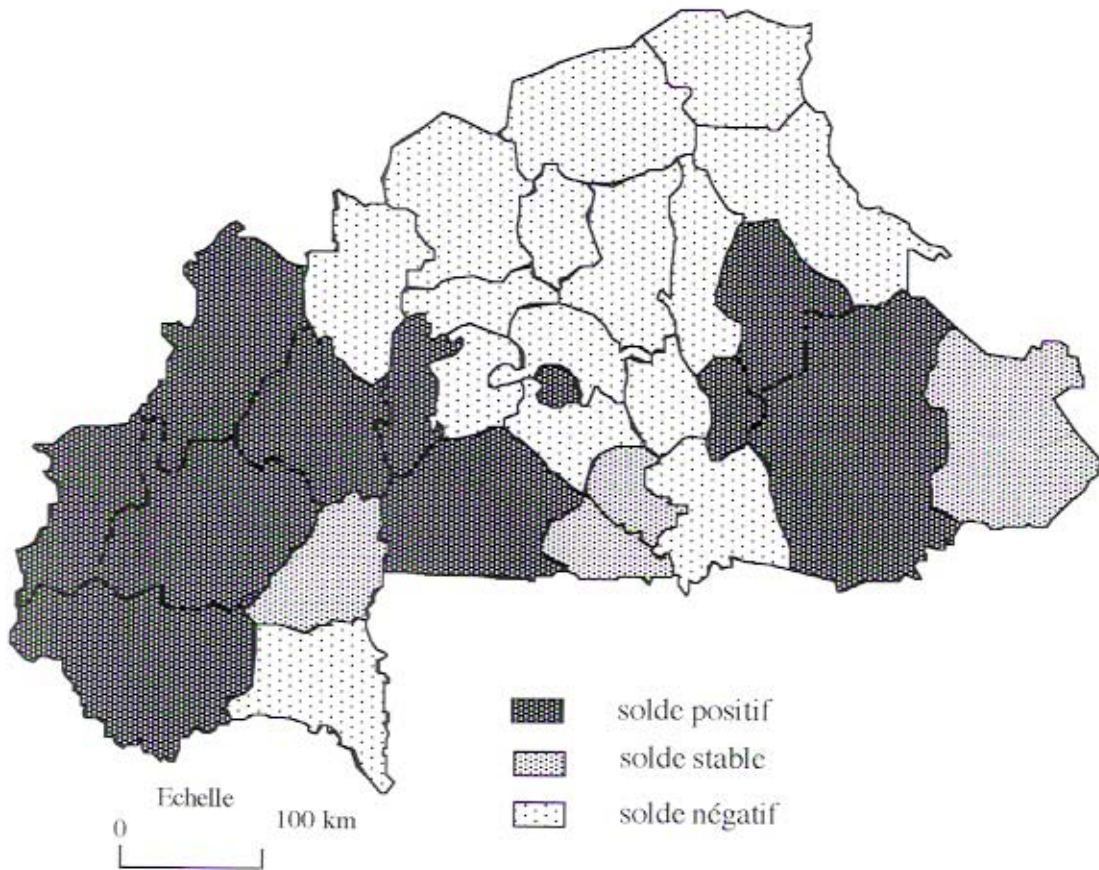


Figure 20

SOLDE MIGRATOIRE EN 1985 AU BURKINA FASO



Source : Atlas Jeune Afrique, 1993

Au début de la période coloniale la population avait peu d'incidence sur la localisation des établissements de soins, les choix étaient motivés par le rôle tenu par les localités dans l'organisation de l'espace. La situation a progressivement évolué. L'adoption des soins de santé primaires a orienté l'équipement vers le milieu rural, les densités de population sont devenues des critères influents sur l'implantation des dispensaires. En quoi les disparités dans la répartition de la population influent-elles sur la répartition des structures de soins ?

La figure 19 fait apparaître les fortes disparités provinciales du point de vue de l'équipement sanitaire. Il convient de préciser que les données correspondent à des années différentes, 1993 pour celles concernant les CSPS et 1985 pour la population, année du dernier dénombrement exhaustif de la population, il a été suivi d'un recensement par sondage en 1991. Même s'il a été effectué à une date relativement reculée, le recensement national témoigne malgré tout d'une situation qui s'est prolongée dans le temps. La dernière sécheresse de 1983-84, même si elle a été moins importante dans la durée que la précédente, a maintenu les flux de migrants vers les régions occidentales du Burkina Faso. Selon P. Sirven : *"le recensement de 1975 paraît sous-estimé. Les chiffres de 1985 correspondent davantage à la réalité, à cause surtout de la suppression de l'impôt de capitation, obstacle à un recensement exhaustif"*. L'auteur précise que l'impôt de capitation a été supprimé le 4 août 1983. Une nette opposition apparaît entre l'ouest/sud-ouest et le reste du pays.

Dans la partie occidentale du Burkina Faso les infirmiers ont la responsabilité d'une population beaucoup moins importante qu'ailleurs, soit moins de 10 000 habitants. Cette carte peut être comparée à celle des migrations internes qui touchent les provinces du sud-ouest (figure 20). La programmation sanitaire semble avoir tenu compte de la croissance de la population de ces espaces en attribuant des moyens supplémentaires, dans le but de multiplier les structures de soins de base. Au nord, un ensemble de cinq provinces est particulièrement désavantagé puisque plus de 15 000 personnes sont susceptibles d'être prises en charge par un seul infirmier selon les statistiques de la DEP. Les situations septentrionales viennent confirmer que l'attention accordée n'est pas la même dans tout le pays, mais surtout que la politique sanitaire adoptée n'a pas les capacités pour prendre en charge des modes de peuplement fort divers. La mobilité des populations nomades entrave la décision à la construction d'un CSPS, sa localisation nécessite un groupement humain suffisamment important pour être viable. On retrouve la même coupure sur la carte des soldes migratoires, elle passe en limite ouest du pays mossi et longe les provinces de la Kossi, du Mouhoun, de la Sissili, toutes les unités à l'ouest de cette ligne accueillent de nombreux migrants venus du plateau central. Les provinces au solde migratoire positif sont mieux équipées que celles au solde migratoire négatif. Il est probable que les autorités ont pris conscience du phénomène migratoire affectant les régions faiblement peuplées du sud-ouest depuis le plateau mossi.

La prise en compte du croît de population justifie l'équipement sanitaire plus dense dans ces régions. A titre indicatif on peut évaluer la population théorique des provinces en 1993 en leur affectant le taux de croissance démographique calculé entre 1975 et 1985 pour chacune d'entre elles. Peu de provinces présentent une situation privilégiée, selon les statistiques de la DEP, seuls les CSPS du Kéné Dougou ont moins de 10 000 habitants à soigner. Ce sont les unités administratives situées à l'est de Ouagadougou qui sont les moins bien équipées, la majorité des infirmiers ont une charge potentielle supérieure à 15 000 habitants. Sur cette carte, on retrouve une organisation semi concentrique avec à l'ouest de Ouagadougou, un arc de cercle d'environ 200 km de rayon où les CSPS n'ont pas plus de 15 000 clients potentiels, puis une auréole de CSPS en charge de 15 000 à 20 000 personnes, avec quelques exceptions pour lesquelles il est difficile d'avancer des explications, compte tenu du manque de rigueur des statistiques officielles. L'équipement correspond à une volonté de compenser les faiblesses du réseau dans les régions sous-équipées. Les choix de création et d'implantation sont réalisés en fonction de l'observation des situations mais ne procèdent pas d'une anticipation sur la croissance de la population.

Ces cartes ne sont toutefois qu'un reflet de la répartition de l'équipement sanitaire sur le territoire. Il est en effet difficile d'obtenir des informations quantitatives précises pour une même année, les chiffres étant différents d'un document à l'autre.

2 - Une implantation des structures de soins spécialisées influencée par l'organisation administrative

Les villes et communes urbaines accueillent les équipements dépendants de l'Etat, les équipements sanitaires y sont donc présents. Les villes dynamiques sont plus favorables à l'implantation des établissements spécialisés. La desserte routière, plus importante et de meilleure qualité, associée à une forte population, permet la mise en service d'un équipement coûteux et rare. La hiérarchie urbaine et la hiérarchie sanitaire sont-elles en réelle concordance au Burkina Faso ?

La hiérarchie des structures de soins, en fonction du type d'activité pratiqué, correspond à la hiérarchie politico-administrative qui organise l'espace. Les centres urbains sont désignés pour accueillir les établissements aux équipements les plus perfectionnés, la capitale administrative et la capitale économique étant les sièges des deux Hôpitaux Nationaux ; ceci induit des disparités villes/campagnes.

Tableau 9 : Villes dotées d'une structure de soins tertiaires en 1993

| n° de rang | Villes | type de structure tertiaire | Type d'organisation |
|------------|----------------|-----------------------------|---------------------|
| 1 | Ouagadougou | HN | hiérarchisée |
| 2 | Bobo-Dioulasso | HN | villageoise |
| 3 | Koudougou | CHR | hiérarchisée |
| 4 | Ouahigouya | CHR | hiérarchisée |
| 5 | Banfora | CHR | villageoise |
| 6 | Kaya | CHR | hiérarchisée |
| 7 | Tenkodogo | CHR | hiérarchisée |
| 8 | Dédougou | CHR | villageoise |
| 9 | Fada N'Gourma | CHR | hiérarchisée |
| 28 | Dori | CHR | nomade |
| 36 | Gaoua | CHR | lignagère |

Source : Statistiques DEP, Ouagadougou

Selon la hiérarchie urbaine établie au recensement de 1985, hormis Po et Tougan, les villes bénéficient d'un CHR. Les deux dernières localités, du tableau 9, ne font pas partie des villes les plus peuplées du Burkina Faso, mais elles possèdent tout de même cet équipement, du fait de leur fonction administrative.

A l'inverse, si l'on se base toujours sur le nombre d'habitants, Réo, Djibo, Nouna..., beaucoup plus peuplés que Dori et Gaoua, n'accueillent pas ce type de structure. La taille des lieux choisis semble donc un facteur primordial, mais pas impératif, à l'implantation d'un hôpital. Les fonctions politique et économique ont été, également, déterminantes dans les choix de localisation des CHR. Aux centres urbains sont souvent associées une desserte en voies de communication et une infrastructure urbaine, capables de satisfaire les besoins d'un centre de santé de type tertiaire. En zone sahélienne Dori est situé sur un axe reliant le Burkina Faso au Niger, c'est également un important carrefour pour les éleveurs, qui par leur mobilité, sont moins fréquemment en contact avec les structures de soins modernes. Localiser un CHR à Dori était favorable pour la population qui se regroupe fréquemment sur le marché à bétail le plus important de la région. Sa préférence sur Djibo dépend certainement du rôle que Dori a joué dans le passé au sein de l'organisation administrative coloniale, il était chef-lieu de cercle et possédait un dispensaire. Gaoua a tenu la même fonction pendant la colonisation ; cette ville est née des choix politiques français et a conservé sa fonction au sein du territoire après la colonisation. Sa position assez centrale dans le pays lobi, par rapport à Batié plus périphérique, a certainement favorisé sa croissance et sa situation dans la hiérarchie urbaine.

La localisation des hôpitaux régionaux, dépendante de la hiérarchie urbaine, ne respecte pas le critère numérique. Les normes fixent la charge théorique entre 400 000 et 500 000 personnes, mais elle est souvent inférieure à ces chiffres. Au centre du Burkina Faso, la relative proximité des hôpitaux les uns par rapport aux autres, réduit leur charge théorique. Le nombre d'habitants ne constitue souvent que la limite à partir de laquelle une ville est équipée d'un Hôpital Régional. Tel est le cas de la province du Nahouri, faiblement peuplée, qui regroupe à peine plus de 100 000 habitants en 1985 et Pô, son chef-lieu, 14 282 personnes.

La ville de Tougan dans la province du Sourou, constitue également une exception qui ne peut être justifiée par les normes quantitatives auxquelles elle satisfait. La proximité de Tougan avec les villes de Dédougou, Koudougou, Ouahigouya lui est défavorable. Ces villes sont en meilleure position dans la hiérarchie urbaine et ont joué un rôle plus important pendant la période coloniale. Mais ce qui est encore plus remarquable c'est la correspondance très étroite entre la localisation des structures de soins spécialisées et la position des chefs-lieux administratifs du découpage de 1975. Le bilan de l'offre de soins en 1983, à la veille de l'instauration du nouveau découpage, fait état de huit chefs-lieux de département équipés en hôpitaux. Dédougou et Kaya font donc exception, ce n'est qu'en 1987 que l'on décide d'y construire un hôpital. Enfin Banfora est le seul chef-lieu nouvellement désigné par la division administrative de 1983 que l'Etat décide également d'équiper en 1987. Depuis cette date la diffusion des structures de soins spécialisées s'est arrêtée. En résumé, la diffusion s'est déroulée en plusieurs étapes dont la logique s'observe à travers le rôle des pôles dans le passé. Capitales de royaumes précoloniaux et capitales politiques et administratives coloniales ont été dotées en priorité. La deuxième étape concerne les espaces périphériques, les centres choisis pour accueillir un équipement ont eu un rôle plus ou moins récent dans l'organisation de l'espace, ainsi Dori était capitale d'un royaume peul avant l'arrivée des Français. Enfin en troisième étape les pôles, disposant d'un nouveau souffle lié au développement industriel, ont été intégrés au programme de diffusion des hôpitaux. Les villes de Banfora et Dédougou ont été les dernières à être équipées.

Malgré la tentative de réduire les disparités existant entre le milieu rural et le milieu urbain au travers de la politique développée dans les années 1980, celles-ci se trouvent renforcées par le sous-équipement observé dans plusieurs provinces. Il s'agit le plus souvent d'unités administratives considérées comme rurales, du fait de l'absence de pôles économiques ou industriels dynamiques, et qui se maintiennent dans la même "léthargie". Malgré la volonté déclarée sous la présidence de T. Sankara de rompre avec la "mainmise européenne", -cette période est nommée "révolution"- le passé colonial a largement guidé le choix des lieux susceptibles d'accueillir un hôpital. En effet, les premières villes à être équipées avaient pendant la colonisation le rôle de chef-lieu de cercle, les dernières à bénéficier de cet équipement en 1987 n'avaient qu'une fonction de chef-lieu de canton dans le passé. Dans ce cas c'est davantage leur

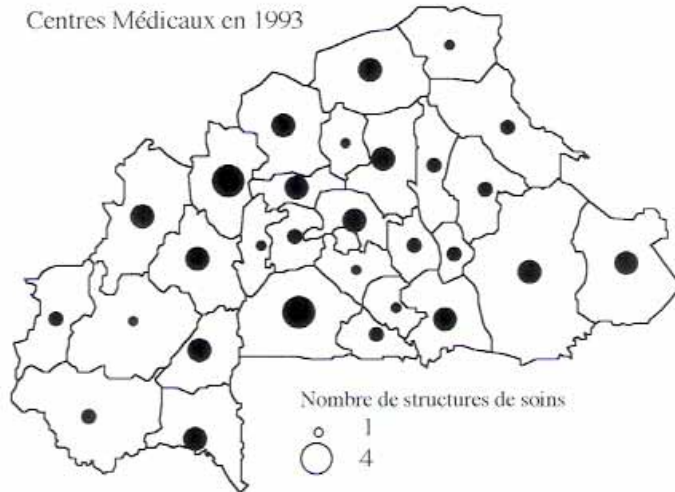
Figure 21

REPARTITION DES STRUCTURES DE SOINS AU BURKINA FASO

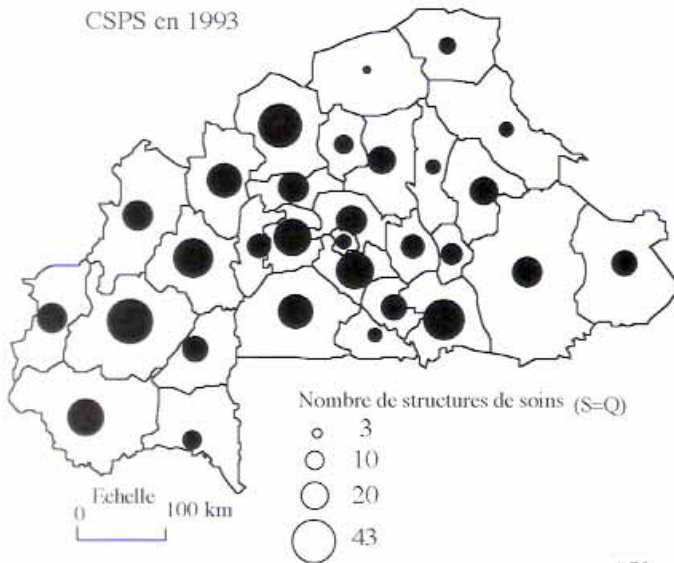
Hôpitaux nationaux et régionaux
en 1993



Centres Médicaux en 1993



CSPS en 1993



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

place actuelle dans la hiérarchie administrative et leurs activités industrielles qui ont influencé les choix d'équipement. Mais une corrélation étroite ressort entre la fonction passée des pôles et leur niveau d'équipement actuel.

Une nette sous-médicalisation apparaît au niveau de certaines provinces, contribuant ainsi à accentuer les inégalités spatiales. Ces disparités quantitatives se confirment au regard de l'équipement en structures de soins secondaires, en l'occurrence les Centres Médicaux. Ce qui entraîne des disparités qualitatives en matière de soins, les structures de base étant moins bien équipées.

Quelles conclusions tirer de ces constats ?

Si les disparités géographiques existent, elles apparaissent également parmi les niveaux de soins. Les deux Hôpitaux Nationaux (HN) n'ont pas une aire de responsabilité identique. L'HN de Bobo-Dioulasso couvre les populations de sept provinces sur les trente existantes : Mouhoun, Bougouriba, Poni, Kossi, Houet, Comoé, Kéné Dougou. Elle englobe 25,7% de la population burkinabè, selon le recensement de 1985. La position centrale de Ouagadougou conduit à une responsabilité de son Hôpital National beaucoup plus étendue en nombre d'habitants. En terme de distance à parcourir et de temps de déplacement, l'hôpital Yagaldo de Ouagadougou est beaucoup plus accessible que l'hôpital Sanou Souro, relativement excentré par rapport à l'ensemble du territoire.

Il est difficile de parler de développement lié aux établissements de santé spécialisés comme les HN ou les CHR. Ils s'inscrivent dans une suite logique d'équipements urbains et ne sont en aucun cas prédécesseurs ou sources de création de nouveaux noeuds dans le maillage administratif organisant l'espace étatique burkinabè. Il en va autrement des structures de base, les villages d'accueil ayant parfois été désignés par la suite comme chefs-lieux de département.

L'absence d'Hôpital National, dans une province, entraîne-t-elle un équipement en Centres Médicaux plus importants ? La règle n'est pas systématique mais la figure 21 fait apparaître un nombre plus élevé de centres de soins secondaires dans plusieurs provinces dépourvues d'hôpitaux. Il est difficile d'apporter des justifications à une situation observée à partir des statistiques nationales, à l'égard desquelles il faut rester prudent et donc de déterminer s'il existe un parti pris administratif entre provinces bien équipées et unités sous-équipées.

Le critère démographique des localités semble moins prépondérant que le statut politico-économique dans le choix d'implantation des établissements sanitaires. Le choix systématique des villes pour l'accueil de structures de soins performantes ne satisfait pas toujours à la logique d'équité devant les soins offerts, prononcés par la politique sanitaire nationale. En effet les choix

répondent à la logique de mise en valeur et de structuration de l'espace, développée pendant la colonisation et reprise après les Indépendances. Les provinces bien équipées sont le lieu de concentration des activités économiques, administratives (tel est le cas de Banfora et Koudougou). Les unités administratives moins dynamiques sont moins bien équipées, ceci se retrouve aussi bien dans les structures de soins spécialisées que dans les centres de base comme les dispensaires. La conséquence est une charge de travail très variable d'un CSPS à l'autre, soit à cause des densités de population, soit en raison du nombre plus ou moins important de centres. Nous parlons ici des établissements publics ; les structures privées répondent à d'autres logiques reposant sur les objectifs mercantiles de leurs responsables et les moyens financiers de leurs clients potentiels. Le déséquilibre entre populations rurale et urbaine est accentué par la présence de la médecine privée.

CONCLUSION

La colonisation a totalement réorganisé l'espace et orienté la structuration de la "sous-région". Le tracé des voies de communication a déterminé la place des villes au sein des espaces économiquement dynamiques ou intéressants pour l'économie du pays. Les disparités régionales sont en partie le résultat des préférences accordées à certains lieux pendant la colonisation. Si l'ensemble de ce territoire savanicole est contrôlé politiquement, il existe toujours des espaces isolés, à l'écart des axes de communication et des échanges commerciaux. L'indépendance ne sera pas une période de rupture avec l'organisation spatiale coloniale. La mobilité spatiale est devenue, pour les populations du centre du pays, aux conditions climatiques défavorables, la réponse aux difficultés de production.

Le pays est constitué de sous-espaces plus ou moins fermés dont certains vont s'ouvrir, du fait de la restructuration de l'espace par le colonisateur. *"La genèse aussi bien que l'organisation de l'espace voltaïque se sont faites au service d'intérêts coloniaux"*²⁷². Cet espace reste sous domination : *"l'après indépendance ne se présente aucunement comme une rupture par rapport à la situation antérieure, la seule innovation tient presque exclusivement à l'existence de l'emprise d'un Etat voltaïque sur l'espace voltaïque"*²⁷³. On pourrait également résumer l'histoire du système de santé au Burkina Faso par les propos de B. Hours : *"la santé publique se présente comme l'une des expressions du pouvoir colonial"*²⁷⁴. La médecine moderne apparaît fortement influencée par le pouvoir colonial auquel succéderont des organismes internationaux tel l'OMS, désireuse d'uniformiser les politiques de santé dans les pays en difficulté. La politique de santé au Burkina Faso est donc sous influence. Si le pays s'implique davantage dans la formation de son personnel de santé, depuis environ deux décennies, sa programmation est le fruit d'influences extérieures. On l'a vu avec "Alma-Ata", puis avec l'Initiative de Bamako. Ces deux programmes ont orienté le système de santé. Aujourd'hui *"la santé publique est présentée le plus souvent comme une des fonctions techniques de l'Etat réel. Ainsi des crédits publics sont-ils affectés au fonctionnement des institutions hospitalières, à la mise au point de technologies médicales dans la perspective planificatrice d'optimiser les investissements consentis par la collectivité face à des "besoins sanitaires" définis à partir d'une approche épidémiologique en forme de cartographie des risques"*²⁷⁵.

²⁷² Ouedraogo (D), "Genèse et structure d'un espace enclavé : la Haute-Volta", p 555

²⁷³ ibidem, p 555

²⁷⁴ Hours (B), "L'état de santé", p 396

²⁷⁵ ibidem, p 396

"En Mauritanie la périphérie est un centre"²⁷⁶, cette observation n'est pas applicable à l'organisation spatiale et économique du Burkina Faso, le pays est situé sous climat plus humide que la Mauritanie, ce qui facilite l'extension des activités agricoles. Cependant il existe une opposition nord-sud, compte tenu de l'organisation climatique ; elle a influé sur l'organisation spatiale pendant la colonisation. Le domaine septentrional, moins favorable à la production agricole, a bénéficié de moins d'équipements. Si la périphérie ouest a été privilégiée pendant la colonisation, on ne peut conclure, totalement, qu'elle représentait le centre parce que l'agriculture est restée une activité moins "lucrative" que l'offre de main-d'oeuvre venue essentiellement du centre du pays. On peut considérer le sud-ouest comme faisant partie de ce centre dans le sens où sa traversée était indispensable pour acheminer les flux de population vers la côte. Au Burkina Faso, les périphéries nord, est et sud sont plus isolées que l'ouest, qui se démarque par le passage du chemin de fer. Aujourd'hui, cette opposition dans l'espace est moins présente, l'orientation des flux économiques se diversifie et donne moins d'importance à la périphérie ouest.

En s'appuyant sur l'exemple du Cameroun, B. Hours affirme : "*en contraste avec le dysfonctionnement actuel, la santé publique coloniale est remémorée comme un ordre de rêve*"²⁷⁷. Au Burkina Faso elle est plus souvent considérée comme une contrainte supplémentaire par la population. Le colonisateur offrait aux Africains le moyen d'améliorer leur situation sanitaire, mais les pratiques traditionnelles n'étaient pas toujours bien tolérées, ce qui conduisait parfois à des sanctions, toujours à l'esprit des plus vieux aujourd'hui. La médecine moderne a donc été imposée dès le début du siècle, dans un cadre de pratiques traditionnelles, elle a toujours été décrite comme une demande exprimée par les populations. Or les personnes touchées par ce mode de soins ont longtemps été des privilégiées, compte tenu des effectifs réduits des praticiens. L'augmentation de l'effectif du personnel et le rapprochement physique des Burkinabè avec les soins publics ont-ils comblé les espoirs ? La multiplication des structures de soins visait à une fréquentation plus assidue des centres de soins.

Le système de soins abordé, jusqu'alors en filigrane, va nous intéresser plus particulièrement au travers de l'étude d'une province : le Houet. A partir de l'étude de l'offre de soins, il s'agit d'analyser le système et son organisation et de mettre en évidence l'aspect historique à la base de l'organisation.

Le système de santé, tel qu'il est vécu par les populations au Burkina Faso, est complexe. Il englobe à la fois la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Nous nous limiterons ici à

²⁷⁶ Le Masson (O), 1997 "Adel-Bagrou, belvédère sur l'Afrique de l'Ouest à l'horizon mauritanien", p 43

²⁷⁷ *ibidem*, p 397

DEUXIEME PARTIE

L'OFFRE DE SOINS DANS LE SUD-OUEST LA PROVINCE DU HOUEI, UN EXEMPLE D'ORGANISATION DU RESEAU SANITAIRE

"Sa conception elle-même de l'action médicale était étroitement curative et individuelle¹. Elle n'avait aucun avenir et l'hôpital de Lambaréné... un îlot dans un vaste océan de besoins. Les choses étant ce qu'elles sont et ce qu'elles seront sans doute longtemps encore en Afrique, ce type de médecine curative, copiée des structures européennes, bute sur des contraintes incontournables. Telles que l'essoufflement rapide des moyens financiers la limitation des personnels de santé peu motivés pour le travail hors des grandes villes et surtout la dispersion étonnante de l'habitat rural et la difficulté des communications de cette zone. Ces deux derniers obstacles rendent illusoire toute politique de santé basée sur la multiplication des dispensaires et centres fixes."

Lapeyssonie (L) - "Moi, Jamot", p 173

¹ L'auteur parle ici du Dr Schweitzer

Cette description assez pessimiste faite par Lapeysonnie sur une époque ancienne peut être élargie à l'Afrique de l'Ouest et appliquée à ce que l'on peut observer encore au début des années 1990 au Burkina Faso.

L'objectif de cette deuxième partie est de mieux connaître le peuplement de la province du Houet. Notre zone d'étude a été étendue aux deux provinces limitrophes de celle du Houet : la Comoé et le Kéné Dougou². Les informations dont nous disposons sur la fréquentation des structures de soins concernent essentiellement le Houet, mais nous utiliserons également les données fournies par les recherches menées sur ce thème, par deux étudiants, sur le Kéné Dougou et la Comoé. L'évolution du peuplement, conditionnée par les facteurs physiques, sera analysée et à travers elle, le dynamisme démographique et la répartition spatiale de la population.

L'offre de soins, équipement social, est-elle le reflet d'une dynamique démographique, économique, sociale ou politique ? Si l'on considère que la localisation des structures de soins révèle la dynamique humaine alors la connaissance de la population, sa répartition, son histoire, son organisation sociale deviennent indispensables pour comprendre les disparités. Le développement de la médecine moderne dépend des décisions politiques et il y a une correspondance évidente entre la localisation des hôpitaux, aux équipements spécialisés, et les lieux de pouvoir, des pôles administratifs. Les directives sanitaires nationales ont permis depuis quelques années d'accroître le nombre d'établissements de soins de base. La distribution spatiale des dispensaires répond à une notion de proximité à la "clientèle" potentielle : la population, qu'elle soit en zone urbaine ou en milieu rural.

Ce niveau d'équipement n'est pas nouveau, il existait déjà pendant la colonisation il était alors le plus souvent le privilège de lieux ayant une fonction administrative ou un rôle "religieux" manifesté par la présence d'une mission catholique. Les espaces naturels "à risques" n'ont pas été favorisés. Le milieu physique est-il aujourd'hui un critère de localisation d'un CSPPS ?

La répartition de la population est le facteur principal de la présence ou de l'absence d'un établissement de soins, elle fera l'objet d'un calcul de densités, "*aborder les densités de population (...) c'est poser le problème des convergences éventuelles entre le dispositif physique et la localisation de l'habitat ; c'est aussi prendre en compte la diversité des adaptations, des techniques d'organisation de l'espace ou de contrôle territorial*"³. La distinction ethnique participe à la connaissance d'un espace ; les ethnies "*sont une source inépuisable pour l'explication de*

² Le sigle HCK sera employé pour évoquer cet ensemble

³ Pélissier (P), 1966, p 27 repris par Marchal (JY), 1983, "Yatenga, la dynamique d'un espace rural", p 675

*l'aménagement de l'espace parce qu'elles recouvrent des nuances de civilisation"*⁴.

L'offre de soins est destinée aux populations, mais elle est décidée par l'Etat comme tout équipement public. La société s'est-elle maintenue dans les techniques traditionnelles de mise en valeur de l'espace et, dans ce cas, comment les décisions politiques se sont-elles adaptées à la situation ?

Nous avons vu dans la première partie que la colonisation avait déterminé la localisation des hôpitaux nationaux et régionaux ; les dispensaires aux équipements moins pointus, ont-ils subi la même influence ? Pour répondre à cette question nous sommes partis de l'observation de la carte sanitaire au début des années 1990 pour tenter d'identifier, à travers les caractéristiques naturelles et humaines du sud-ouest les facteurs dominant les choix d'implantation. La localisation des CSPTS sert de fil conducteur à la connaissance du sud-ouest. Le premier chapitre concerne les facteurs de risques, mais plus que l'analyse des risques pathogènes actuels ce sont les pathologies du passé et plus précisément des endémies à vecteur qui sont abordées. Les conséquences de leur contrôle, grâce à une lutte efficace seront mises en évidence, notamment leur influence sur la répartition des structures de soins. Mais les soins prodigués dans les dispensaires s'adressent aux populations, la répartition des structures de soins nous permettra de connaître les caractéristiques du milieu humain. Enfin nous consacrerons un troisième chapitre à l'organisation territoriale et sa correspondance avec l'espace "traditionnel".

⁴Marchal (JY), p 676

CHAPITRE I

DENSITES, DYNAMISME DEMOGRAPHIQUES ET EQUIPEMENT SANITAIRE

Il ne s'agit pas de réaliser un simple recensement des équipements au sein d'une unité administrative, mais de comprendre le fonctionnement spatial du système de soins. Le réseau urbain a contribué à la répartition des établissements de soins et nous l'avons vu en première partie les structures spécialisées dépendent principalement de l'existence de villes moyennes au Burkina Faso. A l'échelle provinciale, la hiérarchie urbaine est beaucoup moins bien représentée, quelles sont donc les conséquences sur l'offre de soins ?

Le sud-ouest a été privilégié pendant la colonisation, sa traversée était en effet indispensable à la liaison avec la Côte d'Ivoire. Cette situation a entraîné la création de points de rupture de charge devenus des lieux d'échanges, cependant très peu d'entre eux sont devenus des villes. A l'échelle régionale, la hiérarchie sanitaire a pu s'appuyer sur les quelques pôles urbains et les bourgs ruraux existants, à l'échelle provinciale ils se raréfient et les structures de soins spécialisées se font plus rares.

Mais la pyramide sanitaire ne se calque pas uniquement sur le réseau urbain, en effet, les établissements de base sont destinés au village. L'hypothèse est que la présence de ce type de structure indique l'existence d'un espace densément peuplé. La multiplication des CSPPS serait donc synonyme d'une forte occupation humaine de l'espace, à l'inverse leur absence préciserait la faible attraction voire la répulsion exercée par certains lieux sur la population.

I - LA HIERARCHIE SANITAIRE DU SUD-OUEST

Après l'Indépendance, la médecine moderne, héritée de la colonisation, a bénéficié de peu d'innovations. Il a fallu attendre les années 1980 pour voir de grands changements s'opérer avec la multiplication des établissements de soins de base, afin de développer un réseau couvrant le territoire dans sa totalité.

Sur les 43 035 km² que compte l'ensemble du Houet, de la Comoé et du Kénédougou, le

recensement de 1985, hormis les villes de Bobo-Dioulasso et Banfora⁵, estimait la population à 702 221 habitants, et en 1989 on recensait 84 structures de soins dont 4 Centres Médicaux, soit en moyenne :

- 1 CSPS pour 8 889 personnes
- 1 CM pour 140 444 personnes

Ces moyennes nous permettent d'évaluer le niveau d'équipement qui paraît satisfaisant. Les normes fixées sont atteintes, voire dépassées, bien qu'à une plus grande échelle, l'accessibilité soit variable selon les secteurs sanitaires.

Au Burkina Faso la hiérarchie sanitaire se superpose à la fois à l'organisation administrative et à la hiérarchie urbaine qui sont intimement liées. En cela, le "pays des hommes intègres" est semblable à de nombreux autres pays, il correspond aux spécificités énoncées par H. Picheral à propos de l'offre de soins : *"l'Etat cherche à répartir sur le territoire les moyens et les ressources relevant du secteur public selon des normes identiques et des critères démographiques strictement quantitatifs, en l'occurrence suivant les effectifs de la population à desservir. Concrètement et en toute logique administrative, cette allocation s'effectue forcément suivant un cadre géographique éprouvé et sans surprise. Elle épouse la trame des unités administratives (régions, provinces, départements, cantons ...) et s'appuie sur la hiérarchie du réseau urbain, c'est-à-dire sur la taille des villes"*⁶. Selon le principe de diffusion, la répartition des structures de soins se fait des centres urbains les plus importants vers les moins importants. Nous reviendrons sur la diffusion dans le point suivant. Parmi les trois villes, il existe :

- 1 HN situé à Bobo-Dioulasso
- 1 HR localisé à Banfora, 5ème ville burkinabè par sa population selon le

SDAU 1986, deuxième ville de l'ensemble Houet-Comoé-KénéDougou, dans laquelle l'industrie de transformation s'est développée

- 4 CM * Orodara, commune urbaine, 18ème place dans la hiérarchie urbaine du Burkina Faso, chef-lieu de province du KénéDougou

* Houndé, chef-lieu de département, où s'est implantée une usine d'égrenage de la SOFITEX, est défini dans le SDAU comme un bourg rural susceptible d'évoluer vers un statut plus urbain au cours des années 1990

* Niangoloko, chef-lieu de département, proche de la frontière ivoirienne

* N'Dorola, chef-lieu de département, possédant un aménagement hydro-agricole

⁵ Nous avons délibérément exclu ces deux villes qui bénéficient chacune d'établissements de santé publics qui offrent depuis les soins de base jusqu'aux soins spécialisés

⁶ Picheral (H), "Décentralisation des politiques de santé : allocation des ressources, recours aux soins et décision locale", 1992, p 23

La hiérarchie urbaine réduite pour le HCK justifierait le nombre limité de structures spécialisées. Selon le SDAU, les centres médicaux sont présents dans les "*villes ayant reçu un équipement à vocation régionale*". En fait la répartition se fait entre centres administratifs (cas des cinq centres médicaux de la "région" Houet-Comoé-KénéDougou qui sont tous des chefs-lieux de départements) et centres à vocation économique.

Selon H. Picheral⁷ "*la hiérarchie des établissements se fonde pour l'essentiel sur la taille, le rang et les fonctions des villes, et le système hospitalier contribue à la politique d'organisation et d'aménagement du territoire*". Le réseau sanitaire, pour les établissements offrant des soins de type secondaire ou tertiaire, épouse effectivement le réseau urbain. Le coût de l'équipement de ces centres et la qualité des services offerts nécessitent leur implantation dans des lieux dynamiques mais surtout ayant un rôle dans l'organisation du territoire. Ainsi Orodara a une fonction administrative qu'elle détient depuis longtemps, confirmée au cours des décennies et qui a pris de l'importance au cours des changements du découpage administratif. Chef-lieu de canton pendant les années 1920, puis sous-préfecture de département dans les années 1970 et enfin de province à partir de 1984 puis confirmé en 1996. Houndé, Niangoloko, N'Dorola ne sont intervenus dans l'encadrement du territoire qu'assez récemment. La taille des localités, leur rang, surtout pour les deux premières respectivement 7ème et 9ème dans la hiérarchie urbaine et leur position sur les axes de desserte du pays en font des pôles phares.

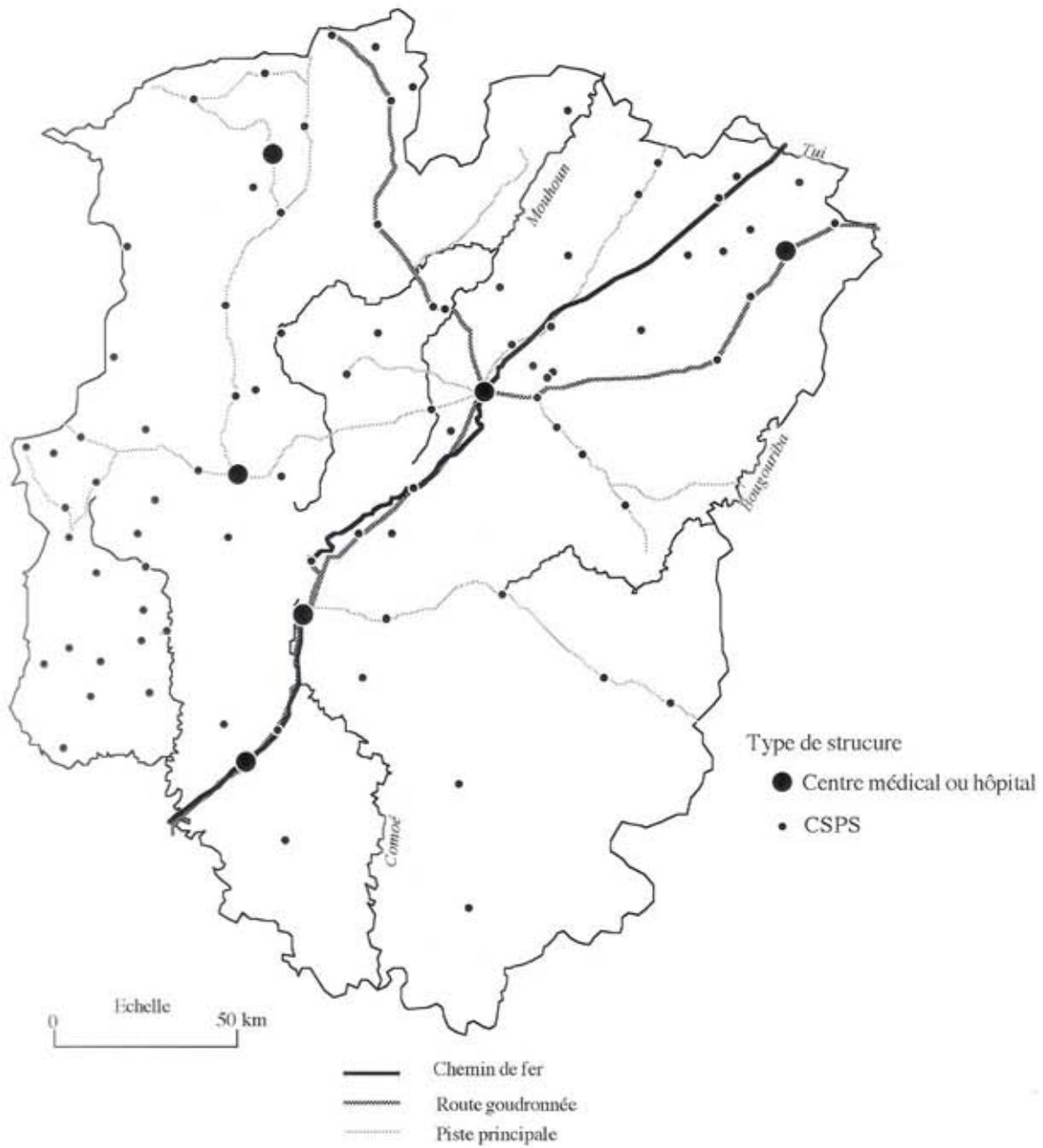
Cette correspondance entre le réseau urbain et le réseau sanitaire entraîne-t-elle des disparités spatiales ou favorise-t-elle l'équité territoriale ?

Le seuil numérique est le critère déterminant pour justifier de la localisation des structures de soins. Ce critère introduit des disparités spatiales dont les effets varient en fonction de l'échelle d'observation. En effet, à l'échelle provinciale, dans le Houet, la ville de Bobo-Dioulasso et son hôpital, semblent contribuer au déséquilibre dans la répartition des structures de la pyramide sanitaire, avec un faible nombre de Centres Médicaux. Peut-on pour autant parler d'inégalités dans l'offre de soins spécialisés ? Les variations d'équipement ne révèlent pas obligatoirement des inégalités dans la mesure où la rareté des équipements et des services offerts justifient les disparités spatiales. Les hôpitaux nationaux et régionaux nécessitent une concentration géographique. La position des Centres Médicaux est plus ambiguë, établissements de niveau secondaire, des opérations peuvent y être effectuées ; les médecins responsables doivent également superviser l'activité des infirmiers dans les CSPS. Leur concentration spatiale implique des déplacements longs pour la réalisation de cette tâche ; elle entraîne bien souvent l'isolement relatif des infirmiers

⁷ Picheral (H), "Réseau urbain et hiérarchie hospitalière", 4ème colloque géographie et socio-économie de la santé, CREDES, 1995, p 16

Figure 22

REPARTITION DES STRUCTURES DE SOINS DANS LE HCK



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

qui reçoivent peu de visites de leurs supérieurs hiérarchiques. Les inégalités correspondent aux normes et au seuil au-dessous desquels l'implantation est considérée non viable. Les seuils contribuent à la dispersion géographique.

A l'échelle régionale la hiérarchie sanitaire semble moins incomplète, mais reste disparate dans son organisation spatiale. Sur la carte de localisation des structures de soins, au troisième échelon de la hiérarchie sanitaire, les centres médicaux sont regroupés à l'ouest de la "région", le long d'une ligne qui va de N'Dorola à Niangoloko en passant par Orodara, elle traverse également Banfora qui possède un hôpital régional (figure 23). Houndé est le seul centre médical créé à l'est de cet ensemble (à environ 100 km de Bobo-Dioulasso), *"l'absence ou la rareté des villes de taille moyenne prive le système hospitalier des échelons intermédiaires entre la métropole et les postes ou les centres de santé de base"*⁸. Selon le recensement national de 1985, d'autres villages ont, pourtant, la taille qui pourrait leur conférer le statut de Centre Médical, mais ils n'ont pas été désignés :

- Vallée du Kou village trop proche de Bobo-Dioulasso et son Hôpital National
- Niankorodougou distant de quelques kilomètres de la frontière ivoirienne, il est assez éloigné des grandes voies de communication
- Toussiana, le recensement masque la grande dispersion de l'habitat
- Dandé, offre plus d'atouts pour l'implantation d'un Centre Médical car il a une position relativement accessible au sein d'une région où le relief constitue un obstacle aux déplacements vers d'autres CSPS déjà existants. Il n'a cependant fait l'objet de la programmation sanitaire qu'à partir de 1991, date à laquelle il a bénéficié de la création d'un CSPS, l'ouverture éventuelle d'un Centre Médical dépendant de l'attraction du dispensaire.

L'éloignement des structures de soins entraîne le non respect des échelons par les malades, un thème que nous aborderons en troisième partie.

⁸ Ficheral (H), op. cité, p 17

Tableau 10 : Taille des plus gros villages selon le recensement national de 1985 et croissance annuelle dans le HCK

| Villes ou villages | Nombre d'habitants | Taux croissance |
|--------------------|--------------------|-----------------|
| Niankorodougou | 12 430 | 5,3% |
| Vallée du Kou | 11 423 | 6,0% |
| Toussiana | 9 490 | 4,3% |
| Niéguéma | 8 094 | 30,5% |
| <u>Niangoloko</u> | 7 950 | 3,6% |
| Dandé | 7 882 | 7,3% |

Le village souligné possède un CM

Les villages de Dandé et de Niéguéma ont été intégrés tardivement au programme sanitaire. Pour les cas les plus graves qui ne peuvent être traités dans un CSPS et pour lesquels l'infirmier ne dispose d'aucune autre structure supérieure proche, cette répartition sanitaire déséquilibrée met en relation directe une grande partie de la population avec l'Hôpital National Sanou Souro de Bobo-Dioulasso.

L'intégration de Dandé et Niéguéma dans l'offre de soins, montre que les critères quantitatifs continuent d'être privilégiés lors des choix d'implantation, aux dépens de la pratique réelle de l'espace par la population. La mise en place de critères numériques d'implantation par la Politique Sanitaire Nationale n'a pas permis la prise en compte des particularités du milieu. A l'échelle du Houet, les conséquences de la mobilité des Burkinabè ont été ignorées. Le système de soins s'est donc superposé à un milieu évalué selon des normes, à partir des recensements ; or l'espace n'est pas homogène et la conception de l'organisation de l'espace par l'Etat diffère de celle des populations. Rappelons que les populations du sud-ouest ont été tardivement maîtrisées pendant la colonisation : d'une part elles ignoraient l'organisation hiérarchique du pouvoir, d'autre part il existait peu de pôles dominants, seulement des centres reconnus par les nombreux groupes ethniques peuplant le sud-ouest du Burkina Faso.

Il y a donc d'importantes disparités dans la mise à disposition des soins spécifiques. La figure 22 permet également d'observer la répartition des structures de base qui sont très regroupées dans l'extrême ouest et aux environs de Bobo-Dioulasso. Le nord et le nord-est de la "région" accueillent également un grand nombre de CSPS. Ces espaces contrastent avec le sud-est où les établissements de soins se font plus rares et où les populations sont isolées des flux économiques, du fait de l'absence d'un réseau de communication développé. Les inégalités dans la répartition des CSPS sont plus flagrantes et se justifient par le type de services offerts. Malgré sa recherche d'équité spatiale, le système de soins publics présente des inégalités géographiques dans la mesure

où la taille des villages et le type d'habitat sont des facteurs principaux de la localisation des CSPS ; rappelons que pour H. Picheral l'équité "*transposée en termes géographiques se traduit en théorie par la recherche d'une égale distribution spatiale des ressources sanitaires pour assurer ou garantir une égale accessibilité aux soins*"⁹. Malgré la volonté de réduire les inégalités, elles se sont reproduites au cours du temps. La primauté du service public dans l'offre de soins au Burkina Faso entraîne des disparités qui ne sont pas liées à la perception de l'espace par les populations mais à l'organisation de l'espace par l'Etat.

Un déséquilibre apparaît au niveau hiérarchique, entre la zone urbaine, qui concentre les établissements de soins les plus performants, et le milieu rural où la majorité des formations ouvertes n'offre que des soins de base. Cela s'explique facilement pour des raisons de rentabilité, de fonctionnement et de coût du matériel. Le déséquilibre se retrouve également au sein même des régions rurales, où les espaces les plus densément peuplés sont équipés en priorité. De même en milieu rural, la taille du village, associée à la notion d'accessibilité, privilégie les espaces très peuplés. La création des structures de soins, dépendant désormais du budget de la province, est fonction de la superficie et de la population de celle-ci.

Deux ensembles se dégagent donc : l'un favorisé en équipement, l'autre plus pauvre en infrastructures sanitaires ; la ligne de partage entre l'un et l'autre passant par Niangoloko-Bobo-Dioulasso-Houndé met en valeur deux oppositions :

- humaine : du point de vue occupation de l'espace, le nord est densément peuplé avec un habitat plus ou moins groupé. Le sud a de faibles densités humaines et un habitat dispersé,
- physique : entre plaine et plateau.

Les trois pôles "urbains" du sud-ouest représentent chacun une position différente dans la hiérarchie sanitaire, en fonction de leur place dans la hiérarchie urbaine et de leur rôle économique. Cette charge sanitaire correspond, selon les autorités, à leur aire d'attraction au sein de l'espace ouest burkinabè.

Les structures de soins modernes ont été créées pour satisfaire les besoins de groupes de population particuliers, leur ouverture a été progressive. Les cartes de localisation des établissements montrent une forte corrélation entre la présence des autorités françaises, administratives comme religieuses, et l'existence d'un dispensaire. Les années d'Indépendance n'ont pas démenti cette relation étroite entre pouvoir politique et équipement sanitaire. Or, le corps administratif recherche les espaces dynamiques d'un point de vue économique et démographique ; ainsi s'est-on écarté des espaces naturels à risques où les vecteurs de maladies ont repoussé les populations sur les interfluves moins dangereux d'un point de vue sanitaire. Le programme de

⁹ Picheral (H), 1992, "Les médecins aux Etats-Unis équité et justice sociale", p 283

santé développé par le gouvernement de T. Sankara a considérablement modifié l'organisation et la localisation de l'offre de soins en mettant l'accent sur les établissements de base. La recherche de proximité vis-à-vis des populations a-t-elle inclu les espaces naturels dans ses critères de localisation ?

II - LA PRESENCE D'UNE STRUCTURE DE SOINS :

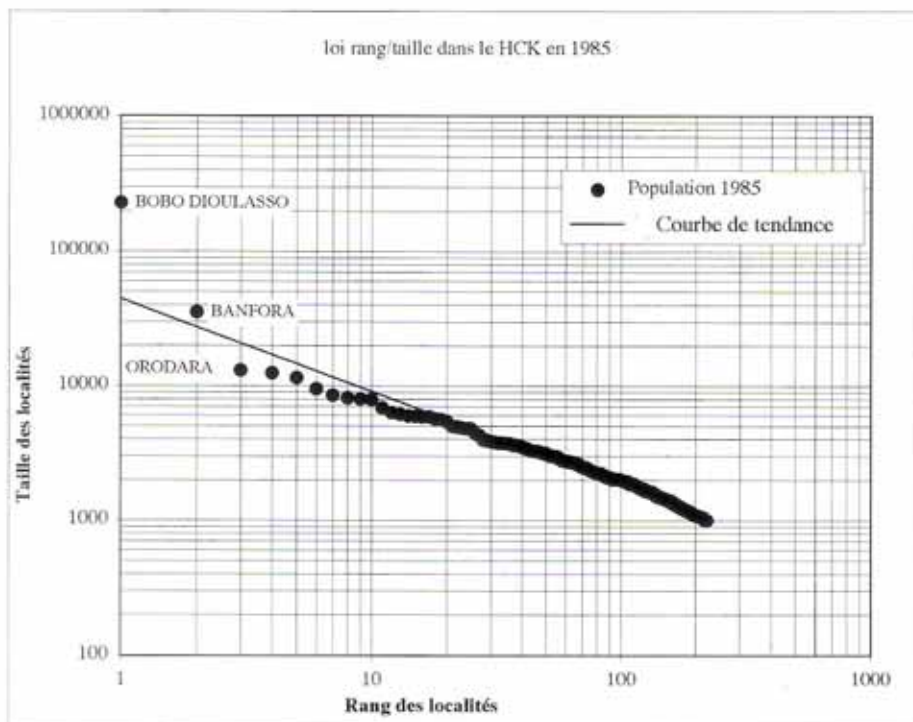
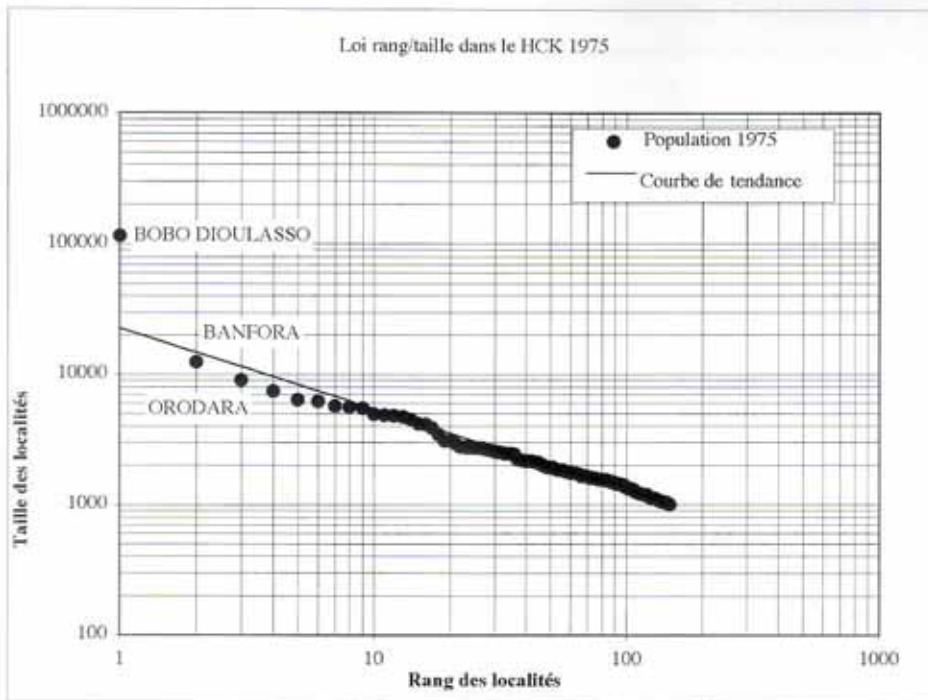
CRITERE D'URBANITE ?

Le critère quantitatif de la population à desservir est déterminant pour l'implantation d'une structure de soins. Le rôle des villages dans l'organisation de l'espace était ignoré puisque la vision de l'espace était fonction des pratiques de l'Etat et non des populations locales. Dans un article à propos du réseau urbain et de la hiérarchie hospitalière, H. Picheral indiquait encore que : *"selon une pente naturelle, héritée de l'histoire et de l'organisation administrative du territoire, s'est imposée une règle rang/taille en général respectée"*, cependant la relation entre la position rang/taille de la localité et son niveau d'équipement n'est pas stricte. Selon le recensement de 1975, qui a servi de base aux actions de la politique sanitaire nationale, et la relation rang/taille des localités du Houet, les villages les plus gros n'étaient pas tous équipés d'une structure de soins. On ne peut parler du non respect absolu de la règle rang/taille, cependant les nuances imposées par les villages non équipés impliquent l'intervention de facteurs historiques et sociaux pour justifier ces particularités.

Comme pour l'ensemble du Burkina Faso, évoqué en première partie, les choix de localisation se sont appuyés sur le rôle tenu par certains pôles pendant la période précoloniale ou coloniale. Ainsi Kotédougou était le fief de chefs bobo qui ont soutenu les Français à leur arrivée. Satiri était une étape sur une grande voie commerciale, avant et pendant la colonisation. Certains lieux ayant assuré le rôle de chef-lieu de canton au cours des années 1920 ont pour la plupart obtenu un équipement sanitaire (cf première partie chapitre II/1/2). Ainsi des villes, reléguées au second plan par la taille, ont eu le privilège de disposer d'équipements publics en raison de leur fonction au sein de l'organisation administrative. La hiérarchie sanitaire n'épouse pas strictement la hiérarchie urbaine. La situation de l'unique Centre Médical de la province du Houet illustre ce propos puisque la localité détenait le 10ème rang au sein de la hiérarchie en 1975.

Plus que dans le reste du pays, l'urbanisation du sud-ouest a réellement pris forme pendant la colonisation, mais elle s'est surtout développée après l'Indépendance, comme le précise R. Pourtier : *"la transformation majeure des espaces africains depuis les indépendances réside dans leur urbanisation"*. Dans le sud-ouest, le fait urbain demeure discret dans ses manifestations spatiales, et sa diffusion est limitée. Il existe différentes sources d'urbanisation (marchés précoloniaux, sites d'implantation d'activités industrielles, rôles administratifs). Des marchés liés

Figure 23



au trafic commercial précolonial, ne subsiste que Bobo-Dioulasso, les autres marchés d'étape n'ont pas conservé, pour l'essentiel, leur fonction, en raison de la modification des axes de circulation. Les voies de communication ont, alors, orienté le développement des villes. La diffusion urbaine est tributaire de la configuration géographique des réseaux de transport. Banfora a pris une certaine ampleur pendant la colonisation, mais comme plusieurs autres villes, elle s'est développée bien après l'Indépendance, grâce à la capacité du milieu rural à urbaniser, combinée à des interventions exogènes. Orodara, troisième pôle urbain de la région, a une position quelque peu ambiguë ; chef-lieu de canton pendant la colonisation, aucune activité industrielle n'est venue se greffer sur ce pôle, pourtant installé au sein d'une région de forte production fruitière. Malgré tout, les équipements dont elle dispose et sa fonction administrative actuelle, en font, comme nous l'avons vu en première partie, une commune urbaine. La plupart des villes sont d'origine récente.

Dans la "région", la hiérarchie urbaine est très mal représentée, hormis Banfora et Houndé, qui ont su se développer grâce à la production agricole environnante (figure 23). Entre 1975 et 1985, les cinq premières localités du sud-ouest se sont maintenues au même rang, malgré cela la relation rang-taille, définie par Zipf, fait apparaître des écarts dans la distribution des villes.

Matérialisée par une droite sur le graphique, la distribution laisse apparaître des paliers qui se sont renforcés entre 1975 et 1985 (figure 23). La croissance ne dépend pas du rang de la ville, elle varie en fonction des activités existantes, des équipements urbains et des densités sur le territoire environnant. Bobo-Dioulasso domine le réseau urbain du sud-ouest dont l'image ressemble à celle du réseau observé à petite échelle, il existe en quelque sorte une macrocéphalie "régionale". En 1975, la distribution des villes, selon la loi rang/taille de Zipf, met en évidence une distribution relativement régulière et conforme à ce qui peut être supposé ; mais l'année 1985 voit apparaître un bouleversement parmi celles que l'on pourrait qualifier de petites villes, c'est-à-dire celles qui regroupent : environ 10 000 habitants avec un équipement urbain développé, ou de gros bourgs urbains dépendant davantage des activités agricoles, que des activités secondaires et tertiaires. F. Moriconi-Ebrard explique cela par le rôle de la politique des régimes socialistes à économie planifiée qui a cherché à encadrer le territoire par un réseau de petites villes, rapprochant ainsi les services des habitants. Certes, le réseau urbain transcrit l'encadrement territorial, cependant tous les chefs-lieux administratifs ne connaissent pas une croissance rapide liée à l'implantation de fonctions de gestion territoriale ; si la qualité de la desserte influe sur l'évolution de la taille des villes, elle n'est toutefois pas déterminante. L'observation de la relation rang/taille en 1985 fait apparaître le rôle prépondérant des activités industrielles dans la position hiérarchique des villes, par rapport à la situation de 1975 il y a recul des localités ayant une fonction administrative sans présence du secondaire et malgré le développement du pôle dans le réseau commercial.

Le propos de notre étude porte essentiellement sur les CSPS, des établissements qui s'insèrent dans une hiérarchie plus ou moins bien représentée sur le territoire burkinabè. En changeant d'échelle, l'équipement apparaît encore plus disparate. Dans le sud-ouest, et plus particulièrement dans le Houet, la présence de soins spécialisés se fait au détriment des soins de type secondaire, beaucoup moins nombreux qu'ailleurs.

Par ailleurs, entre 1975 et 1985, l'augmentation du nombre de villages de plus de 2 000 habitants a été assez importante. Parmi eux, Banzon constitue un cas particulier, il comptait à peine 600 habitants au premier recensement national ; son aménagement hydro-agricole lui a permis de faire une avancée spectaculaire au sein du classement par taille, des localités du sud-ouest du Burkina Faso. De même, Houndé est passé du 19^{ème} au 7^{ème} rang, en raison de l'existence d'une usine d'égrenage du coton. Banzon conserve toutefois son statut de village alors que Houndé est devenue une commune urbaine en 1993. Plus au sud de l'ensemble HCK, Douna, n'a pas progressé au même rythme, malgré son aménagement destiné à la culture irriguée du riz. Le mode de recensement peut expliquer en partie le recul de ces chefs-lieux dans le classement par taille. Cependant les deux localités s'inscrivent dans un ensemble marqué par une déprise humaine. Le mouvement de départ semble se faire au profit des villages frontaliers avec la Côte d'Ivoire, qui ne sont peut-être qu'une étape vers une émigration, temporaire ou définitive, en direction de ce pays.

Tableau 11 : Taux de croissance annuel des villes, communes urbaines et villages disposant d'un aménagement entre 1975 et 1985 dans le sud-ouest

| Rang | Villes / <u>Communes urbaines</u> | Taux de croissance | Activités/fonctions |
|----------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| 1 | Bobo-Dioulasso | 7,22 | chef-lieu/ "capitale" économique |
| 2 | Banfora | 11,03 | chef-lieu/siège industries |
| <u>3</u> | <u>Orodara</u> | 3,62 | chef-lieu provincial |
| <u>7</u> | <u>Houndé</u> | 10,59 | préfecture/siège industrie |
| 5 | <i>Vallée du Kou</i> | 5,97 | aménagement agricole |
| 19 | <i>Banzon</i> | 25,05 | préfecture/aménagement agricole |
| 36 | <i>Bérégadougou</i> | 2,18 | préfecture/aménagement agricole |

Pour que les taux de croissance gagnent en signification, il faut les replacer dans le contexte provincial. A l'échelle de l'ensemble régional HCK, Banfora apparaît comme un pôle secondaire très dynamique, par rapport au taux de croissance de Bobo-Dioulasso (6%), seconde ville du

pays. Néanmoins, si l'on tient compte de la modification des limites communales de Banfora entre 1975 et 1985, le taux réel doit être ramené à 7,4% de croissance annuelle¹⁰, ce qui reste important. Doit-on toutefois considérer cette ville comme seul pôle attractif dans la partie ouest du HCK, ou appartient-elle à un ensemble rural qui fait l'objet d'une forte immigration ? Banfora se situe dans un espace où l'augmentation de la population entre les recensements de 1975 et 1985 a été faible. Pour la majorité des villages le taux n'a pas excédé celui du Burkina Faso (2,68% par an), Banfora est donc le seul pôle très attractif.

Dans la première partie nous avons vu que le taux d'urbanisation du HCK était relativement élevé par rapport à la moyenne nationale. Le fait d'intégrer le pôle administratif d'Orodara¹¹ dans les calculs du taux d'urbanisation modifie peu la part des urbains du sud-ouest, il passe à 28,5% en 1985 (soit 1,3% d'urbains en plus). La fonction administrative ne paraît pas être un élément attractif pour la population. Bien que présentant un taux de croissance démographique de 3,62%¹², Orodara ne semble pas être un pôle centralisateur, puisqu'il se situe dans un espace où les villages sont marqués par un ralentissement de la croissance démographique, voire une diminution de la population au nord et à l'ouest. Les villes sont donc peu nombreuses, au recensement de 1985, elles étaient seulement deux au sein d'un territoire de plus de 40 000 km² et près de 900 000 habitants. Elles n'ont pas ou peu entraîné de phénomène de polarisation autour d'elles.

Si les voies de communication ont fortement déterminé la localisation des villes, la présence d'activités industrielles a contribué, sinon conditionné, leur développement. Le rôle de capitale économique de Bobo-Dioulasso lui permet de bénéficier des équipements socio-économiques, industriels ..., les plus importants du pays avec la capitale politique, Ouagadougou. Mais Banfora et Orodara, choisis comme chefs-lieux de province, évoluent à une autre échelle. Banfora doit sa croissance soutenue aux activités agro-industrielles qui s'y sont développées. Orodara se présente davantage comme un grand marché destiné à la commercialisation des fruits (mangues, oranges en majorité) dont la production est importante dans la région. Dans un autre domaine, il est intéressant de constater que cet espace de production, à plus petite échelle, fait partie d'un ensemble qui

¹⁰ Ouedraogo (JB) et al, 1988, "Evolution récente des villes moyennes du Burkina Faso. Investissements publics et politique de développement à Koudougou, Banfora, Ouahigouya, Kaya, Fada N'Gourma, Gaoua", en 1975 Banfora comptait 17 283 habitants corrigés selon le découpage en vigueur en 1985 au lieu des 12 358 personnes officiellement agglomérées à ce lieu par le recensement de 1975

¹¹ Comme nous l'avons vu en première partie les chefs-lieux de provinces ont été désignés selon les termes de l'ordonnance 83-21 CNR-PRES-IS comme commune urbaine

¹² Soit un taux d'immigration de 0,94% par an compte tenu du taux de croissance naturel estimé pour l'ensemble du Burkina Faso

s'étend au-delà de la frontière malienne¹³. La production fruitière concerne en majorité l'ethnie sénoufo, mais elle n'est pas circonscrite à son aire d'habitat. Ceci se vérifie au Mali comme au Burkina Faso. Toutefois il est surprenant d'observer que les cultures fruitières ont connu le même engouement au sein de cette ethnie bien que les populations appartiennent à des gouvernements dont les politiques agricoles n'ont pas forcément les mêmes priorités. L'ethnie aurait-elle été un élément plus important que les limites frontalières ?

Le réseau urbain actuel diffère peu de celui dessiné pendant la période d'occupation française, qui se voulait un réseau de domination et de maintien des populations. Le quadrillage réalisé par la création de chef-lieu administratif a été maintenu pendant des décennies, au cours des années 1980, il a servi particulièrement à l'application de la politique basée sur une participation communautaire. Au sein de ce réseau se profile un axe structurant : la voie de chemin de fer. Les villes du HCK sont traversées par cet axe, mais les villages dont la position dépend de la pratique traditionnelle de l'espace ne s'en rapprochent pas. La localisation des villes a également été influencée par l'économie ; mais l'exploitation économique coloniale n'a pas laissé d'aménagements susceptibles de maintenir ces pôles à un niveau élevé de la hiérarchie urbaine. C'est véritablement la progression industrielle des années 1970 qui a affirmé et modelé le réseau tel qu'il se présente aujourd'hui. Au-delà de ces quelques pôles, l'organisation administrative est à la base du maillage urbain, comme dans d'autres pays d'Afrique, *"les villes du Gabon (et généralement d'Afrique Noire) sont "filles de l'Etat"¹⁴.*

Le rôle commercial de Bobo-Dioulasso au cours des siècles lui confère le statut de ville ancienne qu'aucun autre pôle du sud-ouest ne peut revendiquer. Comme les autres villes, elle dépend du milieu rural grâce auquel elle se développe, à cette différence près que ces autres villes sont peuplées majoritairement d'agriculteurs. Nous ne disposons d'aucune statistique sur ce sujet, mais l'observation de l'équipement permet de juger de l'importance des activités secondaires et tertiaires. A Orodara plus qu'ailleurs elles sont peu visibles dans le paysage. Il y a donc plusieurs catégories de villes : celles qui répondent aux critères d'urbanisation et dans lesquelles plus de 90% des habitants vivent d'une autre activité que l'agriculture ; ce sont Bobo-Dioulasso et Banfora où les industries ont permis le développement de sociétés de service notamment et celles qui sont classées communes urbaines parce que leur fonction administrative rend ce pôle plus attractif que les villages environnants. Cependant aucune industrie et surtout très peu d'activités de service se sont développées. Même s'ils attirent les populations, les Centres Médicaux n'ont donc pas été un

¹³ Les cultures fruitières dans la troisième région au Mali font l'objet d'une thèse en cours, menée par F. Dumont au LEDRA de l'Université de Rouen

¹⁴ Pourtier (R), op. Cité, p 122

facteur de développement urbain. L'équipement sanitaire apparaît comme un simple facteur contribuant à améliorer l'éventail des services urbains.

C'est également la taille des villages qui justifie l'implantation des établissements de soins de base. Par définition les CSPPS doivent se rapprocher des populations ; en 1989, parmi les 80 CSPPS existants 49 (soit 61,2%) étaient situés dans des villages de plus de 2 000 habitants, et faisaient partie des cent plus grosses localités. Chaque chef-lieu de département dispose d'un dispensaire, de même que les villages qui ont développé une activité agricole commerciale, comme Vallée du Kou, Banzon qui possèdent un aménagement hydro-agricole pour la riziculture, et qui ont donc une vocation économique.

Même s'ils ne sont pas stricts, des critères d'implantation des CSPPS ont été définis. On peut donc supposer que la présence d'un établissement de soins correspond à un noyau de population plus ou moins dense. Par ailleurs, l'ancienneté de la création de la structure de soins répond à la place tenue par les villages dans l'histoire du sud-ouest.

III - UN TERRITOIRE FAIBLEMENT HUMANISE

Nous l'avons vu précédemment, l'ouest s'est toujours différencié du reste du pays, à la fois par sa composante ethnique et par son milieu naturel, puisqu'il s'étend sous des latitudes où les précipitations sont plus importantes en quantité et en durée. Ces différences constituent d'ailleurs des atouts pour cette région car la production agricole est assez importante pour rendre la région autosuffisante et produit même des excédents. Ceci a contribué au maintien de la position de Bobo-Dioulasso en tant que marché et a permis l'équipement en voies de communication pour l'évacuation des marchandises commercialisées.

Le territoire a toujours été caractérisé par de faibles densités démographiques. Les premiers explorateurs avaient déjà observé la faiblesse de l'implantation humaine, dans cet espace qui s'étend bien au-delà des frontières vers Sikasso à l'ouest et Kong au sud. On pouvait faire le même constat lors des recensements de 1975 et 1985. La situation apparaît d'autant plus "déficitaire" que le centre du pays présente des densités très élevées au km², elles peuvent avoisiner les 100 hbts/ km². Les faibles densités ne doivent cependant pas masquer la croissance de la population qui, à l'échelle des unités administratives, est la plus forte du pays avec 4% par an. Le sud-ouest offre donc une image attractive.

Les provinces du HCK forment un espace périphérique au sein du territoire national. Nous l'avons vu dans la première partie, les provinces sont des découpages de plus grandes tailles que

Figure 24

REPARTITION DE LA POPULATION EN 1985

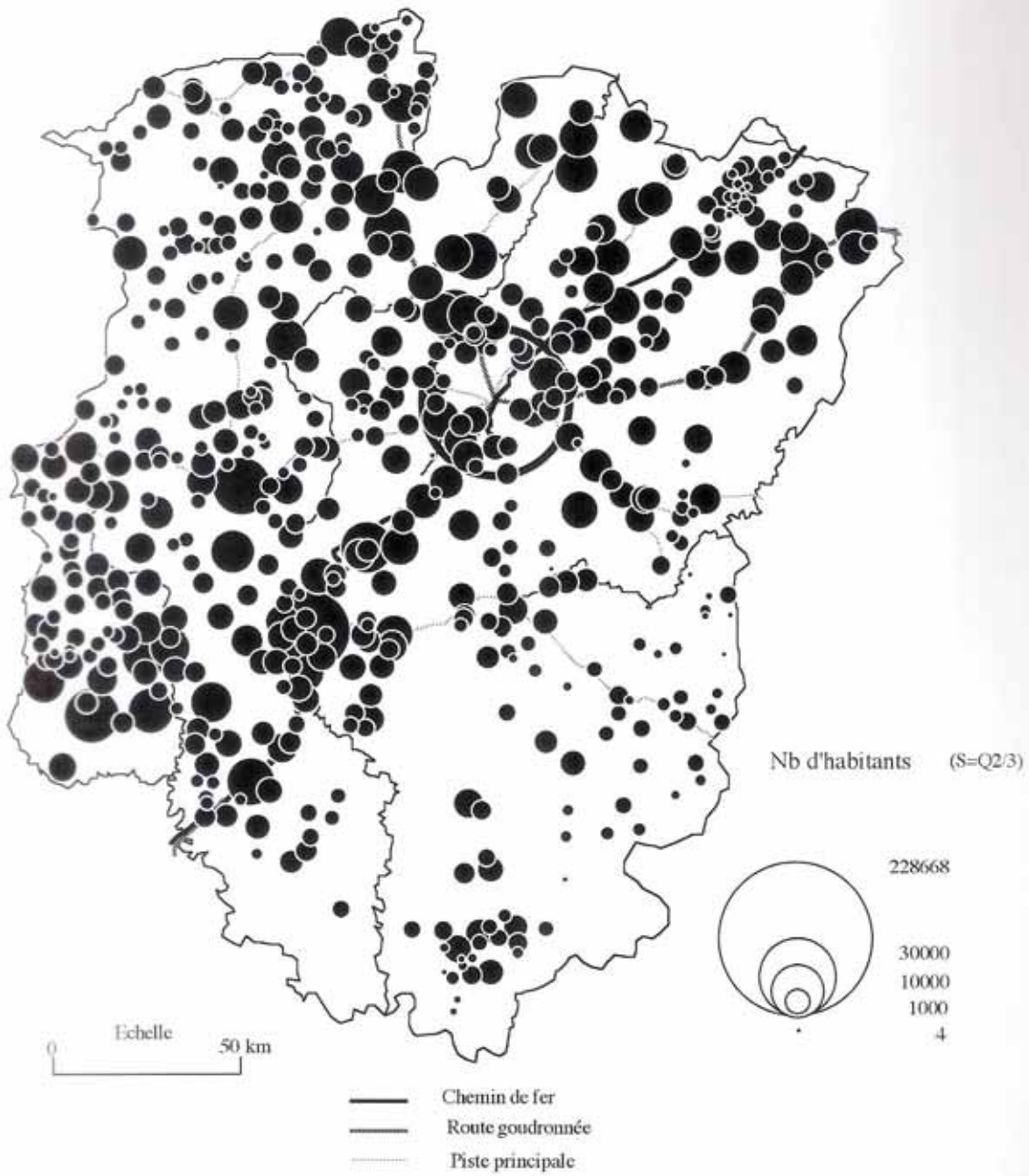
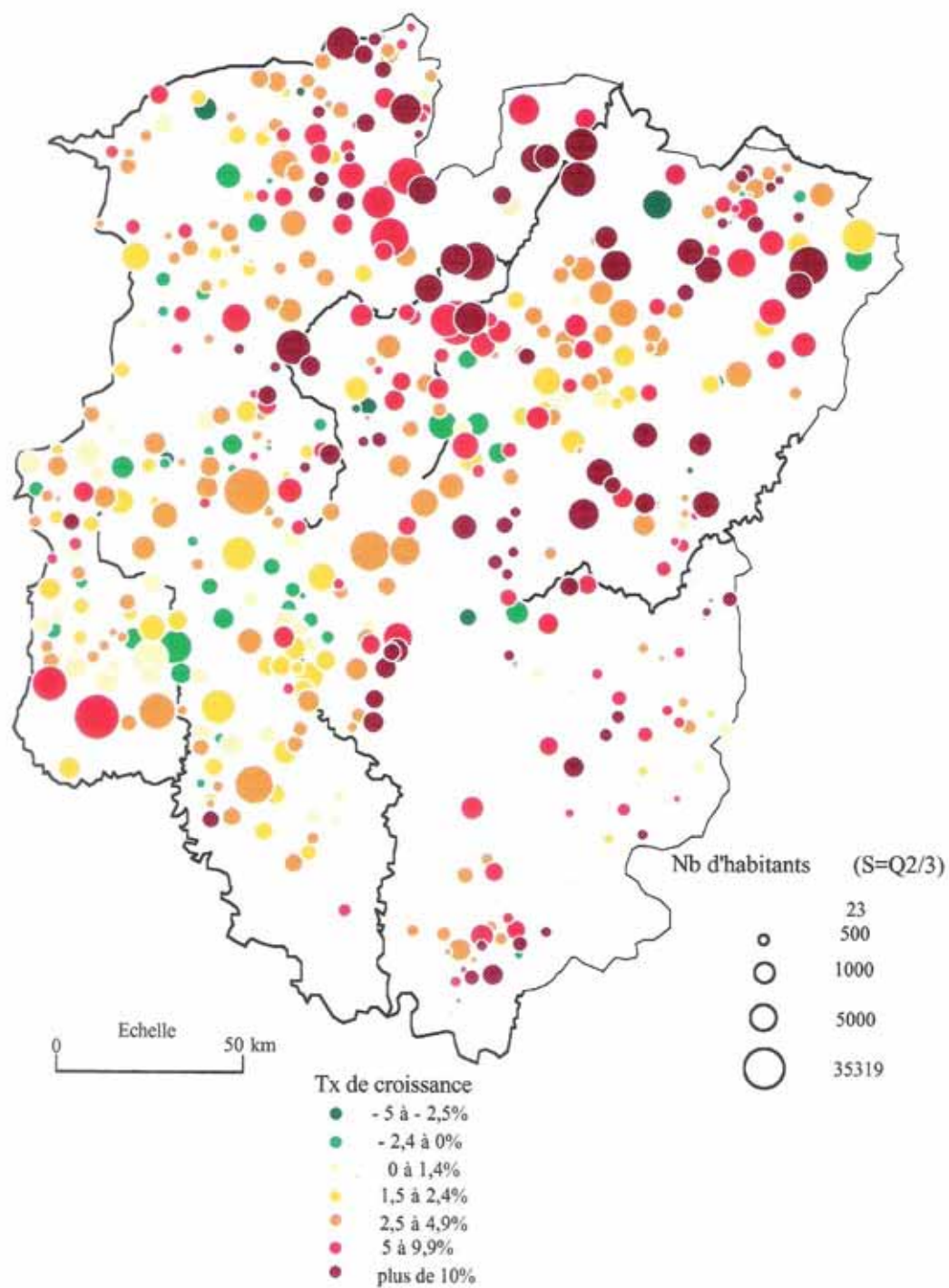


Figure 25

EVOLUTION DE LA POPULATION RURALE ENTRE 1975 ET 1985



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

les unités centrales et moins peuplées. Nous évoquerons ici, les principaux aspects de la population en nous appuyant sur les recensements nationaux de 1975 et 1985. Ils divergent sur certains types d'informations, d'où la variation des données cartographiées. La base de la collecte a peu varié entre les deux dénombrements, huit hameaux de culture sont passés au rang de village dans le Houet, seize dans le Kéné Dougou et vingt dans la Comoé, ils ne dépassent pas les 1 000 habitants. Les villages les plus proches des villes de Bobo-Dioulasso et Banfora ont disparu du recensement ; ils ont été intégrés à la population de la ville. Il en est ainsi de Dogona et Sakabi compris dans le périmètre urbain de Bobo-Dioulasso et qui constituent aujourd'hui des quartiers de la ville. Quant à Banfora, les villages de Nafona et Tarfila lui sont rattachés. D'autres regroupements de villages ont été effectués entre les deux recensements, par conséquent le nombre total de villages pour la "région" a peu changé (tableau 12). Les créations et les regroupements influent sur l'évolution de la taille des villages, nous le préciserons donc, au moment opportun. Afin d'évoquer l'évolution de la taille des villages, les cartes de population ont été réalisées d'après le calcul de points proportionnels.

1 - 1975 : des disparités spatiales marquées

En 1975 l'ensemble rural des trois provinces totalisait 455 366 habitants, inégalement répartis dans 558 villages. Un certain nombre de ces localités gravitent autour des villes de Bobo-Dioulasso et Banfora. Cet ensemble forme en quelque sorte une bande orientée du nord-est au sud-ouest, laissant apparaître un espace pratiquement inoccupé à l'extrême sud-est qui, d'un point de vue topographique, correspond à une plaine. Par ailleurs, à l'extrême nord-ouest, à proximité de la frontière avec le Mali, les villages diminuent en nombre et en taille.

A travers le semis irrégulier, marqué par un ensemble de petits villages, (en moyenne 814 habitants), quelques lieux s'individualisent par leur taille plus importante, que l'on peut délimiter par les villages de Kankalaba, Toussiana, Niangoloko.

En 1975, les villages de petite taille dominaient (figure 24). Ainsi, selon le recensement, 73,7% de ces entités comptaient moins de 1 000 habitants (dont une majorité ne regroupait pas plus de 500 individus) et seulement 25% rassemblaient entre 1 000 et 5 000 habitants (dont 72,8% ne dépassaient pas 2 000 habitants).

La colonisation a stabilisé les populations, mais des changements sont apparus avec la mise en place de nouveaux flux d'immigrants vers cette région il y a à peine plus de deux décennies. Voyons maintenant quelles sont les ethnies présentes sur le territoire ?

Un classement a été réalisé de façon à mieux identifier l'origine des groupes dans l'ouest burkinabè et leur parenté linguistique, car "*c'est elle qui donne à chaque groupe humain son nom et la première conscience de son identité*"¹⁵. Les écrits de Y. Person ont servi de point d'appui. La classification est donnée à titre indicatif et n'implique pas une homogénéité entre les ethnies d'un point de vue dynamisme économique ou en ce qui concerne les techniques de mise en valeur de l'espace. Ainsi au sein du groupe mandé on peut distinguer les populations pratiquant des activités essentiellement agricoles de celles islamisées, davantage tournées vers le commerce.

Dans la province du Houet, les Mandé sont venus de la Haute vallée du Niger. La langue mandingue est la plus représentée, "*sous des formes dialectales très peu divergentes, c'est une langue véhiculaire unique*"¹⁶. Selon Y. Person, les Marka, sont des Mandingues aux activités commerciales, dès le 14^e siècle ils "*entament leur expansion à travers la boucle du Niger... C'est ainsi qu'ils donnèrent naissance aux Dafin enkystés sur la boucle de la Volta Noire et aux Dyula qui parsèment un pays immense de Bobo à Kong et aux forêts de l'Ashanti*"¹⁷. Les Dioula sont en fait des individus islamisés qui pratiquent le commerce. Ils ont la particularité de ne pas former de groupes réellement compacts, on les retrouve de façon dispersée et ponctuelle dans l'espace, suivant toutefois un schéma parallèle aux voies commerciales précoloniales. Leur présence dans certains lieux est également liée aux événements qui ont marqué la région dans le passé : le contrôle des Dioula de Kong ou le passage de Samory Touré (Mangodara, Sidéradougou, Kotédougou). Au sud les Tiefou et les Vigoué sont mal connus, Y. Person précise "*qu'on ne sait comment classer leur langue*". Il en est de même pour les Dogosié au sud-est ; on les retrouve également dans la partie est de la province de la Comoé. Ces derniers ont traversé la Bougouriba, comme les Vigoué à une époque plus lointaine, pour fonder leur capitale, Karangasso-Vigoué, lors de l'attaque de la région à l'ouest de Diébougou par Samory Touré en 1887.

Le recensement national de 1975 est le seul dénombrement exhaustif par ethnie dont nous disposons, il a été occulté du recensement de 1985. Il indique l'ethnie principale contrôlant le village, ne sont précisés que les grands groupes, ainsi quinze ethnies se côtoient. Si leur origine fait leur diversité, leurs activités font leur unité. Les populations sont tournées vers l'agriculture ; le commerce, comme source principale de revenu, est surtout pratiqué par les Dioula ou les Mossi.

Indifféremment de leur appartenance linguistique, trois grands groupes marquent l'ensemble représenté par les provinces du Houet, de la Comoé, du KénéDougou, par l'ancienneté de leur implantation et l'importance de leur extension : les Bobo au centre, les Bwaba à l'est et les

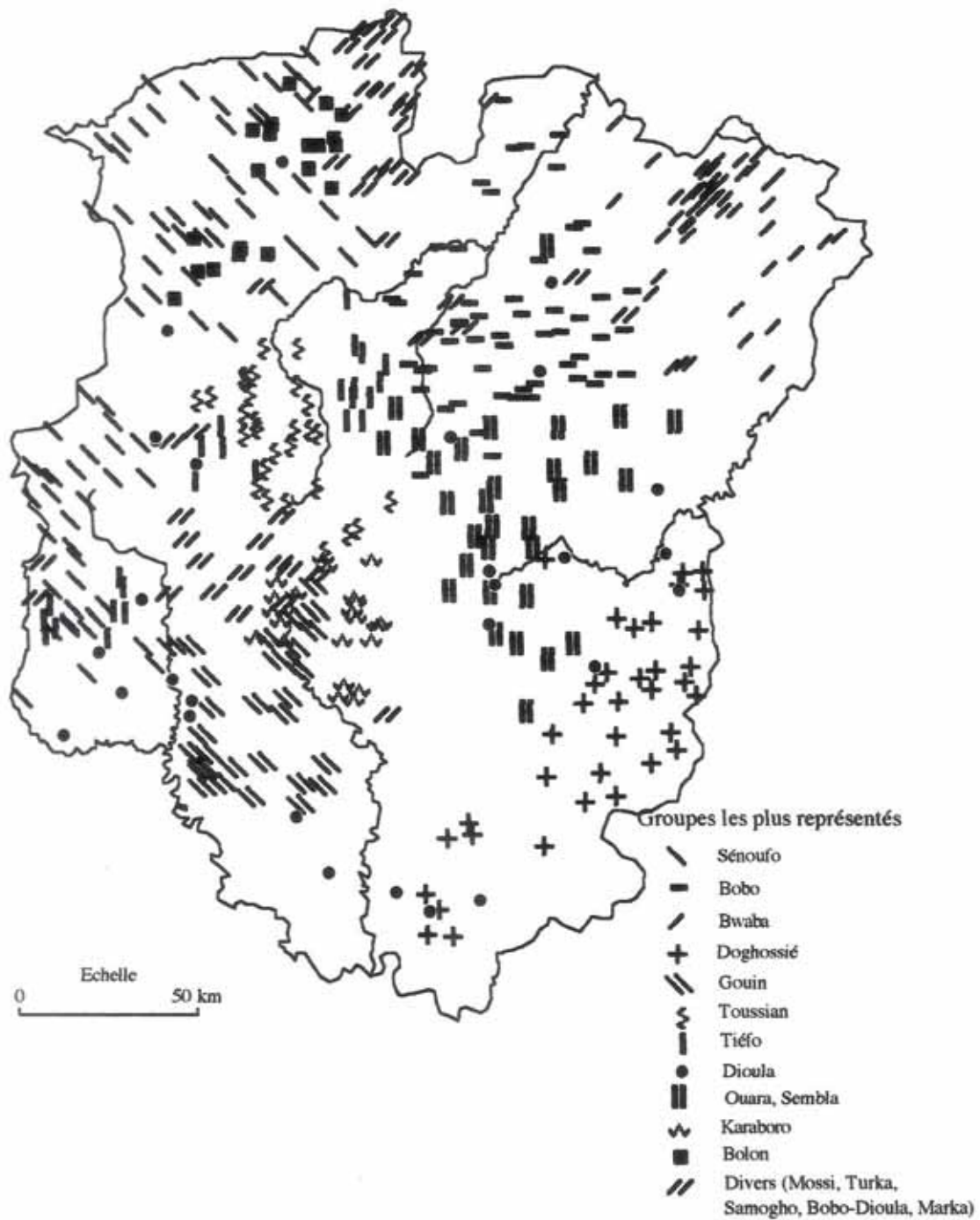
¹⁵ Person (Y), op. Cité, p 47

¹⁶ ibidem, p 47

¹⁷ ibidem, p 96

Figure 26

REPARTITION DES ETHNIES



Sénoufo à l'ouest. Les aires de répartition de ces groupes sont plus ou moins contiguës, le contact entre Bobo et Bwaba est net ; avec les Sénoufo, il est matérialisé par un "espace-tampon" où se côtoient différentes ethnies : Bolon, Samogho, Sembla. Plus au sud de cet ensemble, les groupes s'entremêlent et la diversité ethnique se multiplie ; on retrouve ainsi les Toussian, les Gouin, les Turka, les Karaboro. Les Mossi sont venus se surimposer depuis quelques décennies sur ce fond de populations plus anciennement établies. Cependant très peu d'agglomérations, en 1975, sont dominées par les migrants mossi, aujourd'hui ils sont majoritaires dans certains villages comme en pays bwaba à l'est, mais aussi le long du Mouhoun dans la région de Padéma ou le long de la voie goudronnée, entre Bama et Faramana. Les Peul, moins nombreux, sont également présents sur ce territoire, mais de façon plus ponctuelle, soit le long des axes de transhumance du bétail ou dans des espaces désignés par des projets relatifs à l'élevage.

La figure 26 révèle de larges espaces dépeuplés entre les groupes Gouin-Karaboro et Doghosié au sud. L'absence d'Etat organisé peut expliquer le regroupement des populations vers l'ouest pour fuir leurs poursuivants, faute de pouvoir leur opposer une force dissuasive. *"A la fin du 19ème siècle, ce sont les colonnes de Samori qui laissent dans la région des souvenirs encore tenaces. L'habitat se contracte, et occupe la ligne de crête du plateau qui devient alors le lieu de refuge des populations environnantes. Avec l'établissement de la "paix coloniale", les habitants sont maintenus sur ces sites, et, malgré quelques "fuites" en brousse, l'essentiel de la population restera concentré sur toute cette frange du plateau gréseux où les sols sont plus qu'acceptables"*¹⁸.

En outre, il est difficile de juger si les fleuves ont servi de frontière entre les groupes ethniques. Au nord, les Bobo se dispersent de part et d'autre des deux rives du Mouhoun, de même que les Karaboro le long de la Comoé. Il semble que ce soit de petits groupes numériquement faibles qui ont joué le rôle de séparateur entre grands groupes ethniques (comme les Sembla entre les Bobo et les Sénoufo).

2 - 1985 : Vers un rééquilibrage du peuplement ?

En 1985, N. Ouattara¹⁹ parle de "rééquilibrage du peuplement" (figure 25). L'occupation de l'espace s'est certes densifiée au nord, notamment dans des lieux jusque-là délaissés, la distribution de la population s'est homogénéisée au profit des villages de taille moyenne, voire de grande taille ; ces derniers restent peu nombreux mais la concentration humaine y est plus importante. En effet près de 20% des ruraux y vivent contre 23,4% dans les localités de petite

¹⁸ Marchal (M), 1983, "Les paysages agraires de Haute-Volta", p 151

¹⁹ Ouattara (N), 1988, "L'évolution des activités agricoles dans les zones ouest du Burkina Faso"

taille, qui représentent pourtant la majorité des villages (tableau 12). Cependant, à plus grande échelle, cette situation reste hétérogène et un vaste désert humain caractérise toujours la partie de la plaine qui s'étend de la rive droite de la vallée de la Bougouriba à la rive gauche de la vallée de la Comoé, hormis quelques lieux équipés de structures administratives, tels que Ouo, Sidéradougou, Mangodara et Tiéfora.

La décennie qui s'est écoulée entre les deux recensements nationaux est caractérisée pour les trois provinces du Houet, de la Comoé, du Kéné Dougou par :

- une densification de l'occupation de l'espace
- une évolution de la taille des villages
- une répartition humaine toujours hétérogène et déséquilibrée

Ce sont essentiellement les aires au nord de la province du Houet, et plus particulièrement le long du Mouhoun, qui ont connu une forte poussée démographique. Ceci tient au fait que les flux migratoires, amorcés dès les années 1970, se sont accentués au cours des années 1980. L'implantation ponctuelle des migrants justifie l'évolution de la taille des villages des départements de Fo et Padéma. Il est évident que le milieu constitue un élément favorable à l'installation de ces migrants dont les projets sont parfois contrés par les autochtones détenteurs de la terre. Cette hostilité explique l'absence de migrants dans certains lieux, notamment les départements de Toussiana ou de Péni. En fait, il ne semble pas y avoir de lieux plus attractifs que d'autres, ce sont principalement les modalités d'accueil des autochtones qui motivent l'implantation. Les implantations sont ponctuelles au nord du Kéné Dougou ou autour de certains aménagements hydro-agricoles comme à Banzon. Les flux de migrants touchent peu la Comoé, ils sont localisés à Banfora ou autour de Mangodara mais ils restent en faibles nombres.

La carte de distribution par points de 1985, fait apparaître un semis plus ou moins régulier de villages dont la taille est comprise entre 500 et 3000 habitants, présents le long d'une bande qui s'étend du sud-ouest de la province du Houet jusqu'au sud du département de Satiri, englobant donc la ville de Bobo-Dioulasso. Il est dominé dans le nord et le nord-ouest, par de gros villages de plus de 3 000 habitants. Au nord-est l'équilibre est plus harmonieux entre moyens et petits villages mais l'occupation de l'espace est plus irrégulière, comme au sud de la province où la distribution des villages s'étend de 500 à 2 000 habitants. Ailleurs le semis est lâche. A plus petite échelle on retrouve le même partage : la "région" est en effet divisée en deux. Malgré une densification de l'habitat, correspondant essentiellement à l'augmentation de la taille des villages, car leur nombre a peu changé, il existe toujours une opposition marquée entre le nord-ouest et le sud-est.

Tableau 12 : Taille moyenne des villages en 1975 et 1985 dans le HCK

| Taille | 1975 | | | | 1985 | | | |
|------------|------------|---------|----------------------------------|------|------------|---------|---------------------------------|------|
| | Population | nb vill | Pourcentage de Village habitants | | Population | nb vill | Pourcentage de Village habitant | |
| >10000 hab | | | | | 36890 | 3 | | |
| 5000-9999 | 45698 | 7 | 1,3 | 10,0 | 101299 | 15 | 3,1 | 19,5 |
| 4000-4999 | 32194 | 7 | | | 33055 | 7 | | |
| 3000-3999 | 13501 | 4 | 6,8 | 24,6 | 90867 | 26 | 13,2 | 32,7 |
| 2000-2999 | 66197 | 27 | | | 107444 | 45 | | |
| 1000-1999 | 143273 | 102 | 18,2 | 31,5 | 172596 | 123 | 21,2 | 24,4 |
| 500-999 | 85901 | 121 | | | 110543 | 154 | | |
| < 500 | 69071 | 290 | 73,7 | 33,9 | 54981 | 208 | 62,3 | 23,4 |
| Ensemble | 455366 | 562 | 100 | 100 | 707675 | 581 | 100 | 100 |

Source : Recensements 1975, 1985 villages corrigés, INSD, Ouagadougou

Dans le tableau 12, même s'ils sont encore très nombreux, les petits villages sont en recul. Leur diminution s'est faite au profit des villages de la classe supérieure (près de 25% soit 70 villages). La croissance des petits villages se fait essentiellement par croît naturel (ce croît est de 2,68% par an pour le Burkina Faso). L'évolution indique par ailleurs que les petites localités dominantes autrefois sont en diminution. En nombre d'habitants la répartition s'est fortement modifiée puisque les villages de moins de 2 000 habitants ne regroupent qu'à peine 48% des habitants du sud-ouest en 1985 alors que ce pourcentage était de 65 en 1975. L'immigration interprovinciale s'est donc faite en direction des petites localités les faisant ainsi passer à la taille supérieure. Cependant, les gros villages ont également été touchés.

Le groupe des localités de plus de 5 000 habitants s'est agrandi, il est marqué par un nombre important de localités qui ont accédé au statut de centre administratif et ont connu de ce fait un rythme de croissance élevé. La fonction administrative est-elle la cause de la forte concentration humaine ?

L'équipement des localités n'induit pas systématiquement une augmentation de la population. Le nombre élevé d'habitants n'est pas le privilège de ces villages sous-préfectures, comme en témoigne le groupe de 4000 à 4999 villageois en 1975 : près d'un tiers a pratiquement doublé sa population en l'espace d'une décennie, sans posséder d'établissements administratifs ou d'aménagements agricoles attractifs. L'impression de concentration humaine le long des routes est forte, mais la localisation ne reflète pas la répartition réelle des hommes. Ainsi au sud de Bobo-Dioulasso, Péné recense en un lieu donné une population pourtant fortement dispersée. Les points

d'appui officiels, des lieux désignés villages par la préfecture, sont peu nombreux, ce qui explique le regroupement de la population en ce point. On ne peut donc conclure à une corrélation étroite et systématique entre les villages de grande taille et leur situation le long des voies de communication.

Les rythmes de croissance (tableau 13) sont très variés, deux groupes se dégagent par une évolution plus marquée :

- les villages de 3000 à 3999 habitants en 1985
- les villages de plus de 5000 habitants en 1985

Tableau 13 : Croissance des villages, par groupe, entre 1975 et 1985²⁰

| Taille moyenne des villages | croissance annuelle de la population (en %) |
|-----------------------------|---|
| >5000 habitants | 11,7 |
| de 4000 à 5000 | 0,2 |
| de 3000 à 4000 | 21,4 |
| de 2000 à 3000 | 5,0 |
| de 1000 à 2000 | 1,9 |
| de 500 à 1000 | 2,6 |
| < 500 | -2,2 |

Ils sont dus à l'augmentation de la masse démographique de localités déjà fortement peuplées en 1975, certains ont obtenu une fonction administrative en 1984 ce qui a contribué à accroître leur attraction. Ils ne sont pas la conséquence d'une évolution démographique spectaculaire, sauf pour deux d'entre eux : Banzon qui a bénéficié d'un aménagement hydro-agricole et Niéguéma qui est concerné par le flux d'immigrants qui a touché les terres le long du Mouhoun. Tous deux recensaient à peine plus de 500 habitants en 1975.

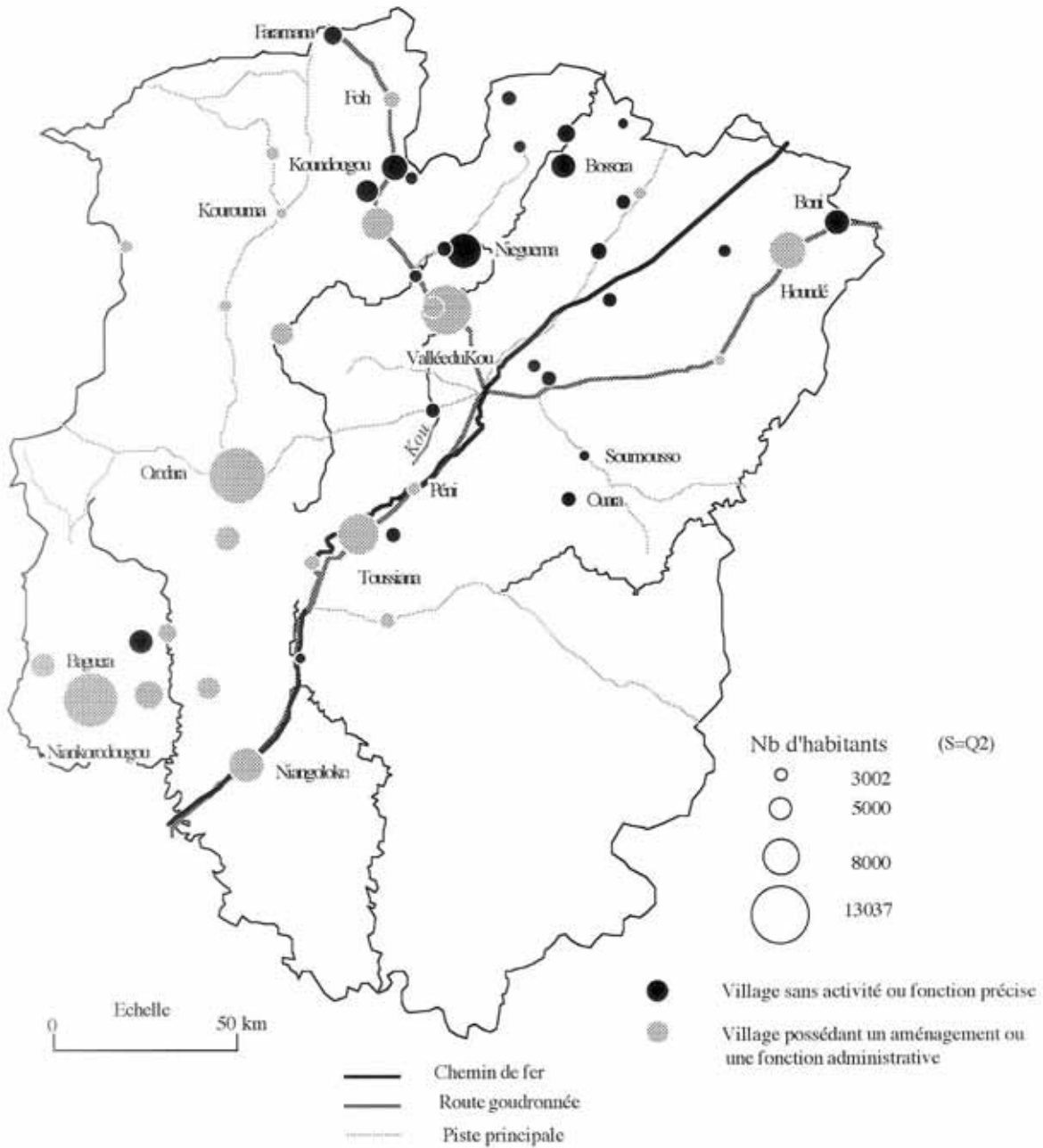
Que ce soient de gros villages disposant d'une certaine dynamique ou de plus petites localités, l'évolution de la taille des villages ne répond pas à des règles strictes, même si la présence d'un aménagement agricole ou d'une fonction administrative offre plus d'atouts à la localité. Ce constat se traduit spatialement par deux ensembles qui s'étendent respectivement au nord et au sud-ouest, excluant les marges, et que l'on peut délimiter par deux triangles :

- Faramana-Boni-Noumoudara dont les plus gros villages regroupent une majorité

²⁰ Le calcul des taux de croissance est réalisé à partir de la formule inversée : $pop_{75} * (taux + 1)^n = pop_{85}$

Figure 27

ROLE DES GROS VILLAGES DANS L'ORGANISATION DE L'ESPACE



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

de localités sans activités modernes, ni agricoles ou ni administratives,

- Baguera-Péni-Niangoloko où parmi les localités de plus de 5 000 habitants les villages sous-préfectures prédominent (figure 27).

Tableau 14 : Evolution de la taille des villages de plus de 5 000 habitants entre 1975 et 1985

| Activités ou fonction | Villages | Population en 1975 | Population en 1985 | Taux de croissance annuelle |
|-----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Préfecture | Orodara | 8983 | 13037 | 3,8 |
| Sous-préfecture | Niankorodougou | 7396 | 12430 | 5,3 |
| Amgt hydro-agricole | Vallée du Kou | 6369 | 11423 | 6,0 |
| Sous-préfecture | Toussiana | 6216 | 9490 | 4,3 |
| Sous-préfecture | Bekuy | 5691 | 3442 | -4,9 |
| Sous-préfecture | Houndé | 3092 | 8466 | 10,6 |
| | Niéguéma | 564 | 8094 | 30,5 |
| Sous-préfecture | Niangoloko | 5587 | 7950 | 3,6 |
| | Dandé | 3877 | 7882 | 7,3 |
| Sous-préfecture | Dakoro | 4733 | 6809 | 3,7 |
| | Koundougou | 2722 | 6323 | 8,8 |
| | Boni | 4949 | 6122 | 2,1 |
| | Bossora | 1330 | 5976 | 16,2 |
| Sous-préfecture | Baguéra | 2704 | 5889 | 8,1 |
| Sous-préfecture | Konandougou | 5456 | 5841 | 0,7 |
| Sous-préfecture | Moussodougou | 4820 | 5835 | 1,9 |
| Sous-préfecture | SoubakagniéDougou | 4515 | 5634 | 2,2 |
| Amgt hydro-agricole | Banzon | 598 | 5593 | 25,0 |
| | Koréba | 2616 | 5395 | 7,5 |

Les recensements exhaustifs de la population au Burkina Faso ne sont pas assez nombreux pour évaluer dans le temps et de façon précise l'évolution de la population. En comparaison avec les régions centrales burkinabè densément peuplées, le sud-ouest apparaît comme une "région" sous-peuplée. Les migrations imposées dans le pays par la colonisation n'ont pas cessé, mais elles se sont transformées et dirigées, en partie, vers des espaces nationaux dont le sud-ouest fait le principal objet. L'immigration entraîne une variation de l'indice de masculinité, les immigrants n'étant pas présents dans l'ensemble de la "région", le déséquilibre est surtout visible pour les classes correspondant à la population active. Mais partout la population est jeune, rien d'exceptionnel à ce constat, le Burkina Faso fait partie des pays en développement à la démographie généralement galopante.

IV - DES CONCENTRATIONS HUMAINES PONCTUELLES, FACTEURS D'EVOLUTION DES STRUCTURES DE SOINS DE BASE

Si la répartition humaine est étudiée à l'échelle du HCK, celle des structures de soins sera analysée à l'échelle du Houet, non pas parce qu'elle est plus riche d'enseignements mais parce que nous ne disposons pas d'informations assez précises sur les CSPS de la Comoé et du Kéné Dougou, notamment en ce qui concerne les dates de construction. Le changement d'échelle est donc imposé uniquement par le manque de données. Selon P. Gourou²¹ : *"la carte est d'abord un moyen de déclencher et d'orienter la recherche géographique"*. L'observation de la carte des densités de population nous éclaire ainsi sur la répartition de la population qui n'est pas uniforme : des concentrations humaines succèdent à des espaces sans habitants dont les causes diverses requièrent quelques explications, ce qui nous amène à les comparer à la carte de répartition des CSPS où l'on peut observer des disparités dans l'implantation.

1 - Densités et répartition ethnique

A l'échelle du département, alors que sur les marges ouest et sud, les villages regroupent peu d'habitants la taille moyenne des villages du nord et du sud-ouest est plus importante. Relativement faible en 1975, la population s'est accrue considérablement dans les départements de Padéma, Fo, Satiri, Bama. Les trois premiers comptaient en moyenne moins de 1000 habitants en 1975, de même pour Karangasso-Vigué. Les départements de Péni, Kourignon, Kankalaba, Koloko, Wolonkoto n'ont pas connu les mêmes changements. Des écarts sont apparus entre 1975-85 qui mettent en évidence un déséquilibre entre les départements du nord et du sud-ouest, où la concentration humaine donne lieu à la création de villages de plus grande taille que dans l'ensemble des autres unités.

La conclusion que l'on peut tirer de cette situation générale est toutefois à relativiser car dans certaines unités le nombre de localités recensées a diminué (comme pour Bobo-Dioulasso, passant de 123 à 112 par regroupement administratif) alors que d'autres ont accru leur nombre de villages (Sindou : 15 villages en 1975, 20 en 1985). Les recensements nationaux de 1975 et 1985 introduisent donc un biais par la modification de la base administrative sur laquelle les dénombrements se sont appuyés. En outre, le concept d'habitat dispersé/regroupé ne ressort pas de ces informations, comme le montre l'observation par localité.

²¹ Gourou (P), "La carte et le raisonnement géographique", cahiers ORSTOM sér. Sc Hum., n°2, 1972

L'appréciation des phénomènes diffère avec l'échelle d'observation. Au niveau du département les densités expriment le rapport entre la population et la superficie de l'unité administrative. Mais cette mesure globale ne donne pas une idée réelle du peuplement puisque celui-ci n'est ni continu, ni homogène dans l'espace. Nous n'utiliserons ce découpage territorial, aux superficies variables, que pour dégager à titre indicatif un phénomène général sur un espace qu'il faut souvent nuancer à l'échelle locale. De plus, l'analyse à l'échelle du département n'indique pas les causes ni les manifestations de la croissance démographique qui ont conduit à ces changements.

Le découpage administratif reflète-t-il la situation de l'ensemble de la région ?

A surface sensiblement égale, la province du Houet a connu un accroissement de la population pratiquement trois fois supérieur à celui de la Comoé (elle a presque doublé le nombre de ses habitants au cours de la période 1975/85). Cependant les densités moyennes, calculées sur la base administrative, ne sont pas appropriées à une représentation juste de l'occupation de l'espace. La répartition de la population semble constante alors qu'elle est très fluctuante localement. Les faits démographiques ne se limitent pas aux unités administratives, il n'y a pas de continuité du phénomène mais une rupture.

En outre les cartes de densités par département mettent en comparaison des unités de superficies inégales.

Tableau 15 : Evolution des densités de population rurale dans le sud-ouest

| Province rurale | Superf km ² | Population 1975 | Densité hab/km ² | Population 1985 | Densité hab/km ² |
|-----------------|------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Houet | 16 338 | 195 344 | 12,0 | 353 054 | 21,6 |
| Comoé | 18 398 | 163 064 | 8,8 | 214 648 | 11,7 |
| KénéDougou | 8 307 | 98 718 | 11,9 | 139 973 | 16,8 |
| Total | 43043 | 456 586 | 10,6 | 707 675 | 16,4 |

Sources : population recensement INSD, Ouagadougou

En 1984, le changement de base administrative provoque la division du territoire en unités de petite taille. Ce sont les départements, qui succèdent aux arrondissements. Afin d'effectuer des comparaisons entre les situations qui prévalaient en 1975 et 1985, nous avons procédé aux regroupements des départements de 1985, lesquels correspondent aux arrondissements existants

Tableau 16 : Superficies et densités rurales par départements en 1975 et 1985

| Départements | COMOIE | | | HOUEI | | | KENEDOUGOU | | |
|------------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|
| | Superficies | Densités 1975 | Densités 1985 | Superficies | Densités 1975 | Densités 1985 | Superficies | Densités 1975 | Densités 1985 |
| Banfora (rural) | 856 | 30,1 | 29,7 | 1302 | 14,4 | 27,9 | 565 | 11,9 | 25,2 |
| Bérédougou | 228 | 26,7 | 33,3 | 560 | 14,5 | 22,9 | 1461 | 12,9 | 16,3 |
| Daoro | 403 | 17,9 | 23,9 | 618 | 13,1 | 26,2 | 1030 | 8,3 | 13,1 |
| Doua | 165 | 37,6 | 42,6 | 2457 | 19,2 | 25,5 | 1 056 | 5,9 | 8,2 |
| Kankalaba | 278 | 20,9 | 22,6 | 1207 | 19,6 | 39,3 | 1 273 | 13,5 | 21,9 |
| Loumana | 346 | 38,5 | 48,5 | 1735 | 13,2 | 24,1 | 482 | 30,0 | 38,0 |
| Mangodara | 2460 | 3,5 | 6,6 | 2000 | 3,7 | 9,9 | 453 | 12,6 | 16,7 |
| Moussodougou | 280 | 25,9 | 30,3 | 1294 | 4,7 | 7,9 | 391 | 12,7 | 17,4 |
| Niangoloko | 2707 | 5,3 | 7,2 | 533 | 10,6 | 18,2 | 1015 | 8,6 | 13,0 |
| Niakorodougou | 649 | 15,9 | 24,6 | 569 | 13 | 18,5 | 581 | 9,1 | 12,1 |
| Ouo | 2578 | 1,7 | 2,2 | 1019 | 7,6 | 30,3 | | | |
| Sidéradougou | 3592 | 3,5 | 5,7 | 1237 | 7,1 | 13,1 | | | |
| Sindou | 449 | 28,1 | 30,9 | 1281 | 9,0 | 20,2 | | | |
| Soubakagnédougou | 1384 | 9,6 | 11,4 | 526 | 24,2 | 23,5 | | | |
| Tiéfora | 1786 | 6,8 | 12,7 | | | | | | |
| Wolonkoto | 237 | 11,1 | 10,4 | | | | | | |
| Total | 18398 | 8,8 | 11,7 | 16338 | 12,0 | 21,6 | 8307 | 11,9 | 16,8 |

Base de calcul : découpage administratif de 1985, recensement national 1985

| | |
|--|------------------------------|
| | présence d'une ville |
| | aménagements hydro-agricoles |
| | terres vacantes |
| | usines |

en 1975 (annexe 12). Les espaces périphériques au sud-ouest sont les plus densément peuplés. Le déséquilibre se comble au cours de la décennie suivante et le phénomène touche surtout les départements du nord, isolant davantage le sud-est, peu atteint par les modifications du peuplement.

Les départements les plus étendus se regroupent principalement au sud-est (dans la Comoé) et comptent parmi les moins densément peuplés, mais parmi les unités de grande dimension le département de Bobo-Dioulasso constitue une exception que justifie la présence de la ville du même nom, dont le dynamisme économique en fait un pôle attractif pour l'arrière-pays relativement peuplé.

A l'opposé, les unités de plus petite taille offrent des taux d'occupation proches ou supérieurs à la moyenne nationale (25,6 hab par km² en milieu rural), excepté pour Wolonkoto et Samogohiri. Le caractère accidenté du relief du premier, rend certainement la mise en valeur de l'espace plus difficile pour les populations qui l'habitent (la faiblesse de la croissance démographique associée à ce département vient corroborer ce constat). Quant au second département, il accueille la majorité des populations d'origine Samogho peu représentées dans l'espace du Houet, de la Comoé, et du Kéné Dougou. On ne peut cependant pas justifier cette faible occupation de l'espace en entrant dans un déterminisme ethnique. L'histoire de la région, l'attraction des activités exercées, sont autant d'éléments à l'origine de cette "déprise" (tableau 16).

Au-delà de la taille des unités considérées et de l'origine ethnique des populations, la forte pression humaine est due à la présence (tableau 16) :

- d'aménagements hydro-agricoles (n°1)
- d'usines : complexe sucrier de Béré Dougou, usine d'égrenage du coton de Houndé (n°2)
- de terres vacantes, espaces particulièrement prisés par les immigrants venus d'autres provinces du pays (n°3)
- d'une ville dans le département (n°4)

Le fait majeur qui se dessine est l'opposition nord-ouest/sud-est qui épouse en partie le milieu naturel marqué par un relief : la falaise de Banfora ; mais cette opposition suit également le tracé du réseau routier reliant la capitale administrative à la Côte d'Ivoire. Un domaine méridional faiblement humanisé dont les densités ne dépassent pas 10 hbs/km², s'oppose à un ensemble septentrional où les inégalités de répartition du peuplement s'accroissent. Les marges peu peuplées entrent en discordance avec une bande centrale dont les densités atteignent plus de 20 hbs/km² par département. En 1975, cette concentration de l'habitat était surtout marquée dans la partie sud-ouest. Elle fut accentuée au cours de la décennie suivante, ce phénomène se prolonge vers le nord, avec toutefois quelques variantes.

Des cartes de densités de population par isoligne, ne tenant donc pas compte des limites administratives, ont été réalisées à partir des recensements nationaux de 1975 et 1985, pour une meilleure appréciation de la répartition de la population. Les cartes censitaires, réalisées à l'échelle du 1/200 000^{ème} par le Ministère du Plan et de la Coopération, en collaboration avec le PNUD, ont servi de support pour le tracé des isolignes. Nous nous sommes inspirés de la méthode exposée par JP. Duchemin²², qui consiste à "*transcrire par les isolignes de densités, la localisation de la population rurale*". Nous avons fait abstraction des villes sur ces cartes, car même si elles sont peu nombreuses leur population est considérable. Ainsi, en 1985, Bobo-Dioulasso représentait 39,3% des habitants de la province du Houet et Banfora 14% de la Comoé. Leur poids dans les calculs de densité pourrait introduire des différenciations spatiales sur la carte alors que sur le terrain leur influence est limitée. Bobo-Dioulasso n'a pas un périmètre très étendu (133 ha selon les estimations du SDAU²³ en 1986) tout comme Banfora. Compte tenu de l'absence d'informations relatives aux populations dont l'activité est essentiellement agricole dans les villes, nous n'avons pas retenu la population urbaine dans nos calculs.

L'absence de carte représentant le terroir de chaque village, qui nous permettrait d'évaluer l'espace réellement occupé par les populations, nous contraint à retenir les isolignes comme mode de représentation de la répartition humaine. La méthode employée consiste à tracer un quadrillage de 4 cm de côté pour une carte au 1/200 000^{ème}, ce qui représente sur le terrain 8 km (taille choisie en fonction du mode d'occupation de l'espace). Cette trame est surimposée à la carte, quelle que soit la répartition de l'habitat, de sorte que les espaces "vides" de population soient représentés. A chaque intersection du quadrillage tracé sur la carte, des points cotés sont calculés. "*On affecte à un point de l'espace, le point coté, un chiffre qui est en fait le rapport entre un espace déterminé et le fait distribué, ici les habitants*"²⁴. Pour ce faire, le centre d'un cercle mobile de 4 cm de rayon est placé au point d'intersection ; après calcul du rapport : nombre d'habitants compris dans le cercle sur la superficie du cercle (en l'occurrence 201,06 km² arrondis à 200 km² sur le terrain) le chiffre obtenu est attribué au point coté. Le calcul est effectué pour chaque intersection du carroyage. "*Un semis de points cotés, qui ne sera autre que le semis des lieux habités, va apparaître et il sera possible en principe de tracer à l'aide de ce semis des isolignes*"²⁵. Entre deux isolignes des aires d'égales densités humaines sont ensuite tracées.

²² Duchemin (JP), "Elaboration et signification d'une carte de densité par isolignes", cahiers ORSTOM sér. Sc. Hum., n°2, 1972

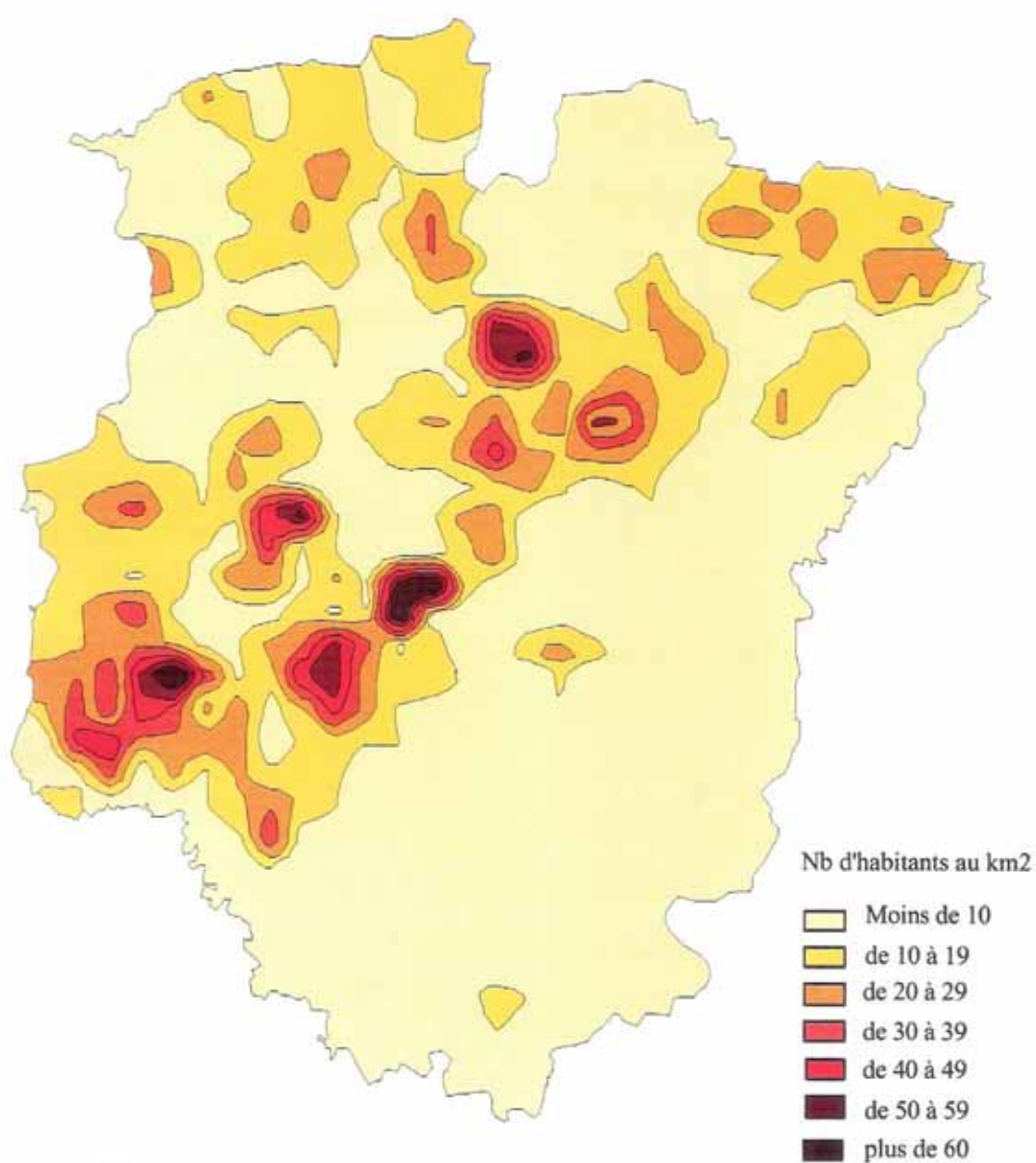
²³ SDAU, 1986, Bobo-Dioulasso

²⁴ Duchemin (JP), op. cité, p 162

²⁵ ibidem

Figure 28

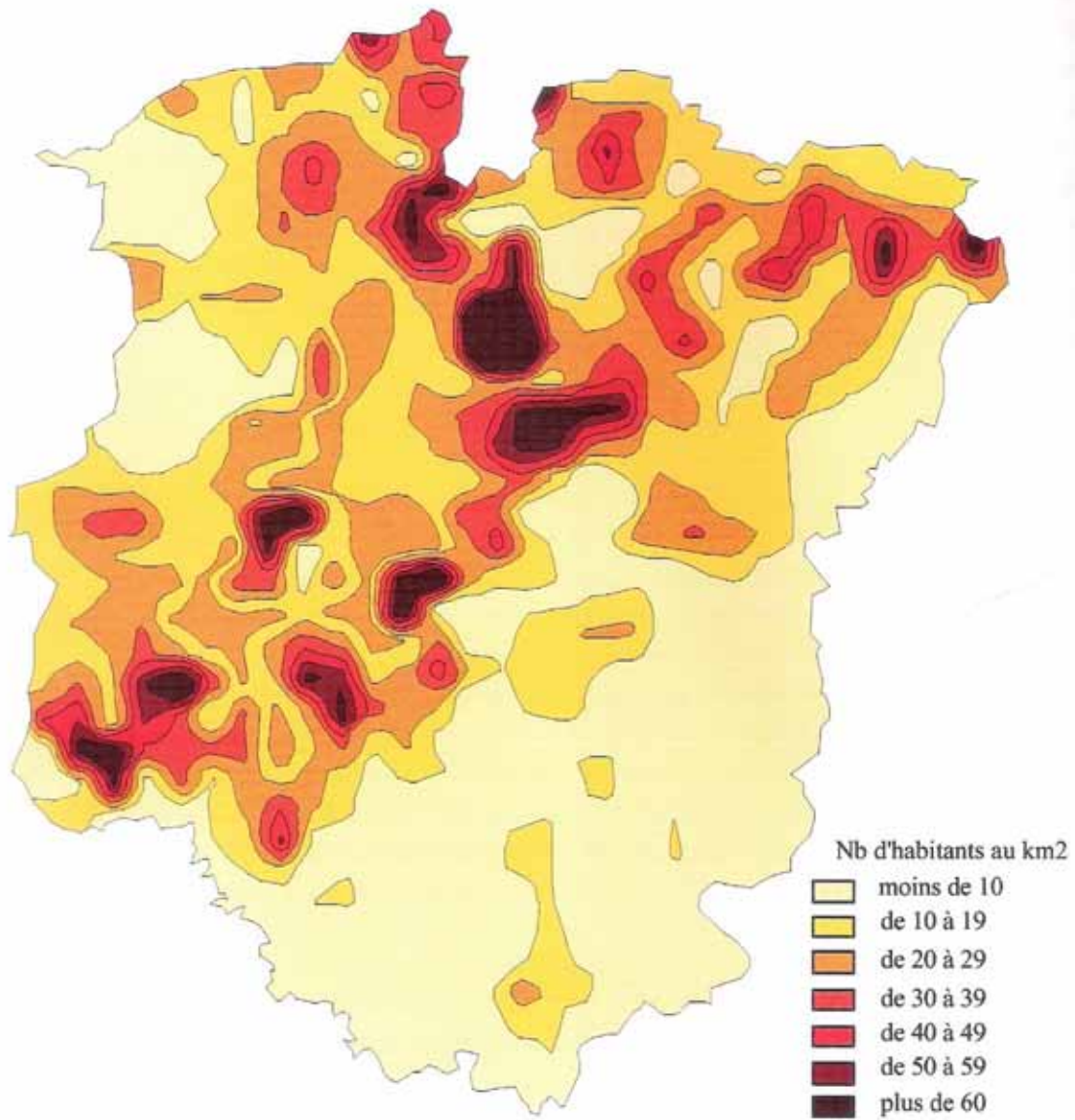
DENSITES DE POPULATION EN 1975



Echelle
0 50 km

Figure 29

DENSITES DE POPULATION EN 1985



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

Cependant ces cartes par isoligne présentent des limites. Elles atténuent les contrastes et ne rendent donc pas compte précisément de la répartition spatiale de la population, puisque les densités diminuent graduellement en fonction de la distance. Les variations de la distribution du peuplement apparaissent continues alors qu'il peut exister des ruptures dans l'occupation du sol. La représentation de la distribution de la population peut alors s'en trouver faussée, d'autant que les regroupements de hameaux de culture, lors des recensements nationaux, indiquent une concentration humaine là où précisément les populations sont dispersées. Par cette méthode et le pas de calcul utilisé, les "vides"²⁶ à plus de 8 km vont donc apparaître s'ils existent. Par contre, d'autres seront mis en exergue alors qu'ils n'existent pas, ce sont ceux qui correspondent aux espaces à habitat dispersé ou intercalaire.

2 - Mômes démographiques : un couloir ignoré par la politique sanitaire

a - Les espaces d'implantation privilégiés des immigrants

En 1975 l'ensemble du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou est occupé en moyenne par 10,6 hbts/km². En 1985 les 16,4 hbts/km² indiquent, malgré la hausse, une faible densité humaine dans cette "région", densité qui est pratiquement deux fois inférieure à celle du Burkina Faso rural (25,7 hbts/km²). La carte des densités par isoligne est l'outil nécessaire à une meilleure perception des phénomènes démographiques. En 1975 des îlots de forte densité, supérieure à 40 hbts/km², laissent place à des espaces périphériques accueillant moins de 20 hbts/km² (figure 28). Autour de ces mômes de densité, le nombre d'habitants oscille entre 10 et 20 au km², comme dans le nord-est de notre zone d'étude et à l'ouest d'Orodara. L'espace est ainsi caractérisé par une opposition majeure du peuplement entre une zone peu peuplée au sud et un plateau plus densément peuplé au nord, où des noyaux de forte densité succèdent à des espaces "vides" de population comme :

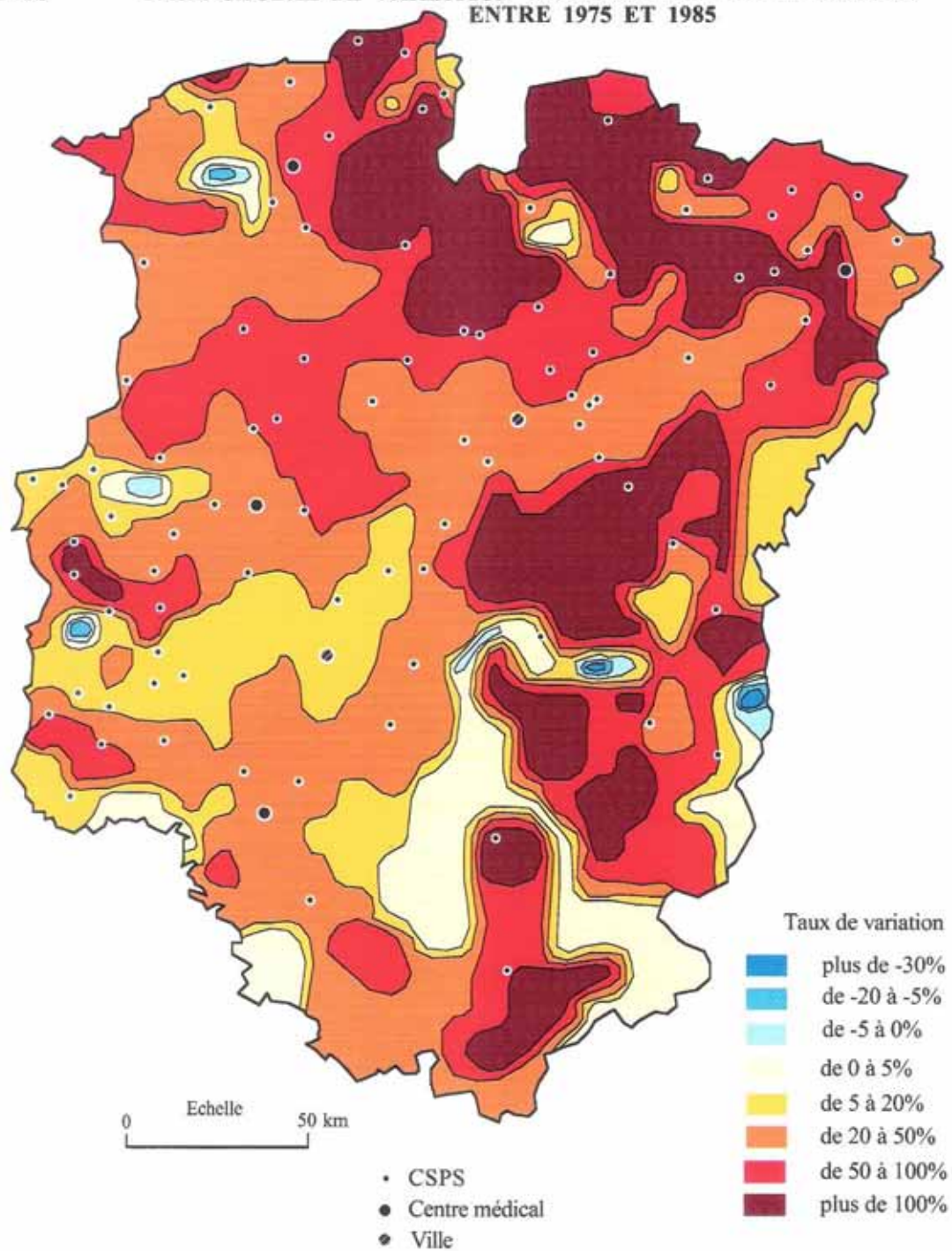
- le couloir du Mouhoun (ex Volta Noire),
- le long du Grand Balé (au nord-est de la zone),
- le long de la frontière avec le Mali dans la sous-préfecture d'Orodara,
- la zone Pindié-Badara,
- l'espace situé entre les routes Bobo-Dioulasso-Orodara et Bobo-Dioulasso-Toussiana,
- le long de la Léraba.

Les "zones vides" peuvent être délimitées par les cours d'eau dont les isolignes de

²⁶ Plutôt que l'absence de peuplement il faut entendre par ce terme un espace à plus de 8 km des lieux habités

Figure 29b

TAUX GLOBAL DE VARIATION DES DENSITES DE POPULATION ENTRE 1975 ET 1985



10 hab/km² sont éloignées. Certains môles sont circonscrits par le réseau hydrographique : Loumana, Douna entre les deux Léraba. Parfois, sans chevaucher les rivières, les môles longent ces cours d'eau comme Banfora près de la Comoé. Il ne semble pas y avoir de corrélation étroite entre le peuplement et le réseau hydrographique qui n'a pas servi d'axe de pénétration dans cette région savanicole. Mais nous jugeons ici une situation relativement récente (recensement de 1975). On peut s'interroger sur les conséquences de la colonisation et de l'Indépendance sur l'organisation de l'espace (cf parties ethnies et voies de communication). Au pied de la falaise gréseuse les vastes étendues planes du Tyerla présentent également une faible pression démographique. *"C'est à travers leurs savanes que passait la vieille route de Kong à Bobo, axe majeur de l'empire Watara. Ce facteur historique explique sans doute pourquoi ce pays, d'ailleurs dénudé et pauvre en refuges, ne nourrit qu'une très faible population"*²⁷.

Dans cette région au climat soudanien, les densités ne sont pas linéaires mais elles sont ponctuelles ; les pôles sont plus attractifs que les axes. Aucun alignement de peuplement ne permet de suivre le tracé des pistes précoloniales, seul l'itinéraire menant à Fo, repris par la colonisation, accuse des alignements assez marqués, leur existence est moins liée à l'ancienneté du peuplement et à l'attraction de la voie qu'à l'établissement récent d'immigrants dans la région.

Les môles démographiques jalonnent l'espace et sont assez espacés les uns des autres, il n'y a pas d'aires de contact, hormis peut-être entre Bobo-Dioulasso et Toussiana : la présence de la falaise, qui servait de refuge dans le passé, peut justifier cette concentration toutefois relative. Plus que le nombre, c'est la taille des villages qui contribue à l'existence des densités proches de 30 hab/km². En 1975, les cartes de densités révèlent plusieurs pôles d'attraction dans le sud-ouest et autour de Bobo-Dioulasso, dans ce dernier cas les marges se sont lentement étendues pour former, en 1985, un seul môle démographique étendu qui confirme l'attraction de la ville.

Les lieux de forte concentration humaine reposent principalement sur les structures politiques comme Bobo-Dioulasso, Banfora et Orodara (préfectures), où le regroupement atteint plus de 60 hab/km². Deux chefs-lieux d'arrondissement se détachent également, ceux de Toussiana et Sindou, qui comptent tous deux plus de 50 hab/km². Un ensemble se distingue, celui de Vallée du Kou - Bama qui, en plus de la fonction administrative, cumule un aménagement agricole en vue de développer la riziculture irriguée. Le milieu physique a été un facteur favorable à l'implantation humaine, la plaine et le réseau hydrographique ont permis sa création ; cet espace fait l'objet d'une intense immigration. Les fortes concentrations humaines, dans la zone d'Orodara et de Fo, sont surtout fonction de la taille des villages très peuplés. Dans la région de Bobo-Dioulasso ou N'Dorola, la densité s'explique par la concentration de petites entités villageoises qui

²⁷ Person (Y), 1975, "Samory", p1876

comptent moins de 1 000 habitants. Entre 1975 et 1985, la partie sud de la province ne change pas, elle reste démographiquement déprimée.

L'ensemble se présente donc comme un espace peu attractif sur ses marges sud-est, et dans une moindre mesure nord-ouest, qui englobent en quelque sorte un couloir où des éléments d'ordres différents offrent un attrait particulier. Cette circonstance est à l'origine de déplacements de population vers cet espace central. La carte d'évolution des densités indique de fortes disparités spatiales (figure 29). Le nord de notre zone d'étude, l'axe Bobo-Dioulasso - Fo, celui de Bobo-Dioulasso-Banfara, ainsi que quelques ensembles à l'ouest, se démarquent par une forte croissance de l'occupation de l'espace. L'histoire est un des facteurs explicatifs de la répartition de la population ; les grands pôles de densité sont également la conséquence des changements impliqués par la colonisation. Ailleurs on note une certaine stagnation de la population.

En 1985, une densification de l'occupation de l'espace a pu être observée, autour des nouvelles préfectures comme : Houndé (dans le Houet), Niankorodougou et Douana (dans la Comoé), plus de 60 hab/km², au sud-est (dans la province de la Comoé), les axes de communication forment une ligne à l'ouest de laquelle on trouve de fortes densités démographiques liées à la présence de gros villages (Sindou, Loumana, Soubakagnédougou). On les retrouve sur la carte d'évolution des densités. Dans d'autres lieux, l'augmentation de la population a atteint près de 30 hab/km² :

- la zone comprise entre Bobo-Dioulasso et Bama,
- le long de la route reliant Bobo-Dioulasso à la frontière avec le Mali,
- les terres le long du Mouhoun (Lahresso et Banwalé),
- le village de Banzon devenu préfecture et qui bénéficie d'aménagements hydro-agricoles.

La colonisation des sols le long du Mouhoun est la plus marquante. Elle pourrait signifier le retour à la salubrité de cet espace, toutefois il faudrait identifier exactement les espaces insalubres avant la lutte. La période de lutte contre les grandes endémies coïncide avec une période climatique néfaste pour les populations du centre du pays. Ces populations sont contraintes de se déplacer ; les sols peu ou pas exploités le long du Mouhoun deviennent alors très attractifs. D'une manière générale, les lieux les plus attractifs semblent avoir été avant tout les villages sièges d'une fonction administrative ou d'un aménagement agricole, mais également les espaces peu humanisés, qui ont principalement été occupés par des immigrants.

Les différents groupes ethniques qui se sont établis dans l'ouest ont été principalement motivés par un désir d'indépendance. Peuples composés en majorité d'agriculteurs, les vicissitudes historiques expliquent leur concentration dans certains lieux. Ailleurs c'est le milieu naturel qui a influencé la présence ou l'absence de l'homme et la localisation des villages.

b - Un nombre croissant de structures de soins de base

La multiplication des CSPS, dépendant de la politique sanitaire des années 1980, correspond en partie à la phase de déconcentration décidée avec Alma-Ata. Les cartes de répartition des structures de soins permettent d'observer une diffusion progressive des établissements de soins de base vers les marges de la province du Houet. Celle-ci est très réduite pour les Centres Médicaux et les Hôpitaux Régionaux. Dans la province du Houet, le nombre de dispensaires dans un rayon de 25 km autour de Bobo-Dioulasso, est assez considérable mais la diffusion s'est faite en périphérie. Les villages situés dans l'auréole de plus de 100 km de Bobo-Dioulasso disposaient de sept dispensaires effectivement ouverts en 1992. Compte tenu du taux de croissance démographique élevé, la diffusion s'est faite avec moins d'intensité que la progression de la population. Comme nous avons pu l'observer précédemment, l'enclavement de certaines régions est loin d'être rompu. Ainsi, dans le Houet la phase de déploiement a évité certains espaces, elle a, malgré tout, servi d'appui au découpage administratif. A plus petite échelle, ce découpage a permis la diffusion de la hiérarchie sanitaire sur tout le territoire burkinabè. Selon H. Picheral, *"la plupart des pays en développement ont consenti des efforts souvent considérables de décentralisation et de rationalisation de leur réseau hospitalier. Mais ils se heurtent maintenant à des obstacles tels que le système est ou doit être remis en cause"*²⁸, ce qui n'est pas le cas du Burkina Faso.

L'Initiative de Bamako a contribué à la multiplication des hôpitaux de district, c'est-à-dire les Centres Médicaux. La diffusion s'est toutefois plus appliquée au CSPS ; les PSP existent toujours au sein de la hiérarchie mais, pour la plupart, ils ont disparu après l'engouement "forcé" des populations pour ce type de structure développé et imposé pendant la période de révolution. Ils n'ont pas survécu à T. Sankara, et le constat d'échec est général dans le pays. Toutefois certains d'entre eux ont survécu en raison de la demande de la population. Dans le Houet, ce phénomène est remarquable dans les espaces à habitat dispersé. Ignorés par les autorités et sous-équipés, les CSPS sont le plus souvent absents ou mal représentés. Ce sous-équipement entraîne effectivement une situation comparable à celle existant dans le cas de la concentration spatiale des équipements hospitaliers. L'Hôpital National est utilisé comme un simple dispensaire, ce qui est surtout observable dans les cas extrêmes. Une évaluation du fonctionnement des PSP, dans la province du Houet, a été faite par les infirmiers qui sont secondés pendant leur activité de vaccination par les Agents de Santé Villageois ; ils ont donc une connaissance assez exacte des agents encore actifs aujourd'hui. La plupart du personnel recruté localement a dû faire face au manque de moyens pour renouveler les médicaments et au manque de motivation.

Les CDR ont certainement contribué à l'échec et à la disparition des PSP dans les villages

²⁸ Picheral (H), op. Cité, 1995, p97

burkinabè. En servant d'appui au pouvoir en milieu rural, ils ont permis d'imposer une politique de mobilisation des masses. Mais leur fonction qui permettait de réaliser une sorte de quadrillage territorial n'a pas survécu au gouvernement qui l'avait créée. Ceci a eu pour conséquence l'absence de prise en charge des Agents de Santé Communautaires, puisque les PSP mobilisent un important potentiel humain qui n'est pas pris en charge par l'Etat. De plus, ils sont perçus par les autorités politiques et par les populations comme des dispensateurs de soins bénévoles, qui doivent toujours être disponibles. Ceci constitue un échec des établissements situés à la base de la hiérarchie sanitaire, qui avaient été privilégiés dès le début des années 80.

Seuls les CSPS ont connu un réel développement au Burkina Faso et dans la province du Houet. Aujourd'hui avec l'Initiative de Bamako, la remobilisation de la communauté par le biais de la tarification des actes et l'autogestion des CSPS, permet au gouvernement de se soustraire financièrement, comme nous le verrons en troisième partie. Le but est d'offrir plus de moyens financiers aux établissements de base, de façon à redonner confiance aux populations souvent déçues.

La diffusion des structures de soins de base continue grâce à la décentralisation des décisions en matière d'implantation ; désormais ce sont les Directions Provinciales qui décident de la localisation des établissements, ou du moins, de la nomination des infirmiers, selon H. Picheral *"la phase est d'autant plus avancée que le niveau de développement est élevé mais aussi selon le degré de régionalisation politique et de décentralisation administrative"*. Malgré tout, en 1992, dans certaines régions, les populations continuent de s'adresser directement à l'hôpital de la grande ville, ce qui pose le problème de l'engorgement des services de l'Hôpital National. Le réseau sanitaire, tel qu'il se présente en 1992 dans le HCK, est donc marqué par une forte densité des établissements de soins de base qui nécessitent du personnel, et monopolisent des infirmiers peu nombreux. A l'heure où les pays européens parlent de reconcentration et de rationalisation des soins, certains pays en développement abordent seulement la phase de diffusion, tel est le cas du Burkina Faso. Avec la politique des soins de santé primaires, on constate une certaine stagnation des réseaux secondaire et tertiaire. Le tertiaire doit être un complément aux services périphériques, un appui aux services de soins primaires, mais au Burkina Faso, on constate que l'hôpital national se substitue parfois à celui-ci. Pour fournir des soins de qualité, il faut que les soins soient payants. Dans le Houet, le déséquilibre de la représentation hiérarchique conduit une partie de la population à recourir directement à l'Hôpital National après le CSPS.

Fait vérifié par de nombreux auteurs : la diffusion utilise la hiérarchie urbaine comme canal de propagation des innovations. Dans notre cas, il s'agit d'un objet matériel et institutionnel : l'équipement sanitaire. Cet équipement collectif dépend donc de la disposition des villes dans l'espace et dans l'organisation territoriale. Compte tenu de leur taille et des liens qu'elles tissent avec les centres qui apparaissent à des niveaux inférieurs dans la hiérarchie, les grandes villes sont

susceptibles d'accueillir des équipements de niveau supérieur. La diffusion progressive se fait du sommet vers la base de l'organisation pyramidale urbaine. La propagation n'est toutefois pas mue par un facteur naturel puisqu'il s'agit d'un équipement public dépendant de l'Etat. Depuis une dizaine d'années, elle relève des unités provinciales qui ont bénéficié de la décentralisation, mais dont la coordination des actions reste gérée à l'échelle nationale. Contrairement à certaines diffusions évoquées par T. Saint Julien, qui précisait, que pour certains équipements de type commercial la diffusion concernait en premier lieu les grandes villes, et que par la suite, celle-ci se propageait "aux niveaux inférieurs de la hiérarchie urbaine, et d'abord dans les régions voisines de ces centres diffuseurs"²⁹ ; ce type de fonctionnement entraîne vers la base de la hiérarchie urbaine la diffusion d'établissements sanitaires de niveau inférieur à ceux créés dans les grandes villes.

Les choix d'implantation des structures de soins, suivis par la Direction Provinciale de la Santé, apparaissent dans le tableau 17³⁰. La taille moyenne des villages-CSPS, supérieure aux autres groupes, démontre la préférence accordée aux gros villages pour accueillir une structure de soins, au-delà de cette auréole les villages sont beaucoup moins peuplés. L'Etat tente de faire correspondre la pyramide sanitaire à la pyramide urbaine sur laquelle G. Sautter³¹ insistait en reprenant les écrits d'E. Juillard "qui a montré que, pour réaliser pleinement, le schéma pyramidal démultiplié supposait réunies certaines conditions de densité de population rurale et de niveau d'activité économique. Moyennant quoi, le "seuil d'accessibilité" du centre régional et le "seuil de clientèle" des activités qui lui permettent de se développer, conjuguent leurs effets pour circonscrire, autour de cette ville, une aire de quelques dizaines de km de rayon, aux frontières de laquelle commencent à s'affirmer les domaines d'attraction d'autres villes équivalentes". A travers ces affirmations on retrouve la logique qui anime le tracé des aires de responsabilité des CSPS dont le rayon d'action doit s'étendre en théorie entre 10 et 15 km autour du village d'implantation.

Les villages les plus gros semblent être préférés pour accueillir une structures de soins³² ; à l'inverse la présence d'une formation sanitaire n'implique pas un taux de croissance

²⁹ Saint-Julien (T), 1985, "Diffusion des innovations"

³⁰ Les Centres Médicaux ont été pris en compte au même titre que les CSPS puisqu'ils assurent les mêmes types de soins auprès des populations du village où ils sont implantés. En outre il s'agit de distances à vol d'oiseau qui ne tiennent compte ni de la saison, ni des difficultés de déplacement liées à la qualité des voies de communication, ou à la présence de reliefs. Ceci est calculé par rapport aux informations du recensement de 1985 qui ne tient pas compte de la dispersion de l'habitat

³¹ Sautter (G), "Urbanisation et types de peuplement dans l'espace régional", Travaux et documents de géographie tropicale, n°53, 1981, p 379

³² Le découpage administratif 1975-85 a changé et la base de recensement villageois s'est quelque peu modifiée mais la faible augmentation du nombre de villages pendant cette décennie nous permet de juger représentatifs ces dénombrements

démographique élevé.

Tableau 17 : Taille et croissance des villages dans le Houet en fonction de leur éloignement au CSPS

| Distances villages/CSPS | taille moyenne du village en 1985 | taux croissance annuel 1975/85 |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| villages avec structures | 3221 | 3,5 |
| moins de 5 km | 773 | 2,8 |
| de 5 à 10 km | 815 | 4,2 |
| de 10 à 15 km | 852 | 6,2 |
| de 15 à 20 km | 966 | 8,8 |
| de 20 à 25 km | 1486 | 9,6 |
| de 25 à 30 km | 1281 | 8,0 |
| plus de 30 km | 269 | 7,6 |

On ne peut cependant pas conclure à une corrélation entre distance et taille des villages. En effet, les groupes de villages distants de 20 à 30 km présentent un nombre moyen d'habitants assez élevé. Répartis sur les marges sud-est mais également septentrionales, ils font l'objet d'une immigration mossi, à l'image de Dandé et de ses environs dont témoigne le taux de croissance de population, 3,7% par an. Mais les villages, sièges d'une structure de soins, n'ont pas attiré de flux importants d'étrangers ; leur taux de croissance moyen est de 3,5% par an, il était de 2,7% par an en 1985 pour l'ensemble du pays ; la part des immigrants est donc de moins de 1% pour les villages sièges d'un établissement de soins. Ce constat confirme la faible attraction qu'exercent les structures de soins sur les immigrants. Les taux de croissance enregistrés par les villages sièges de CSPS sont très variables (de -11,9% pour Kankalaba à 25% pour Banzon³³), ils reflètent l'évolution générale de la population qui est très faible, voire négative, dans le sud-ouest, mais plus marquée à mesure que l'on progresse vers les limites nord des provinces du Houet et du KénéDougou.

Un changement d'échelle permet d'observer le même phénomène pour l'ensemble de la "région". En effet parmi les plus gros villages, ceux dotés d'une structure de soins ont en moyenne une croissance moins élevée que les autres (5,5% par an contre 14,2%).

³³ Banzon justifie ce taux par la présence d'un aménagement hydroagricole qui a attiré de nombreux étrangers dans ce village

Si la taille du village est intervenue comme critère principal de localisation des CSPS ou des Centres Médicaux, la fonction administrative ou organisatrice de l'espace a été l'élément déterminant dans les choix des années 1950 et 1960. Dans le groupe des villages équipés d'une structure de soins, la taille moyenne des localités en 1975 était de 3 608 habitants et 5 633 en 1985. Pour le groupe des villages non pourvus, la masse démographique est passée en moyenne de 1 392 à 4 406 entre 1975 et 1985. Les écarts de poids sont un élément de diffusion important, en effet, sur les terroirs agricoles la densité d'occupation de l'espace est très variable et elle s'avère d'autant plus forte que la population est élevée. Ce constat justifie les taux de croissance plus faibles pour le premier groupe que pour le second. Compte tenu des techniques agricoles généralement basées sur l'extensif, la demande d'espace est importante. La réponse à la diminution d'espaces disponibles n'a pas été une intensification de l'agriculture mais un départ vers des terres disponibles d'où les taux de croissance négatifs de Douna et Koumi. L'opposition spatiale entre le sud-ouest et le nord du HCK est assez nette. Le nord de la région, espace d'immigration récente, est principalement occupé par des villages ne disposant pas de structures de soins. En effet, comme le confirme la carte, la politique sanitaire nationale a privilégié les espaces de fortes densités depuis les années 1960 jusqu'aux années 1980. Le nord, jusqu'ici peu peuplé, a fait l'objet d'une plus grande attention de la part des autorités, seulement depuis le début de la décennie 1990. La disponibilité en terre semble donc orienter les flux de personnes, et la présence d'un équipement sanitaire n'influe pas sur le choix des migrants, que ce soit les CSPS ou les Centres Médicaux. En effet les quatre villages, sièges d'un Centre Médical, ont un taux de croissance peu marqué hormis Houndé où l'implantation d'une usine d'égrenage permet le développement d'activités s'exerçant en dehors de l'agriculture.

Le maillage "sanitaire" conforte donc les inégalités dans le sens où les populations à habitat dispersé disposent d'un moins bon équipement que celles qui vivent dans une zone d'habitat concentré. Ceci semble évident eu égard aux nécessités économiques de fonctionnement.

A petite échelle, dans le Houet, on note un certain déséquilibre entre les soins primaires et secondaires. Tandis que les CSPS sont en augmentation, les soins secondaires ne sont représentés que par le Centre Médical de Houndé construit en 1970, soit une charge correspondant à 81 235 habitants d'après le recensement de 1985, et évaluée à 111 176 individus en 1993 ; soit une distance moyenne de 23 km de piste à parcourir pour la supervision des 11 CSPS pour la zone qu'ils couvrent³⁴. En 1989 dans le Kéné Dougou les Centres Médicaux ont en moyenne 77 857 personnes à charge et 147 060 pour ceux de la Comoé, et si statistiquement les normes sont atteintes, les populations ne sont pas toutes desservies dans les mêmes conditions. Le calcul de ces moyennes ne reflète pas l'accessibilité réelle des populations, puisque, dans ce cas, on suppose

³⁴ Le Centre Médical de Houndé a la charge de la population des quatre départements de : Békuy, Béréba, Houndé, Koumbia

une distribution géographique constante des établissements de soins. Les décisions pour l'équipement sanitaire se prennent à l'échelle provinciale. Des disparités se dessinent dans le Houet, la sous-représentation des Centres Médicaux est certainement liée à la présence de l'Hôpital National et aux fortes densités de population qui se concentrent essentiellement autour de Bobo-Dioulasso. La Politique Sanitaire Nationale n'a pas jugé nécessaire la création d'un Centre Médical dans les espaces marqués par des densités moyennes de population.

En terme de populations couvertes, il semble que les trois provinces satisfassent aux normes quantitatives préétablies lors de la mise en fonction de la pyramide sanitaire, au niveau des CSPTS, puisqu'elles ont en moyenne des charges inférieures à 10 000 personnes. La carte indique par ailleurs que la majorité de la population est distante de moins de 10 km d'un centre de santé. Cette représentation est toutefois à relativiser car elle ne tient compte ni du relief, ni de l'existence et de la qualité des voies de communication. Elle correspond en quelque sorte à la représentation de l'espace de la Direction Provinciale de la Santé dont l'une des fonctions est de désigner les villages susceptibles d'accueillir un établissement de soins. Cette carte nous permet de constater que :

- les CSPTS se situent principalement le long des voies de communication,
- il existe une forte densité de structures dans l'ouest du HCK, elle doit être mise en rapport avec les fortes densités de population,
- à vol d'oiseau la carte indique que 434 villages sur 588 sont à moins de 10 km d'un CSPTS alors que certains d'entre eux sont physiquement plus éloignés,
- certains espaces, vides sur la carte, présentent en fait un habitat dispersé en hameaux de culture et sont mal équipés.

Pour les structures les moins spécialisées, les réseaux de communication constituent les canaux de diffusion les plus proches de la représentation de l'espace par l'Etat ; une diffusion qui prend rarement en considération les barrières, culturelles, de distance..., l'Etat considère l'espace comme homogène.

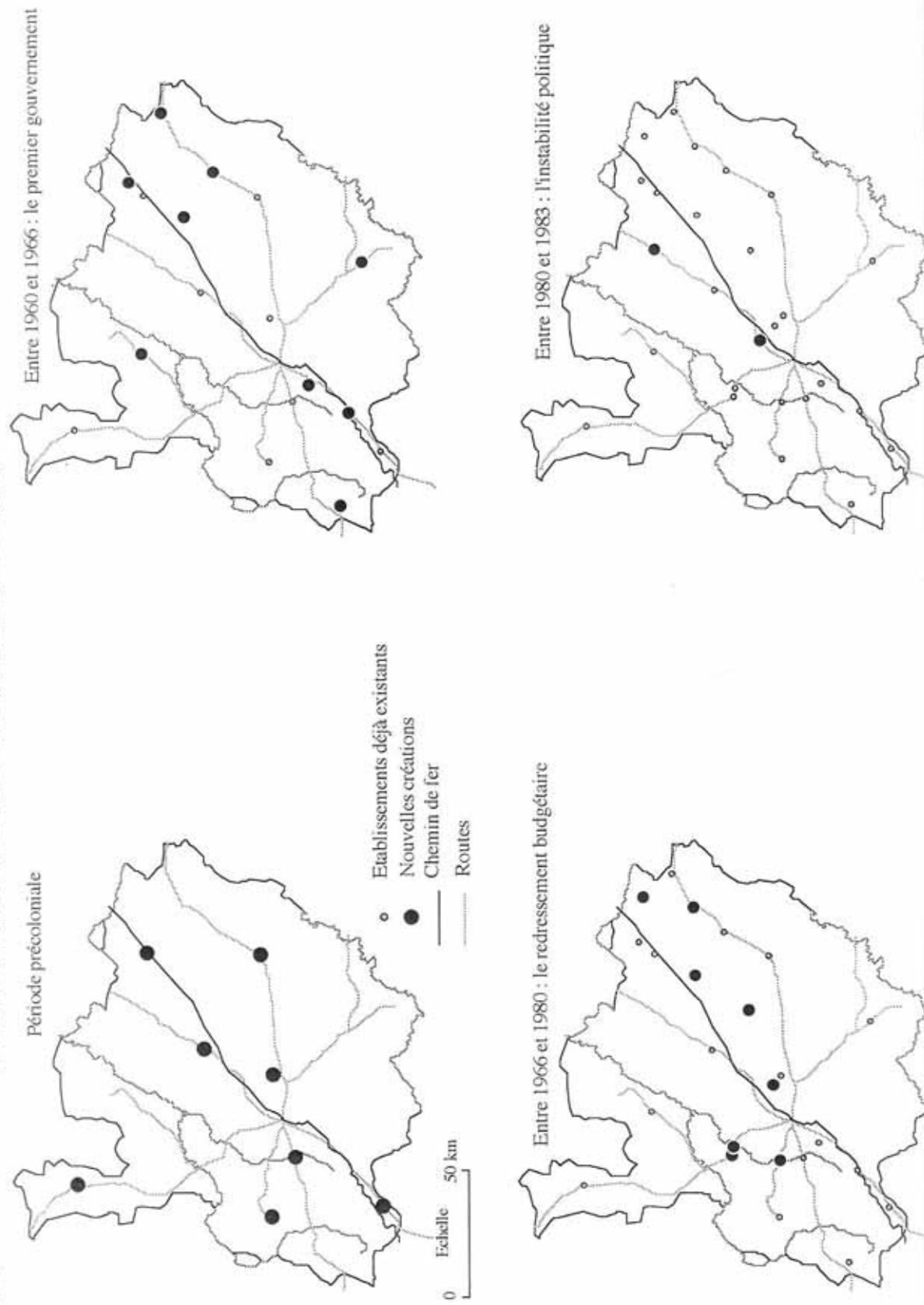
En milieu rural, dans les provinces du Houet, de la Comoé et du Kénédougou, sans exclure la médecine traditionnelle, le recours aux soins ne se conçoit que dans le cadre de la médecine publique.

c - Le temps dans la répartition des CSPTS

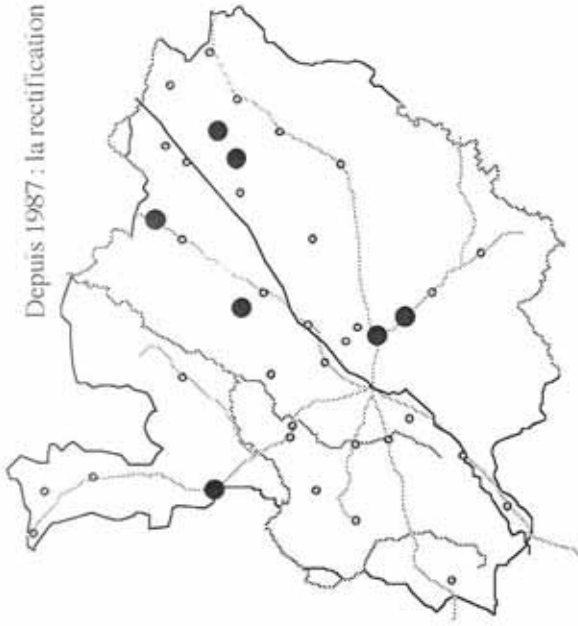
A travers l'exemple du Houet, et en comparant les deux recensements nationaux, l'évolution du nombre de structures de soins de base relève de plusieurs phénomènes.

Figure 30

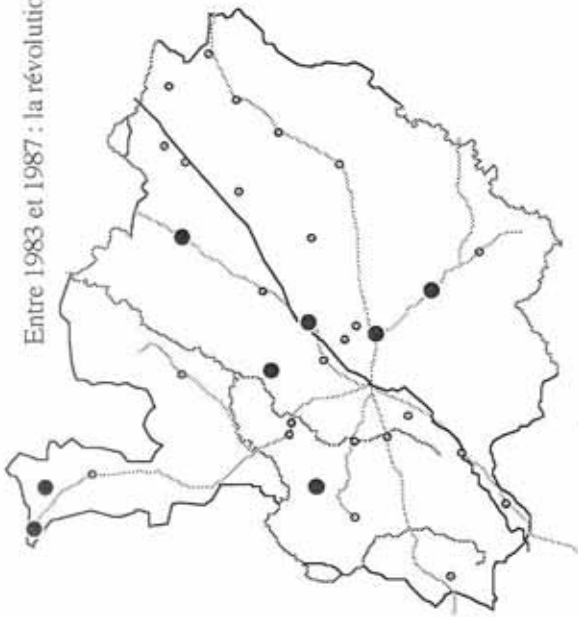
EVOLUTION DANS LE TEMPS DES CSPTS DANS LE HOUET



Depuis 1987 : la rectification



Entre 1983 et 1987 : la révolution



L'équipement sanitaire en milieu rural dépend essentiellement du domaine public, et si la taille du village justifie l'implantation d'une structure de base, d'autres critères interviennent, définis par la politique sanitaire (figure 30). L'ouverture progressive des CSPP met en évidence les choix d'implantation. On distingue deux périodes dont 1978, année de la déclaration d'Alma-Ata "la santé pour tous d'ici l'an 2 000" est la date charnière. Même si ses effets sont largement remis en cause aujourd'hui, cette déclaration a été à l'origine de nouvelles politiques sanitaires en Afrique. Au Burkina Faso ce mot d'ordre n'a réellement eu de conséquences concrètes sur le réseau sanitaire qu'à partir de 1983. En effet, l'année 1978 fut suivie d'une forte instabilité politique jusqu'en 1983. Ce n'est qu'à partir de cette date qu'une nouvelle phase de couverture sanitaire du pays et de la province fut amorcée, avec la multiplication des formations qui se partagent entre les axes de communication et les espaces plus enclavés. Malgré l'attention accordée aux régions plus isolées présentant un habitat groupé, l'organisation spatiale du peuplement n'a pas été remise fondamentalement en question, puisque les espaces densément peuplés ont eu le privilège des implantations. Comment se concrétisent ces différentes politiques à l'échelle de la province du Houet ?

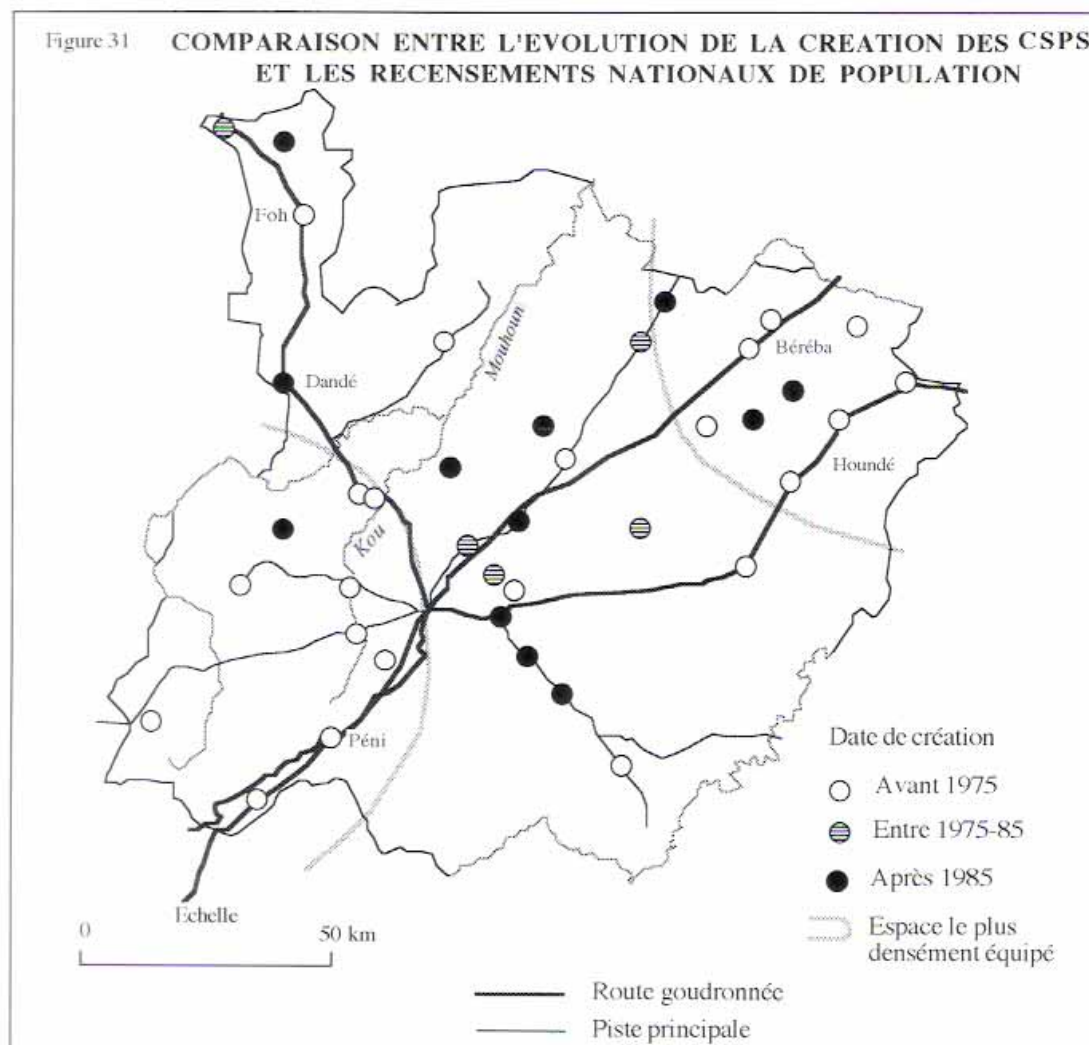
Tableau 18 : Evolution dans le temps de la création des dispensaires

| Nombre de dispensaires créés | périodes politiques |
|------------------------------|------------------------------------|
| 9 | 1950-60 période coloniale |
| 8 | 1960-66 présidence de M Yaméogo |
| 5 | 1966-80 présidence de S Lamizana |
| 2 | 1980-82 présidence de S Zerbo |
| 0 | 1982-83 présidence de JB Ouedraogo |
| 7 | 1983-87 présidence de T Sankara |
| 8 | 1987-93 présidence de B Compaoré |

Sources : enquêtes personnelles auprès des infirmiers et du personnel des CSPP

Les structures sanitaires publiques ont intégré définitivement l'organisation territoriale de la province du Houet au cours des années 1950. Il s'agissait souvent de bâtiments, servant de magasins aux villageois, qui étaient mis à la disposition du personnel médical. Certains de ces bâtiments ont été conservés, comme à Karangasso-Sembla, un des rares dispensaires avec Wakuy qui n'a pas bénéficié de nouveaux locaux dans la province, à la fin des années 1980. Les créations étaient alors dépendantes des stratégies coloniales et corrélées avec les voies de communication. Les villages ayant servi de poste militaire pendant plusieurs années, ou d'étape lors des travaux d'infrastructures (comme la construction du chemin de fer à Satiri), ou encore de "pôle" d'action pour les missionnaires (comme à Toussiana), ont déterminé la localisation d'établissements de

Figure 31 COMPARAISON ENTRE L'EVOLUTION DE LA CREATION DES CSPS ET LES RECENSEMENTS NATIONAUX DE POPULATION



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

soins. Les deux décennies qui ont suivi l'Indépendance ont privilégié tout un espace centré sur Bobo-Dioulasso, depuis le sud-ouest (Kourignon) jusqu'au nord-est de la province en pays bwaba, espace qui présente les plus fortes densités de peuplement.

La figure 31 des CSPS ouverts avant 1975 dans le Houet se superpose aux densités de populations connues à cette époque. Deux grands ensembles se distinguent l'un au nord-est englobant la presque totalité du pays bwaba, l'autre au sud-ouest. Si les créations en périphérie sud-ouest se justifient par les môles de densités marqués en 1975, dans le nord-est le rapport est moins net. Devant l'absence d'une corrélation stricte, les événements du passé peuvent être avancés comme facteur d'explication et cela pour deux raisons. D'une part, le pays bwaba a souffert des luttes de pouvoir et la conquête du territoire par les Peul, notamment, a eu pour conséquence la transformation de l'habitat : compact à l'échelle du village, diffus à l'échelle de l'ensemble des localités. Il existe donc des noyaux peuplés de plus de 1 500 habitants mais éloignés les uns des autres. Dans ce contexte, il est difficile de déterminer une localisation idéale pour l'ensemble de la population et la multiplication des lieux de soins a été la réponse au problème. D'autre part, l'ancienneté de l'équipement est liée au rôle que la population bwaba a joué pendant la colonisation. Elle a en effet fait partie des groupes qui se sont soulevés contre la domination des "Blancs", et pour lesquels les Français ont déployé de grands moyens pour les soumettre. Ces populations sont donc connues et disposent d'un contrôle administratif certainement mieux organisé que celles vivant dans des espaces plus calmes. Cette hypothèse peut être étendue à l'échelle du HCK, à l'extrême sud-ouest entre Loumana, Sindou et Tengrela. Nous ne connaissons pas les dates de création des formations sanitaires, cependant les populations comme celles du nord-est se sont révoltées pendant la colonisation et le découpage administratif de 1923 montre une division du territoire plus accentuée qu'ailleurs. En outre, les densités démographiques de 1975 délimitent un espace très peuplé. Ces facteurs ont contribué à la multiplication des CSPS dont fait état la carte sanitaire et que l'on peut supposer aussi ancienne que le pays bwaba.

Dans le Houet, entre deux grands espaces densément équipés un couloir prend forme où les CSPS se font rares en 1975. Ils sont disponibles dans des villages ayant eu un rôle politique (Karangasso-Vigué, Kotédougou) ou commercial (Fo, Satiri sur des voies de circulation) avant et/ou pendant la colonisation. C'est uniquement dans ce couloir que seront implantés de nouveaux CSPS dans le Houet entre 1975 et 1985. Ces nouvelles créations suivent en partie la croissance démographique marquée entre les villages de Léna et Satiri.

L'observation de la carte de répartition des CSPS jusqu'en 1985, date à laquelle un nouveau recensement démographique fut réalisé, évoque un continuum de peuplement entre les limites administratives nord-est et sud-ouest, isolant totalement les périphéries sud-est et nord-ouest. Historiquement ces espaces ont eu un faible rôle politique et l'administration n'y a

développé que très peu de points d'appui, ce qui explique l'existence d'une couverture sanitaire que l'on peut qualifier de déséquilibrée ; d'autant plus que le nord accuse des densités de populations élevées.

L'équipement depuis 1985 met en évidence une autre opposition : nord-sud. Cette date est également marquée par la mise en place d'une politique sanitaire nationale plus tournée vers les soins dits "primaires". Toutefois, on peut voir dans la superposition des densités démographiques et des CSPS, que certains espaces faiblement peuplés sont équipés. Il semble donc y avoir un paradoxe qu'une meilleure connaissance des espaces d'immigration peut aider à comprendre. Le phénomène migratoire ne cesse de s'intensifier et privilégie des espaces naturels précis, représentés par les cours d'eau.

La succession des présidents et le changement de politique sanitaire a influencé le rythme d'évolution des CSPS en réduisant le nombre de créations pendant la période d'instabilité. La prise en compte des recensement démographiques nationaux montre qu'ils ont servi de base à une réflexion sur la répartition de la population, même si leur prise en compte a parfois été un peu tardive.

CHAPITRE II

OCCUPATION DE L'ESPACE ET RISQUES SANITAIRES

Les espaces considérés à risques par les populations et les autorités sanitaires grâce à l'action internationale, sont aujourd'hui plus propices aux établissements humains au Burkina Faso. Dans le sud-ouest, la situation est quelque peu différente car l'arrivée des immigrants, de même que la mise en place des aménagements hydro-agricoles sont généralement antérieures à la lutte organisée par l'OCP. C'est surtout le Programme National de Gestion des Terroirs qui a été à l'origine de la mise en valeur des vallées, alors que l'AVV intervient ailleurs. Avec quelle rapidité a-t-on pris en charge ces espaces ?

La politique de colonisation agricole des terres le long des cours d'eau inoccupés n'implique pas un suivi administratif, politique et sanitaire. Le but principal est de remédier aux conditions climatiques défavorables du centre du pays par le déplacement des populations vers des espaces plus favorables à l'agriculture. Ces mouvements sont soit imposés dans le cadre d'organismes comme l'AVV (Autorité pour l'aménagement des Vallées des Volta), soit spontanés à la faveur de "filière", de réseau familiaux ou relationnels.

1 - LE SUD-OUEST : UN ESPACE D'IMMIGRATION

1 - Les mouvements de population internes à la province

Ils sont de deux ordres. Internes à la province, il s'agit des déplacements de populations autochtones qui émigrent de leur village, pour une longue durée, vers des agglomérations de la région sud-est. Ces mouvements internes sont difficiles à appréhender faute d'informations précises lors des recensements. Des données relatives à l'émigration sont disponibles pour 1975, mais les destinations ne sont pas précisées. A travers nos enquêtes et les informations chiffrées, nous avons toutefois pu observer l'amorce d'un mouvement vers l'est de la région à l'échelle de quelques villages. Mais les mouvements de populations qui touchent le plus l'ensemble HCK sont les déplacements interprovinciaux, ce sont essentiellement des personnes venues du plateau central mais qui n'investissent pas la région de façon dispersée. Leurs mouvements sont en fait orientés par l'accueil qui leur est offert par les populations locales.

La province du Houet, comme la Comoé et le Kéné Dougou, est une "région" de moyenne émigration, estimée par l'INSD en 1975 à moins de 4% pour les Hauts-Bassins, alors qu'elle atteint 5,6% de l'ensemble du Burkina Faso. En 1985, il est estimé que 4,9% de la population

rurale et urbaine auraient émigré de la Comoé, 9,8% du Houet, 8,0% du Kéné Dougou. Les soldes migratoires restent malgré tout positifs. En outre, cette émigration est spatialement très différente, puisque le recensement de 1975 montre que ce sont les arrondissements proches de la ligne de chemin de fer qui comptent le nombre d'émigrés le plus important. Elle est caractérisée par des indices de masculinité relativement faibles pour les classes d'âges entre 20 et 40 ans.

Aucune information précise et récente n'est disponible sur les déplacements des autochtones qui s'effectuent à l'intérieur même des limites provinciales. Nous avons réalisé une enquête dans une zone située au pied de la falaise de Banfora, à hauteur de Péni. Cet espace est peu densément peuplé et fait l'objet d'un flux migratoire qui crée une zone d'accueil particulière, puisque contrairement aux départements au nord du Houet, ces déplacements concernent des populations autochtones à la région, depuis le cœur du pays sembla et en provenance du pays bobo.

Les mouvements internes à la province du Houet sont différents des mouvements interprovinciaux dans la mesure où ils sont le fait de populations différentes. Les mouvements interprovinciaux sont dominés par les populations mossi dont la stratégie d'implantation contribue à l'établissement dans le même village de nombreuses familles, alors que les mouvements internes sont plutôt individuels et n'entraînent quasiment pas l'arrivée d'autres familles. En outre, si l'on considère l'ensemble de la zone où se sont installés les Mossi au nord du HCK, on a une impression de continuité alors que l'implantation des autochtones qui migrent vers le sud-est du HCK paraît plus sporadique.

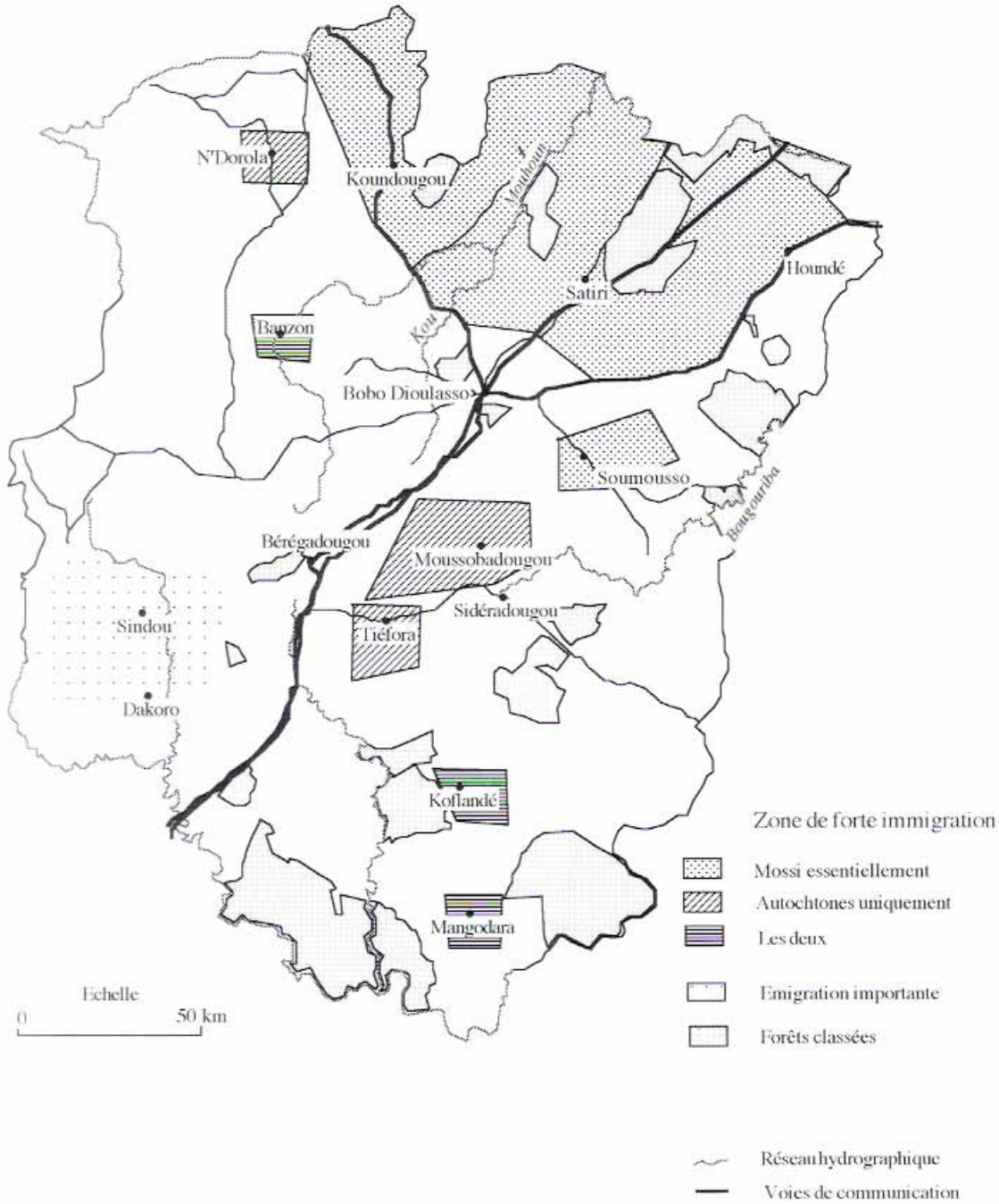
2 - Les mouvements interprovinciaux

Nous évoquerons dans ce point essentiellement la situation de la province du Houet en tant que zone d'accueil de populations venant d'autres provinces du Burkina Faso. L'étude publiée par l'ORSTOM en 1975, déjà évoquée dans la première partie, a également servi de référence à ce point. L'objectif était d'appréhender le phénomène migratoire mossi, de plus en plus ample, sous différents aspects géographique, économique, social. Malgré son ancienneté, elle reflète bien les conditions dans lesquelles le mouvement s'est amorcé et intensifié depuis 1975.

Les mouvements des populations mossi sont observés dès le début du siècle. Ils prennent des orientations différentes au cours des décennies et s'amorcent dans le contexte colonial. Les départs sont liés au recrutement de force de travail pour les plantations de Basse Côte, à celui des tirailleurs et au prélèvement de l'impôt. Plus tard, les motifs économiques seront la cause de départ. Les régions à l'ouest du plateau mossi sont les premières atteintes par les mouvements s'étendant depuis la région de Solenzo, le long des axes en direction de Foh et Dédougou, le sud-

Figure 32

ESPACES D'IMMIGRATION DANS LE SUD-OUEST
AU DEBUT DES ANNEES 1990



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

ouest est touché avant les années 1970 mais les flux se renforcent à partir de cette date. A la fin des années 1980, ces mouvements s'organisent de façon plus diffuse au sud-est où l'afflux de migrants est ancien mais reste ponctuel : Soumousso, Wara, Poya sont les quelques villages en pays Vigué qui acceptent les allochtones. La faible emprise de l'homme dans ces espaces a été favorable à leur arrivée, ce qui entraîne une forte croissance démographique des villages.

Localement, certains villages acceptent plus facilement les étrangers que d'autres. Selon J.P. Lahuec et M. Benoit³⁵, les villages, dont l'accroissement naturel de la population est nul ou faible, se caractérisent par une moindre résistance à l'implantation mossi. Ainsi dans certains villages du nord et nord-est de la province du Houet, les migrants sont devenus majoritaires par rapport aux autochtones sur une période de dix ans. Il existe deux axes majeurs de pénétration:

- l'axe Solenzo - Koundougou - Bobo-Dioulasso
- l'axe Dédougou - Bondukuy - Bobo-Dioulasso

Le recensement de 1975 a indiqué l'existence de quelques villages sous "domination" numérique mossi. Le dénombrement de 1985 n'a pas spécifié la répartition ethnique de la population, toutefois les cartes d'évolution démographique laissent présager un rôle important des immigrants dans les villages situés le long du fleuve, qui accusent une forte croissance démographique, celle-ci est la conséquence du phénomène migratoire. L'ensemble de la région n'est pas affecté d'un taux de croissance égal, en effet certains espaces sont peu occupés par les allochtones à cause du manque de terres libres ou du refus de prêt des détenteurs de la terre. De même, les flux d'immigrants ne concernent pas seulement les Mossi mais aussi des populations du sud-ouest à la recherche de sols plus riches ou moins saturés, les espaces d'accueil ne sont donc pas tous affectés par le même coefficient. Ainsi, les taux de croissance peuvent-ils contribuer à expliquer ces différences.

La figure 32 indique de façon approximative les espaces d'immigration. A partir de nos recherches personnelles et des informations délivrées lors d'enquêtes de terroir par Hagberg et A. Schwartz, nous avons tracé des espaces d'accueil dans le HCK en différenciant l'origine des mouvements intra ou interprovinciaux.

Afin d'analyser le dynamisme démographique lié à l'immigration interprovinciale et à son évolution, quatre villages situés au nord-est de la province en pays bwaba ont été étudiés. Ce sont

³⁵ Lahuec (JP), Benoit (M), 1975, "L'insertion des éléments du champ migratoire mossi dans les différents contextes régionaux, essai de cartographie de synthèse"

Siéni, Touaho, Tiomboni qui ont accès au CSPS de Kiéré. Un recensement exhaustif³⁶ de la population a été réalisé entre décembre 1993 et janvier 1994, il visait à connaître :

- l'importance des ethnies en présence
- l'origine des immigrants, la durée d'installation et les causes de leur déplacement

La faiblesse de l'échantillon qui concerne 5 821 individus, tous âges confondus, n'offre qu'une vision limitée d'une situation entre deux ethnies en présence : il ne peut être totalement représentatif d'une population bwaba forte de 81 235 personnes en 1985, dispersées sur quatre départements soit 4 207 km² (l'échantillon ne représente que 7,1% de la population). Cependant il apparaît que les faits observés lors de l'étude de l'ORSTOM réalisée en 1975, sont toujours valables en 1993. En outre, les villages de taille variée peuvent indiquer des comportements différents.

Les traits majeurs sont une présence plus ou moins importante des étrangers par rapport aux autochtones, selon la taille du village et en fonction des croissances démographiques disparates.

Tableau 19 : Evolution de la population de 1975 à 1993 autour de Kiéré

| Villages | Population | | | Taux de croissance | Taux de croissance |
|----------|------------|------|------|--------------------|--------------------|
| | 1975 | 1985 | 1993 | 1975/85 | 1985/93 |
| Kiéré | 1793 | 2443 | 3061 | 3,1 | 2,8 |
| Siéni | 570 | 512 | 1269 | - 1,0 | 12,0 |
| Tiomboni | 90 | 320 | 906 | 11,3 | 13,9 |
| Touaho | | 421 | 585 | | 4,2 |

Sources : Recensement INSD, enquêtes personnelles 1993

Entre 1975 et 1985, Siéni présente une croissance négative liée à un changement dans le recensement puisque Touaho, qui lui était rattaché, a été élevé au statut de village, puis entre 1985

³⁶ Selon les travaux réalisés en 1971 par J. Capron, repris par C. Savonnet-Guyot : "au niveau de la maison se regroupe toujours une famille étendue, forte de 30 à 40 personnes, se reconnaissant en ligne paternelle un ancêtre commun", une organisation qui tend à disparaître aujourd'hui comme l'a également remarqué R. De Plaen dans son étude d'un village bwaba, 1994, "Dossi : étude géographique de la dynamique d'un système d'exploitation agricole chez les Bwaba du sud-ouest du Burkina Faso", nous avons donc opté pour le recensement au niveau de la famille de base, c'est-à-dire un homme marié, ses femmes et ses enfants non mariés pour plus de précisions.

et 1993 la population connut une forte croissance, elle est liée à l'arrivée de familles mossi. L'immigration a débuté en 1980 mais c'est en 1985 et 1990, selon nos enquêtes personnelles, que les flux se sont considérablement intensifiés. Il apparaît que Tiomboni faisait déjà l'objet d'un afflux d'immigrants important par rapport aux autres lieux entre 1975 et 1985. Selon les Mossi que nous avons enquêtés les mouvements vers ce village ont débuté en 1975, ils ont redoublé entre 1989 et 1990, comme à Kiéré dont les plus anciens sont installés depuis 28 ans. Touaho constitue une exception que l'on peut expliquer par sa position proche de la forêt classée du Tui et un terroir plus réduit que les autres villages, qui a conduit certains habitants à défricher dans des zones interdites. Il accueille tout de même des immigrants depuis 1972, puis le mouvement s'est considérablement ralenti depuis 1980 : c'est d'ailleurs la plus petite communauté de l'aire sanitaire de Kiéré puisqu'elle compte à peine plus de 300 individus contre plus de 500 ailleurs. Les variations de croissance sont donc liées aux populations immigrantes.

En 1993 les grosses agglomérations ont une plus faible croissance que les petites entités. En effet, pour Kiéré, village de plus de 3 000 habitants les Bwaba forment plus de 70% de la population, dans les villages de Siéni et Touaho, en moyenne de 1 000 habitants, les Bwaba représentent environ 45% de la population du village, enfin ils ne sont plus que 11% dans la petite localité de Tiomboni. L'immigration a pour conséquence de modifier la taille des villages en faveur de ceux de grande taille. L'habitat se diversifie entre les constructions autochtones et celles des migrants en nébuleuses.

Tableau 20 : Part de chaque ethnie par village en 1993 autour de Kiéré

| Ethnies | Kiéré | Siéni | Tiomboni | Touaho |
|---------|-------|-------|----------|--------|
| Bwaba | 72,4 | 41,1 | 11,6 | 46,0 |
| Mossi | 16,4 | 41,0 | 75,1 | 54,0 |
| Peul | 8,2 | 16,1 | 11,5 | 0 |
| Autres | 3,0 | 1,7 | 1,8 | 0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Sources : enquêtes personnelles 1993

Les modalités d'installation sont variables d'un lieu à l'autre. Les migrants peuvent s'adresser au chef de terre qui met à leur disposition une partie du terroir, ou à un habitant du village détenteur de droits fonciers qui leur alloue une parcelle. Selon la décision des villageois les Mossi vont s'installer directement sur leur champ comme à Siéni, Touaho, ou en périphérie du village autochtone comme à Kiéré. Les premiers migrants qui s'installent assurent ensuite l'accueil de nouvelles familles originaires du même village ou de la même région ; ils servent d'intermédiaires auprès du chef de terre, ou redistribuent les terres qui lui ont été prêtées. L'étude de l'ORSTOM a montré que les terres prêtées aux étrangers étaient souvent de qualité médiocre,

les sols sont rapidement épuisés à cause d'une agriculture minière pratiquée par les Mossi où aucune technique de régénération des sols n'est pratiquée ; on assiste alors à de nouveaux départs.

L'ORSTOM précisait également que les villages de petite taille étaient plus attractifs pour les Mossi. Il semble que les étrangers soient autorisés de façon limitée à Kiéré, village plus densément peuplé et mieux contrôlé par les Bwaba. A l'inverse Tiomboni, qui ne compte que 105 autochtones et peu d'hommes actifs, a une emprise moindre sur son terroir et dispose de moins de terres disponibles. Dans ce village, les plus de 60 ans représentent 15% de la population bwaba et seulement 4% des Mossi, et parmi les plus de 20 ans l'indice de masculinité est toujours déficitaire pour les autochtones, et cela dans des proportions plus considérables que dans les autres localités. En revanche, chez les étrangers il est très variable, mais surtout plus élevé que pour les Bwaba.

Tableau 21 : Sex-ratio des villages autour de Kiéré en 1993

| Villages | Ethnies | Ages | | | | | | |
|----------|---------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | 0-19 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | > 60 |
| Kiéré | Bwaba | 1,12 | 0,95 | 0,82 | 0,76 | 0,88 | 0,80 | 1,61 |
| | Mossi | 1,44 | 1,21 | 0,65 | 1,04 | 1,17 | 1,13 | 0,80 |
| Touaho | Bwaba | 1,14 | 0,71 | 0,45 | 0,53 | 1,40 | 0,67 | 0,30 |
| | Mossi | 0,89 | 1,21 | 0,84 | 0,65 | 1,40 | 0,17 | 2,17 |
| Siéni | Bwaba | 1,00 | 0,60 | 0,67 | 0,85 | 0,93 | 0,50 | 0,74 |
| | Mossi | 0,78 | 1,05 | 0,64 | 0,56 | 1,00 | 1,80 | 1,33 |
| Tiomboni | Bwaba | 0,89 | 0,78 | 0,38 | 0,33 | 0,50 | 0,57 | 1,00 |
| | Mossi | 0,83 | 0,97 | 0,76 | 1,03 | 0,75 | 1,75 | 1,08 |
| Moyenne | Bwaba | 1,09 | 0,87 | 0,73 | 0,74 | 0,88 | 0,71 | 1,12 |
| Moyenne | Mossi | 0,94 | 1,08 | 0,72 | 0,84 | 0,98 | 1,22 | 1,23 |

Source : enquêtes personnelles, 1993

Les villages regroupent 3112 Bwaba et 2018 Mossi. Nous avons opté pour une classification par classe d'âge de dix ans en raison de l'imprécision des déclarations lors des recensements.

Pour chacune des ethnies, la population jeune est la plus importante (caractéristique des pays en voie de développement). Cependant les moins de 20 ans sont plus nombreux chez les Mossi, signe d'un taux de fécondité plus élevé chez les femmes mossi. Ainsi le nombre d'enfants vivants, recensés par femme est de 1,8 chez les Bwaba et de 2,3 chez les Mossi. Les autres classes

d'âges sont également mieux représentées chez les Mossi, hormis les 20-29 ans et ce particulièrement parmi les femmes moins nombreuses que chez les Bwaba. La répartition en pourcentage par classe d'âges indique un déficit marqué pour les femmes mossi de 10 à 29 ans, une partie d'entre elles retournent souvent dans leur village d'origine pour se marier.

Par ailleurs le déséquilibre entre les sexes est marqué pour les hommes entre 20 et 40 ans chez les Bwaba, il correspond à l'émigration vers la Côte d'Ivoire qui se fait souvent de façon individuelle, certaines femmes restant au village. Le nombre moyen de femmes par chef de famille, qui est de 1,6 chez les Bwaba et 1,8 chez les Mossi, confirme le mouvement migratoire masculin bwaba. Malgré le faible écart entre les deux ethnies, les groupes d'âges ne sont pas représentés par les mêmes pourcentages et n'évoluent pas de façon identique.

D'autres ethnies sont présentes, de façon plus limitée et souvent plus ciblée dans l'espace, et parfois liée à une décision politique. Ainsi, les Peul sont implantés depuis environ 1973 à Kiéré avec une arrivée massive en 1985-86, dates approximatives d'arrivée des premiers Peul dans les villages de Siéni et Tiomboni. Originaires du Mouhoun pour la plupart, ils ont fait étape pendant une période plus ou moins longue à Yaho, Bagassi, Bondukuy, Dédougou, et ils ont probablement été séduits par les conditions naturelles favorables à la pâture de leurs troupeaux.

3 - Un dynamisme démographique soutenu

Dans certaines parties du territoire, la croissance démographique est inverse aux densités d'occupation de l'espace en raison de la faible disponibilité en terres. Ce phénomène est confirmé par l'indice de masculinité déficitaire, signe que certains hommes optent pour l'émigration faute de champs à cultiver en assez grand nombre ou en qualité suffisante.

Tableau 22 : Croissance de la population entre 1975 et 1985
dans la province du Houet

| croissance annuelle | 1975 | | | | | |
|------------------------|---------|---------|----------|-----------|-----------|----------------|
| | 0-4 ans | 5-6 ans | 7-14 ans | 15-29 ans | 30-44 ans | plus de 45 ans |
| < 1,5% | 16,7 | 6,5 | 20,2 | 22,8 | 15,2 | 18,4 |
| 1,5 - 2,5% | 17,4 | 6,2 | 19,8 | 23,1 | 15,6 | 17,8 |
| > 2,5% | 17,3 | 6,9 | 20,2 | 23,4 | 15,6 | 16,4 |
| Province | 17,1 | 6,8 | 20,2 | 23,3 | 15,6 | 16,8 |
| | 1985 | | | | | |
| | 0-4 ans | 5-6 ans | 7-14 ans | 15-29 ans | 30-44 | plus de 45 ans |
| < 1,5% | 17,4 | 6,5 | 20,1 | 24,0 | 13,3 | 18,6 |
| 1,5 - 2,5% | 17,9 | 6,2 | 20,6 | 25,0 | 12,9 | 17,3 |
| > 2,5% | 18,9 | 7,3 | 20,7 | 24,7 | 13,5 | 14,9 |
| Province | 18,7 | 7,1 | 20,6 | 24,6 | 13,5 | 15,5 |

Les villages à croissance négative ou stagnante se caractérisent par une population âgée, plus importante que la moyenne provinciale en 1985, et cela contrairement aux lieux de forte croissance. Cependant ce tableau ne laisse pas apparaître d'inégalités majeures entre les classes d'âges, surtout pour celles dont l'évolution de la population est largement tributaire de l'immigration.

Avec la distribution spatiale des taux, une évolution de la croissance apparaît du sud-ouest au nord-est. Au sud-ouest, les espaces déjà plus densément peuplés que la moyenne en 1975, font l'objet d'une déprise humaine. A mesure que l'on se déplace vers le nord, l'évolution de la croissance est de plus en plus forte, allant jusqu'au doublement du nombre d'habitants au cours de la décennie. Les espaces concernés correspondent à ceux qui, en 1975, étaient peu densément peuplés. La plaine au sud et au sud-est connaît cette évolution, mais avec une intensité moins forte. Le dynamisme démographique contrasté est lié à la convergence de plusieurs facteurs :

- l'attraction d'un lieu : aménagements hydro-agricoles, sous-préfectures, terres disponibles,
- la pression humaine sur le milieu ou l'accès difficile à la terre pour les jeunes, qui provoque l'émigration,
- les relations autochtones-étrangers qui sous-tendent l'accès à la terre pour les immigrants.

A l'échelle de la "région", nous avons isolé quatre groupes se rapportant au taux de croissance démographique :

- villages ayant une croissance négative ou faible, inférieure à 1,5% par an
- villages ayant une croissance entre 1,5 et 2,4%
- villages ayant une croissance entre 2,5 et 9,9%
- villages ayant une croissance forte, plus de 10%

La carte indique que les deux premiers groupes concernent les mêmes espaces. Ils font tous deux apparaître une opposition nord-ouest/sud-est, partiellement matérialisée par la falaise de Banfora, prolongée au nord par la route goudronnée Bobo-Dioulasso-Ouagadougou et au sud par celle de Banfora-Niangoloko. Cette opposition correspond à la répartition "traditionnelle" du peuplement. Les plus faibles croissances de population semblent affecter les villages suivant des axes horizontaux. Ainsi de Sifarasso (frontière malienne) à Dingasso³⁷ (au sud de Bobo-Dioulasso), et un peu plus au sud de Noussoun à Tingrela (à l'ouest de Banfora), l'enclavement, au sein de reliefs, limite l'extension des terroirs villageois, et suscite l'émigration des jeunes.

³⁷ Entre Toronso et Tin, les villages sembla accusent des taux négatifs, selon les agents administratifs le dépeuplement de ces villages se serait fait au profit de villages localisés le long de la piste principale, Tiara, Gognon, Guéna dont les taux de croissance sont respectivement de 11,5 ; 10,7 ; 6,0% par an. Il faut signaler que les étrangers sont absents de cet espace.

L'enclavement physique n'est toutefois pas la seule explication à la régression de la population, car les espaces au pied de la falaise de Banfora, à l'écart des grandes voies de communication, font l'objet d'un mouvement de colonisation des terres. J.L. Vassallucci indiquait en effet que *"l'Institut National de la Statistique et de la Démographie voltaïque considérait, en 1975, que Banfora et son arrondissement, par la proximité de la ligne de chemin de fer, représentait la plus forte zone d'émigration du sud-ouest"*³⁸.

Les cartes relatives aux taux de croissance et densités démographiques font apparaître un "glissement" du peuplement vers le sud-est, en même temps qu'une densification de l'occupation de l'espace dans les espaces septentrionaux, le long du Mouhoun et de l'axe Bobo-Dioulasso-Fo. Mais, tout l'ouest de la région, le long d'une bande d'environ 40 km de large, parallèle à la frontière malienne échappe totalement à cette densification. Ce dynamisme relève essentiellement du fait migratoire dont les mouvements sont motivés par la disponibilité en terres dans les espaces peu peuplés du sud-ouest du Burkina Faso. Ces mouvements, dont l'origine est interne et/ou externe à la région, aboutissent à un doublement de la population qui intervient en une décennie pour les villages dont la croissance est supérieure à 10% par an.

Les trois provinces présentent donc un taux de croissance au moins égal, sinon supérieur à la moyenne nationale, ce qui reflète l'importance des mouvements migratoires vers ces espaces. Cependant les situations sont très variées à l'échelle du département, certains déjà densément peuplés en 1975 ont connu une forte croissance démographique au cours de la décennie suivante, d'autres plus faiblement occupés ont également été attractifs, tels les départements de Mangodara, Tiefora, Karangasso-Vigué, Koumbia, Kourignon, Péni. Dans ce groupe, Péni présente la particularité de n'accueillir que des migrants autochtones à la région, venant des départements limitrophes, alors que les autres accueillent des Mossi en plus ou moins grand nombre.

Il apparaît donc que les fortes densités caractérisant certaines unités administratives n'induisent pas systématiquement des taux de croissance élevés, et inversement, puisque certains espaces peu humanisés accueillent de plus en plus de nouveaux arrivants.

³⁸ Vassallucci (J.L.), op. Cité, p 135

Tableau 23 : Taux de croissance 1975-85 par département

| | | | | | |
|------------------|------|------------------|------|-------------|-----|
| Houet | 6,1 | Comoé | 2,7 | Kénédougou | 3,5 |
| Bama | 9,4 | Banfora | -0,1 | Djigouéra | 7,8 |
| Békuy | 5,8 | Bérégadougou | 2,2 | Koloko | 2,3 |
| Béréba | 9,8 | Dakoro | 2,9 | Kourouma | 4,7 |
| Bobo (rural) | 3,2 | Douna | 1,2 | Morolaba | 3,3 |
| Fo | 11,6 | Kankalaba | 0,8 | N'Dorola | 4,5 |
| Houndé | 8,3 | Loumana | 2,4 | Orodara | 2,3 |
| Karangasso-Vigué | 16,6 | Mangodara | 6,8 | Ouéléni | 2,9 |
| Koumbia | 6,6 | Moussodougou | 1,5 | Samogohiri | 3,2 |
| Kourignon | 7,1 | Niangoloko | 3,1 | Samorogouan | 4,2 |
| Léna | 4,1 | Niankorodougou | 4,5 | Sindo | 3,5 |
| Padéma | 29,6 | Ouo | 0,8 | | |
| Péni | 8,3 | Sidéradougou | 5,7 | | |
| Satiri | 12,5 | Sindou | 1,0 | | |
| Toussiana | -0,3 | Soubakagnédougou | 1,7 | | |
| | | Tiéfora | 6,5 | | |
| | | Wolonkoto | -0,7 | | |

Sources : INSD, Ouagadougou

Dans ce tableau, quelques taux de croissance sont mis en évidence dans chaque province. Leur caractéristique commune est la présence d'un cours d'eau s'étendant dans une plaine d'inondation aménagée pour la riziculture irriguée (Loumana, Djigouéra, Bama, Tiéfora), ou l'existence d'un cours d'eau dont les terres plus ou moins éloignées ont été colonisées (Fo, Padéma, Satiri). Dans les plaines aménagées, le temps a une grande importance ; celle de Loumana qui a été aménagée depuis la fin des années 1950 n'attire pas les migrants puisque les terres aménagées ont été redistribuées aux familles qui les exploitaient avant. Ce constat est intéressant d'un point de vue sanitaire. En effet, les populations ont des rapports de plus en plus importants avec l'eau, source de nombreuses maladies. Les politiques sanitaires devraient donc intégrer ce phénomène et donner plus de moyens aux infirmiers pour y faire face. Karangasso-Vigué, au sud-est, région auparavant faiblement occupée pour des raisons notamment historiques voit aujourd'hui l'installation de familles mossi, mais également de familles Peul, attirées par les pâturages offerts à leurs troupeaux. Le département de Karangasso-Vigué constitue un axe de passage pour les éleveurs venus de Béréba et se dirigeant vers le "projet élevage" de Sidéradougou.

La croissance démographique apparaît localement très variable, mais elle est plus marquée dans le nord de la "région" où l'on observe les taux les plus élevés toujours supérieurs à 5% par

an. A l'opposé l'ouest, et plus particulièrement le sud-ouest, sont touchés par une stagnation, voire une régression de la population qu'il faut toutefois relativiser, le recensement de 1975 a sous-estimé la population. Les taux sont toujours supérieurs à 5% dans l'ouest et 2% dans le sud, ce ne sont que des moyennes et les calculs sont, bien sûr, à prendre avec précaution si l'on change d'échelle. Le village de Sidéradougou et sa région sont représentatifs des erreurs d'appréciation que peuvent entraîner les recensements, 10 nouveaux villages (autrefois recensés en partie avec Sidéradougou) ont été créés, d'où la croissance négative du village de Sidéradougou. Ceci n'est pourtant pas lié à la redistribution effective du peuplement au cours de la décennie, mais aux modalités du recensement. Le taux de croissance global du département de 5,7% par an indique que la population n'a pas migré vers d'autres unités administratives.

Par contre dans un espace au sud-ouest, toujours à grande échelle, délimité au nord par la route Orodara-Koloko et à l'est par celle de Toussiana-Niangoloko, aucun hameau de culture n'a accédé au statut de village, il s'agit donc bien d'une déprise humaine. Les villages des départements de Sindou, Douna, Wolonkoto, Loumana sont beaucoup moins attractifs que par le passé. Ces espaces ont bénéficié d'aménagements hydro-agricoles dans les plaines, cependant l'organisation sociale des populations, qui ne permet pas l'accès des jeunes à la terre et l'enclavement lié au relief, associé à la médiocrité des voies de communication pour la commercialisation, expliquent l'émigration de la population et les faibles taux de croissance. Le terroir de Konandougou (dans le département de Sindou) est ainsi caractéristique de la situation des villages du sud-ouest. La croissance de 0,7% par an est la conséquence d'une pression de plus en plus importante sur les terres agricoles où les cultures vivrières sont associées aux cultures de rente. Ce sont principalement les jeunes qui émigrent vers des villages où ils peuvent s'établir à leur compte, *"il semble que le taux d'émigration élevé corresponde au système d'organisation sociotraditionnel, il n'y a pas de champs individuels pour les jeunes et la grande famille est dominante"*³⁹. Les populations Gouin et Turka de ces espaces occidentaux, comme celles des environs de Morolaba et Sindou migrent vers la Côte d'Ivoire. Ces mouvements vers les plantations ivoiriennes sont toutefois à relativiser car il est fréquent de rencontrer des populations des villages limitrophes à la frontière malienne, employées comme main-d'oeuvre saisonnière sur les champs des agriculteurs maliens. Les villages aux environs de Banfora présentent la même situation. Il semble que ces populations, comme celles de Bérégadougou et Fabédougou, contraintes par la forte emprise humaine sur l'espace et privées d'espaces agricoles, que la SOSUCO⁴⁰ s'est en partie appropriée, aient migré vers l'est en direction des terres autour de Tiéfora, dont les villages ont une croissance démographique supérieure à 10% par an. Le mouvement des autochtones vers des espaces limitrophes est observé en d'autres lieux. Ainsi, au pied de la falaise de Banfora, aux

³⁹ Vassallucci (JL.)

⁴⁰ Société Sucrière de la CÔMÔÉ

environs de Péni, les Sembla de Logofourso, les Bobo de Dingasso, devant le manque de terres, préfèrent migrer vers l'est de la région (autour de Moussobadougou).

Plus au sud, les villages de Koflandé (5,2% croit annuel) et de Mangodara (7,2%) exercent la même attraction sur les habitants du nord-ouest de Banfora (départements de Bérégadougou, Banfora). Une étude socioécologique, menée en 1990 pour le compte du Ministère de l'environnement et du travail, dans le cadre d'un projet de gestion des ressources naturelles, indique que le village de Koflandé situé dans une zone boisée, "*fait l'objet d'une forte pression due à l'immigration des agriculteurs en provenance du Sahel et du plateau central mais aussi du nord de la province (Comoé)... A Koflandé, village créé depuis 30 ans les immigrants dépassent largement 50%*"⁴¹.

Les vastes terres orientales sont attractives en raison de la faible mise en valeur qui les caractérise depuis des décennies. Toutefois, malgré une pluviométrie supérieure à 1000 mm par an la faible capacité de rétention d'eau des sols entraîne une pénurie en saison sèche.

L'impératif de l'offre de soins publique ne réside pas dans le besoin de s'assurer des revenus réguliers par une clientèle importante, mais dans la nécessité de toucher le maximum de personnes. L'analyse de la répartition des structures de soins présente donc un double intérêt : les objectifs de la politique sanitaire doivent faire apparaître les môles de densité et la distribution hiérarchique doit souligner les lieux participant à l'organisation de l'espace. A l'image des mouvements de population, peut-on s'attendre à une diffusion des structures de soins le long des axes de pénétration ?

Le sud-ouest apparaît comme un espace d'immigration, foyer connu depuis longtemps, la politique sanitaire nationale n'a pris conscience que très tardivement de la situation, puisque les espaces d'accueil les plus importants ne disposaient que de quelques rares CSPPS. La politique de T. Sankara a équipé les interstices le long de la bande de fortes densités, la politique de B. Compaoré a rectifié la répartition en dotant les périphéries administratives.

La répartition spatiale met en évidence une opposition entre une partie nord (au nord de Bobo-Dioulasso) où la majorité des nouveaux CSPPS a été implantée et une partie sud qui reçoit moins d'établissements, ils se concentrent le long de la voie Bobo-Dioulasso-Diébouyou. La corrélation est étroite entre espaces d'immigration, pourtant anciens dans la partie septentrionale, et espaces d'émigration dont les détenteurs refusent de prêter la terre à des étrangers. On notera que malgré la forte attraction des terres le long des cours d'eau, les villages qui s'y sont créés ou

⁴¹ Hagberg (S), 1990, "Etude socioécologique de cinq terroirs villageois dans les provinces de la Comoé et du KénéDougou"

développés par l'apport de populations extérieures à la région sont ignorés de la programmation sanitaire. Ce n'est qu'en 1993 que quelques CSPS ont été ouverts (Lahresso, Banwalé).

A cette exception près, on pourrait conclure que la localisation des CSPS reflète assez bien la répartition de la population dans la province du Houet et que la hiérarchie sanitaire est un indicateur de l'organisation de l'espace par l'Etat. Les pôles administratifs les plus importants disposent d'un équipement sanitaire spécialisé. Ces structures de soins sont-elles révélatrices de la mise en valeur de l'espace par la population ? Les activités pratiquées par les populations ont-elles été un facteur de localisation ou de multiplication ?

4 - Une population jeune

L'étude de la distribution par âge de la population a un intérêt pour l'analyse de l'offre de soins. Les activités des infirmiers dans les CSPS, structures de soins les plus nombreuses dans le pays, sont en effet conditionnées par l'importance des enfants en bas âge et des femmes en âge de procréer. Les campagnes de vaccination, pour être menées à bien, doivent être basées sur une connaissance précise des populations.

En 1975, la distribution de la population, selon la taille des villages dans l'ensemble des trois provinces, montre un certain déséquilibre entre les hommes et les femmes. La moyenne "régionale" est de 95 hommes pour 100 femmes (93 pour le Burkina Faso). Au regard de chaque province, des disparités apparaissent : dans le Houet, l'indice de masculinité est de 0,99 ; dans le Kéné Dougou, il est de 0,96 et de 0,91 dans la Comoé. Ces différences sont liées aux mouvements migratoires, de type varié selon les unités administratives. Le Houet, avec le nord du Kéné Dougou est le plus touché par les mouvements d'arrivée des populations depuis le centre du pays. Ainsi, les départements de Bama, Fo, Padéma, dans le Houet, ont un nombre d'hommes supérieur à celui des femmes en 1985 ; ce sont également des espaces ayant connu un doublement de leur population au cours de la décennie. Dans la Comoé, seul Mangodara répond aux mêmes critères et Djigouera pour le Kéné Dougou. Par contre, la Comoé est affectée par des mouvements de départ en direction de la Côte d'Ivoire, particulièrement dans les villages de l'ouest, comme le confirme les taux de croissance démographique.

Ce déséquilibre s'est accru au cours de la décennie suivante, au détriment des hommes, et pour les villes les plus petites. Les localités de plus grande taille ont vu leur taux de masculinité augmenter, et cela même s'il reste déséquilibré. Dans la province du Houet, cette différence entre les groupes de villages, peu et très peuplés, est encore plus prononcée. En 1975, ce sont seulement les villages de 5 000 à 10 000 habitants qui ont un taux de masculinité élevé puisqu'il existe 105 hommes pour 100 femmes. En 1985, ce constat peut être étendu aux villages de plus de

4 000 habitants.

En 1975, la distribution par sexe, selon des classes d'âge, montre que dans le Houet les classes 15-29 ans et 30-44 ans représentent la situation démographique moyenne. Elles indiquent pour une grande partie des villages, un indice de masculinité déficitaire, qui peut s'expliquer par les migrations de travail très fréquentes vers la Côte d'Ivoire. Les villages de petite taille sont caractérisés par un équilibre numérique entre hommes et femmes ; ils sont moins touchés que les autres localités par le départ des hommes actifs, mais surtout, les hommes âgés de plus de 60 ans sont plus nombreux que dans les autres groupes : 173 pour 100 femmes. L'équilibre moyen ne semble pas s'être maintenu en 1985.

En 1975, les villages de plus de 5 000 habitants, font l'objet d'une forte immigration. Les années 1970 marquent, pour le Houet, l'arrivée des Mossi dans les espaces inoccupés par les autochtones. Ce sont des hommes qui se déplacent le plus souvent seuls, et recherchent un terrain favorable à l'installation future de leur famille ou des habitants de leur village. Cela peut expliquer la très forte présence masculine dans la distribution par sexe ; celle-ci s'est d'ailleurs quelque peu réduite selon le recensement de 1985.

Désormais, le mouvement amorcé s'est développé et organisé, les migrants arrivent plus nombreux et accompagnés de leur famille. En 1975, les Mossi présentent un nombre d'hommes supérieur à celui des femmes, soit 111 hommes pour 100 femmes alors que la moyenne pour les autres ethnies est de 90 hommes pour 100 femmes. Si l'on peut avancer la polygamie pour expliquer le "déficit" en hommes, celle-ci ne justifie pas totalement les différences puisque les Mossi sont également polygames. La différence, observée entre les deux sexes, s'est réduite chez les Mossi en 1985 : il n'y avait plus que 101 hommes pour 100 femmes.

Les indices de masculinité sont particulièrement faibles pour les villages comptant entre 3000 et 5 000 habitants en 1985. Ce groupe est dominé par des localités dont les terres sont saturées et faute de pouvoir étendre leur champ, les hommes entre 30 et 59 ans quittent leur village ; dans certaines localités, le rapport est ainsi inférieur à 70 hommes pour 100 femmes (tableau 24). Le sex-ratio moyen calculé pour 1985, indique une amplification de ce déséquilibre pour la majorité des villages. La croissance démographique est négative ou relativement faible, ceci confirme donc des mouvements de départ continus au cours de la décennie 1975-85.

Tableau 24 : Indice de masculinité pour les villages entre 3 000 et 5 000 habitants en 1975 dans le HCK

| Villages | SEX-RATIO | | | | | | | | croit 1975-85 |
|---------------|-----------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------------|
| | 0-4 ans | 5-6 ans | 7-14 ans | 15-29 ans | 30-44 ans | 45-59 ans | + 60 ans | total 75 | |
| Boni | 0,90 | 1,15 | 1,05 | 0,92 | 0,84 | 0,72 | 0,68 | 0,90 | 2,1 |
| Nianaba | 1,00 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 0,65 | 0,71 | 0,93 | 0,84 | -3,9 |
| Yorofesso | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 0,70 | 0,69 | 0,95 | 0,87 | -13,5 |
| Houndé | 1,05 | 1,05 | 1,15 | 0,83 | 0,92 | 0,99 | 0,95 | 0,99 | 10,6 |
| Koumi | 1,00 | 1,20 | 1,01 | 0,68 | 0,77 | 0,79 | 1,32 | 0,89 | -1,1 |
| Dandé | 1,05 | 1,09 | 1,20 | 1,00 | 1,02 | 2,39 | 1,00 | 1,12 | 7,4 |
| Dakoro | 1,01 | 0,86 | 0,95 | 0,72 | 0,78 | 0,99 | 1,60 | 0,89 | 3,7 |
| Douna | 0,93 | 1,06 | 0,93 | 0,69 | 0,49 | 0,68 | 0,71 | 0,77 | -0,1 |
| Kankalaba | 1,00 | 0,91 | 0,98 | 0,83 | 0,85 | 1,05 | 1,28 | 0,95 | -11,9 |
| Moussodougou | 1,06 | 0,97 | 0,85 | 0,75 | 0,55 | 0,67 | 1,07 | 0,81 | 1,9 |
| Soubakagnedou | 0,97 | 0,98 | 1,11 | 0,80 | 0,76 | 0,68 | 1,28 | 0,89 | 2,2 |

Sources : Recensement 1975, INSD Ouagadougou

Seuls Houndé et Dandé, au nord de la province du Houet, ont échappé à la phase de recul du groupe. Le premier, comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie, est situé au centre d'une région productrice de coton où une usine d'égrenage a été construite. La présence d'ouvriers a entraîné l'implantation progressive de services, essentiellement publics, qui lui ont permis de passer au statut de commune urbaine en 1995. Houndé, en pays bwaba, est également un point de jonction pour les transporteurs des environs, et une gare routière pour les transporteurs qui effectuent des trajets sur de plus longues distances. Son marché, qui se tient tous les cinq jours, attire les habitants sur un rayon de 20 km. A la fin des années 1960, la région bwaba a été choisie comme terrain d'expérience pour le développement de la culture commerciale du coton. Cette initiative a connu un succès qui s'est prolongé dans le temps : le nord-est du Houet est d'ailleurs une des régions qui produit les plus forts tonnages. Cette ouverture des populations aux innovations, a certainement contribué à l'implantation des migrants sur les terres non mises en valeur. Hormis quelques villages, les autochtones ont souvent été favorables à l'implantation des Mossi. Les terres libres étaient assez importantes, compte tenu de la taille des villages et de l'organisation de l'habitat. En effet, les localités bwaba avaient la particularité, il y a encore peu de temps, d'être qualifiées de "villages-tas". Les populations pratiquaient une culture sous parc à *Acacia albida*, culture intensive qui permettait de limiter les déplacements en brousse.

Dandé présente les mêmes similitudes. Peuplé à l'origine par les Bobo, il est aujourd'hui très cosmopolite, même si les Mossi dominent dans l'espace. Là encore, la disponibilité en terre et l'accord des autochtones ont été favorables à l'établissement de flux de migrants venus du plateau mossi. L'aire d'attraction du marché de Dandé s'étend au-delà des villages environnants, des commerçants viennent même de Bobo-Dioulasso, distant d'environ 60 km, pour acheter des céréales et des produits maraîchers.

Un autre exemple peut être donné par les Vigué, le passage d'une moyenne de 98 à 102 hommes pour 100 femmes en une décennie est à mettre en relation avec les mouvements migratoires qui touchent le sud-est de la province du Houet, avec toutefois, une moins grande intensité que pour le nord de cet ensemble. Il apparaît évident que l'arrivée d'immigrants est un facteur favorable à cette situation. Pour conclure, nous reviendrons une nouvelle fois sur les estimations de la répartition par sexe en 1985, en nous appuyant sur l'exemple des Bwaba. L'indice de masculinité de 0,94, en 1985, est une moyenne calculée en fonction de la répartition ethnique de 1975, or celle-ci a beaucoup évolué. La répartition ethnique, nous le rappelons, n'a pas été indiquée dans le recensement de 1985. En pays bwaba, les Mossi sont très nombreux et même majoritaires dans certains villages. Nous ne sommes pas informés des mouvements de population internes qui pourraient toucher les trois provinces, aussi les chiffres avancés doivent-ils être pris à titre indicatif. L'émigration qui touche surtout le sud-ouest du HCK est difficile à évaluer. Le Houet, en dépit des flux d'immigrants importants, ne présente pas une répartition par âge très différente des provinces limitrophes.

Les mouvements migratoires ont-ils un impact sur la distribution de la population par âge ?

Tableau 25 : Distribution par groupes d'âge de la population

| Classes d'âge | dans le HCK | au Burkina Faso |
|----------------|-------------|-----------------|
| 0-14 ans | 47,9 % | 48,2 % |
| 15-49 ans | 41,4 % | 40,2 % |
| plus de 50 ans | 10,6 % | 11,6 % |

Il y a très peu de différence entre la situation par âge dans l'ensemble "régional" du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou et la situation du Burkina Faso. La classe des 0-4 ans regroupe 47,5% de la population du Houet ; les 15-49 ans représentent 42% ; et les plus de 50 ans 10,4%, soit une proportion de personnes âgées inférieure à celle de la "région".

Le classement du tableau 26 met en évidence la population jeune, et celle en âge de travailler. Compte tenu de l'espérance de vie au Burkina Faso, qui atteignait 49 ans en 1991, les plus de 50 ans peuvent être considérés comme âgés. Au sein de la classe des plus jeunes, les différences sont moins marquées que pour les deux autres classes. Parmi les 15-49 ans, trois ethnies paraissent "déficitaires", comparativement aux autres groupes, ce sont les Turka, les Samogho et les Ouara. Les Turka sont particulièrement marqués par un déséquilibre entre le nombre d'hommes et de femmes ; il correspondrait aux départs des hommes vers d'autres terres. Ils sont d'ailleurs situés dans un espace marqué par une forte déprise humaine. Samogho et Ouara

sont également touchés, mais dans une moindre mesure, par le départ de leur force de travail, comme l'attestent les taux de croissance des villages faibles, voire négatifs. Par ailleurs, ces trois groupes sont marqués par une surreprésentation des personnes de plus de 50 ans par rapport à la moyenne de la "région" HCK. Faute d'informations plus précises sur les populations et compte tenu des conditions de recensement, il est difficile d'aller plus loin dans les explications de ces phénomènes.

Dans le Houet, l'étude de la répartition par âge, en fonction de la taille des villages, est particulièrement intéressante. Elle montre en effet une évolution inverse entre la part des classes d'âge et le nombre d'habitants. Ainsi, plus les villages sont de taille importante, plus le pourcentage d'habitants de moins de 14 ans est élevé et plus la part des plus de 50 ans est faible. Proportionnellement à leur nombre d'habitants les petits villages comptent une plus grande proportion de personnes âgées (soit 13,7% contre seulement 7,2% pour les villages de plus de 10 000 personnes).

Tableau 26 : Distribution par âge de la population selon la taille des villages dans la province du Houet

| Taille des villages | 0-14 ans | 15-49 ans | plus de 50 ans |
|---------------------|----------|-----------|----------------|
| < 500 hab | 44,1 | 42,1 | 13,7 |
| 500-999 | 46,8 | 42,0 | 11,2 |
| 1000-1999 | 46,6 | 41,6 | 11,8 |
| 2000-2999 | 47,7 | 41,4 | 10,9 |
| 3000-3999 | 48,8 | 41,5 | 9,8 |
| 4000-4999 | 48,5 | 42,5 | 9,0 |
| 5000-9999 | 48,7 | 41,8 | 9,4 |
| >10000 hab | 49,3 | 43,5 | 7,2 |
| Province | 47,5 | 42,0 | 10,4 |

Le chiffre de 3 000 habitants apparaît comme un seuil dans la répartition par groupe d'âge. Les villages de plus petite taille ont un pourcentage de personnes âgées de 50 ans égal sinon supérieur, à la moyenne nationale ; alors que les groupes des moins de 14 ans est moins bien représenté. L'inverse est observé lorsque le village dépasse les 3 000 habitants. Nous avons montré que les plus grosses localités avaient de forts taux de croissance démographique, ce qui signifie l'arrivée d'immigrants. Il s'agit souvent d'hommes relativement jeunes, mais déjà chargés de famille. La situation dans notre village d'enquête, Kiéré, montre l'opposition entre autochtones et étrangers. Chez les Mossi la classe 30-39 ans est plus représentée que chez les Bwaba. Ceci est

lié au phénomène migratoire qui concerne principalement les hommes mossi de cette tranche d'âge, de même les 40-49 ans participent aux déplacements parmi les Mossi.

Tableau 27 : Part de chaque classe d'âge selon l'ethnie autour de Kiéré

| Groupes | 0-9 ans | 10-19 ans | 20-29 ans | 30-39 ans | 40-49 ans | 50-59 ans | 60 ans et + |
|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Mossi | 39,0 | 23,5 | 13,2 | 10,3 | 6,5 | 3,4 | 4,3 |
| Bwaba | 36,1 | 20,6 | 16,8 | 9,6 | 5,9 | 5,5 | 5,4 |

Sources : enquêtes personnelles

Si les migrants s'implantent de façon variée dans l'espace, l'observation à une petite échelle permet de remarquer le Mouhoun comme axe majeur de déplacement, ceci en raison des faibles densités de population et de l'importance des terres à cultiver. Il existe une certaine corrélation entre déplacement de population et réseau hydrographique dans la mesure où la lutte contre les grandes endémies et l'impulsion des aménageurs ont permis de coloniser des terres jusque-là peu mises en valeur.

II - LES RISQUES SANITAIRES PASSES ET LEURS CONSEQUENCES ACTUELLES

Les risques sanitaires sont en partie liés au milieu naturel qui présente par son relief, son réseau hydrographique et sa végétation des facteurs favorables parfois au développement des vecteurs de maladie.

1 - Le milieu naturel : une opposition spatiale marquée

Le relief le plus évident dans cet espace est marqué par la falaise de Banfora⁴². Zone de contact entre deux ensembles, c'est une paroi verticale qui prend, par endroit, un aspect d'escalier abrupt à cause d'une série d'escarpements superposés. Elle a une dénivellation de 150 m (elle atteint 200 m à hauteur de Péni), d'orientation nord-est sud-ouest, elle s'étend entre Bobo-Dioulasso et Bérégadougou. La falaise s'oriente à partir de ce point d'est en ouest avec un aspect plus sinueux. Le relief se complique par une multitude de buttes témoins, pitons rocheux visibles à hauteur de Sindou et le long de la route Loumana-Baguéra jusqu'au-delà de la frontière du Mali où elle diminue progressivement d'altitude. Près de Sindou, la falaise est très érodée, elle prend un aspect ruiforme auquel on a donné le nom de pics de Sindou. Près de Bobo-Dioulasso la falaise perd de son altitude et se mêle à des chaos de boules granitiques aux alentours de Koro (à l'est de

⁴² Les données relatives au relief sont tirées des études menées par Boulet (R), 1976, "Notice des cartes de ressources en sols en Haute-Volta", ORSTOM ; Ouattara (N), op cité ; Daveau (S) et al "Cuirasses et chaînes birimiennes en Haute-Volta", Annales de géographie, n° 383, 1962



La falaise de Banfora constitue un obstacle aux déplacements, on la voit en arrière-plan. Ainsi les habitants de la plaine la franchissent qu'en quelques points précis, lorsque le profil du talus le permet.



A l'ouest près de Sindou la falaise se termine en reliefs ruiniformes caractéristiques des masses gréseuses.

Bobo-Dioulasso). Cette falaise constitue une zone de contact entre le plateau au nord et la plaine au sud.

La plaine peut être considérée comme le résultat d'une pénéplaine à l'inclinaison presque nulle où apparaissent çà et là des reliefs isolés, dômes granitiques de 250 à 350 m, ces inselbergs surgissent d'un sol essentiellement constitué d'éléments granito-gneissiques faisant partie du socle. La plaine de Bérégadougou est composée d'une formation sablo-argileuse.

Au nord, nous sommes en présence d'un plateau dont l'altitude moyenne est de 500 m avec une inclinaison légère vers le sud-ouest. Un relief accidenté le caractérise dans la région d'Orodara à l'ouest, où se trouve le point culminant du Burkina Faso, le Ténakourou, 747 m (ou 749 m près de la frontière malienne) et un peu plus au sud le piton de Bérégadougou, 717 m.

N. Ouattara remarque que ce relief n'est pas "*unique dans son ensemble*", ainsi sur la rive gauche du fleuve Mouhoun, il présente un ensemble de petits massifs d'altitudes variées, que l'on observe depuis Fo jusqu'à Dandé (massif de Koréba 550m, massif près de Dandé 674 m) et le long de la route d'Orodara. Il s'agit d'intrusions doléritiques, très résistantes, aux versants abrupts, aux pieds desquels se développent des glacis. Sur la rive droite les reliefs sont moins marqués, l'ensemble est dominé par une formation argilo-sableuse liée à la décomposition du grès. N. Ouattara indique qu'elle atteint 36 m d'épaisseur près d'Orodara et plus de 40 m autour de Bobo-Dioulasso.

Au nord-est de "la région" s'étend un autre relief, il s'agit de collines dites birrimiennes composées de roches métamorphiques et éruptives dégagées par l'érosion. Du nord au sud, depuis Kiérou jusqu'à Dossi et à l'ouest jusqu'à Kary sur une distance de 40 km environ, elles font partie d'un ensemble plus vaste qui les prend en écharpe depuis Ouahigouya au nord jusqu'à Gaoua au sud. Elles sont décrites par S. Daveau comme des "*alignements de collines irrégulières, arrondies ou localement hérissées..., dégagés par érosion différentielle dans l'ensemble des plateaux granitiques qu'elles lardent de leurs roches vertes*". Ces reliefs atteignent en moyenne 400 m et forment une chaîne entaillée au nord par le Tui ou Grand Balé. Le pays bwaba est situé en majeure partie sur le birrimien. Dans la région de Houndé, ces collines ont été exploitées pour le manganèse, aujourd'hui, elles le sont pour l'or. Finalement l'extrême sud-ouest se partage en deux grands ensembles que limite l'escarpement de Banfora. Au nord et au nord-ouest s'étend une couverture sédimentaire gréseuse et résistante avec des intrusions doléritiques. A l'est et au sud-est, la plaine se développe dans le socle granitique et birrimien à l'extrême nord-est. Un réseau hydrographique assez dense et plus ou moins encaissé se développe sur le plateau, il est moins important et à écoulement intermittent dans la plaine.

Jusqu'en 1983, les provinces du Houet et du Kéné Dougou étaient regroupées sous le nom de Hauts-Bassins, en raison de la présence de sources de nombreux cours d'eau auxquels elles doivent d'être qualifiées de château d'eau du Burkina Faso. Sur le plateau gréseux plusieurs cours d'eau prennent leur source et se développent. Le Mouhoun (ex Volta Noire), naît au sud-ouest de Bobo-Dioulasso à 550 m d'altitude (non loin du Yanon près d'Orodara) entre le village de Dan et de Mondon, il coule du sud-ouest vers le nord-est, puis prend la direction est où il forme un coude et s'écoule ensuite du nord vers le sud. Dans son cours supérieur il est appelé Dienkoa puis à Banzon il rejoint la Plandi pour former le Mouhoun. Le cours supérieur traverse le plateau et s'enfonce progressivement après une quarantaine de kilomètres. Près de Samandéni, à environ 140 km de sa source, le Mouhoun franchit la bordure extrême du plateau sédimentaire primaire. Depuis Lahresso, sa plaine alluviale forme une zone marécageuse où le fleuve se déroule en méandres jusqu'à Dédougou. Ainsi, la plaine de Bama arrosée par le Kou, affluent de la rive droite du Mouhoun, a pu faire l'objet d'un aménagement. Les affluents de la rive gauche : le Tomtombiri et le Pendia creusent de larges thalwegs. Lorsque le Mouhoun prend sa direction nord-sud, il reçoit sur sa rive droite le Grand Balé ou Tui (qui matérialise la limite nord de la province du Houet) et la Bougouriba, laquelle prend sa source au sud-est de Bobo-Dioulasso près du village de Pala, elle présente de nombreuses courbures avant de rejoindre le Mouhoun.

La Comoé prend sa source au sud du plateau de Bobo-Dioulasso et coule vers le sud. Elle descend du plateau vers la plaine par cascades au niveau de Karfiguéla (en amont de ces chutes ce fleuve est nommé Koba). Les Léraba occidentale et orientale prennent également naissance dans la partie méridionale du plateau de Bobo-Dioulasso ; la Léraba orientale atteint la plaine par les chutes de Tourny (gorges de Mahon). Ces deux cours se rejoignent pour ne former qu'un, ils matérialisent la frontière avec la Côte d'Ivoire sur 150 km avant de rejoindre la Comoé. A l'ouest, le Banifing ou N'Gorolaka et ses affluents : le Longo et le Grumbo, prennent leur source à l'est du plateau de Bobo-Dioulasso ; ils s'étirent en direction de l'ouest et du nord-ouest dans de larges plaines inondables.

Sur la plaine le drainage est beaucoup plus lent, compte tenu des pentes faibles. A l'est le réseau hydrographique est peu dense mais vers l'ouest, à partir de Sidéradougou, non seulement le relief est plus marqué, mais le réseau hydrographique se ramifie et les bas-fonds se multiplient. Les zones marécageuses qui en résultent sont aménagées en rizières comme les plaines près de Sindou, Douna ou Loumana. Au sein d'un même ensemble morphologique, nous sommes en présence de deux types de réseaux certainement liés à des différences lithologiques.

Le réseau hydrographique se caractérise donc par sa dichotomie : sur le plateau, on trouve de grands cours d'eau à régime tropical, à écoulement permanent, dont la période de hautes eaux s'étend de juillet à octobre ; et sur la plaine on observe un ensemble de bas-fonds plus ou moins nombreux dont l'écoulement n'est pas permanent.

Le réseau hydrographique présente un intérêt particulier en géographie de la santé, plus précisément en milieu tropical, puisque l'eau est un facteur pathogène important, c'est le lieu de développement des vecteurs de nombreuses maladies qui ont sévi ou sévissent encore à plus ou moins grande échelle dans cette partie du Burkina Faso.

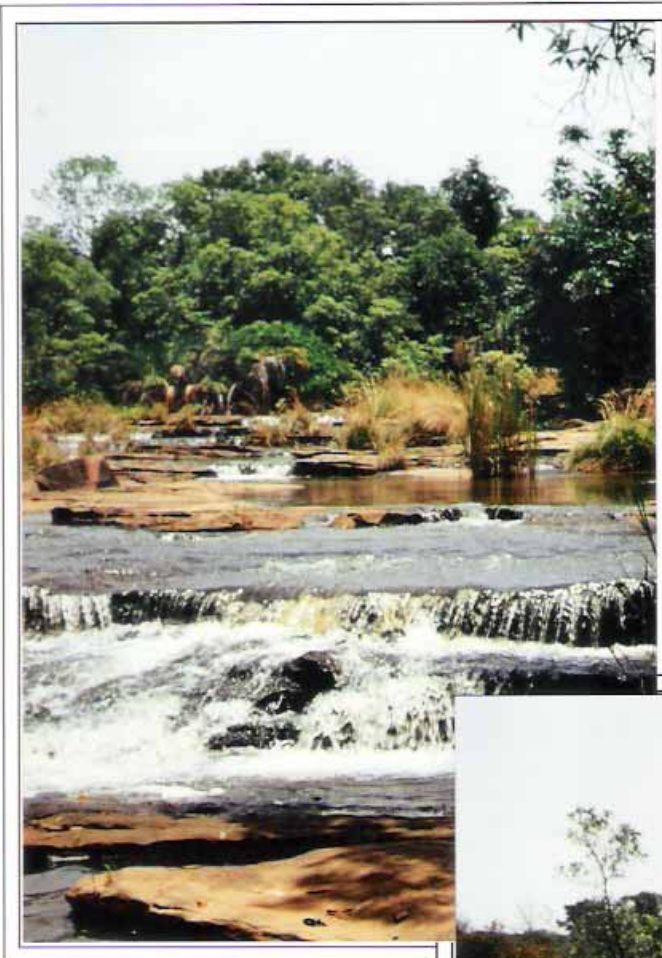
Le réseau hydrographique, malgré son importance est exploité depuis peu de temps, de nombreux cours d'eau s'étendent dans des plaines comme celle de Vallée du Kou, Banzon, N'Dorola, Kourouma, Morolaba, Loumana, vastes zones marécageuses dont très peu ont été mises en valeur par des aménagements hydro-agricoles. Mais pour toutes, les aménagements sont relativement récents : ils datent d'une vingtaine d'années, excepté pour Loumana où, comme nous l'avons signalé en première partie, l'aménagement est plus ancien.

A ces cours d'eau est souvent associée une implantation particulière de la population, observable le long du Mouhoun mais également de la Bougouriba, de la Comoé, de la Leraba, du Tui. De nombreuses maladies sévissaient, ou sévissent encore, comme la dracunculose, schistosomiasis, mais nous aborderons essentiellement, faute de plus d'informations, la maladie à vecteur pour laquelle les moyens de lutte ont été les plus importants : l'onchocercose. Son contrôle a eu des conséquences sur l'occupation de l'espace en permettant aux populations de se rapprocher des rivières sources de maladies incapacitantes. Ceci nous permettra d'observer si l'implantation des structures de soins de base est liée au milieu naturel. L'approche du milieu naturel ne se fait plus uniquement en terme de risques sanitaires pour les populations mais également en terme de prise en charge par les autorités sanitaires. Dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies qui touchaient les populations, on peut s'interroger sur la relation développée entre les structures de soins et les zones à risques. Nous nous appuyerons sur des enquêtes sur l'onchocercose réalisées par l'OCCGE durant les années 1960, afin de mettre en évidence les zones considérées à risque à cette époque (annexe 13).

2 - Les enquêtes sanitaires dans les années 1960

Une enquête de 1966⁴³ fait état d'un profil tout à fait favorable au développement des gîtes à simules dans la partie de la Bougouriba comprise entre Dan et sa confluence avec la Volta Noire. Il est précisé que sur cette "*portion existent plusieurs affluents dont ceux de la rive gauche (Mou et Naïmo) sont les plus importants alors que ceux de la rive droite sont insignifiants et probablement*

⁴³ OCCGE, 1966, "L'onchocercose humaine dans le foyer de la Bougouriba"



Le sud-ouest a également un milieu naturel favorable au développement des maladies. Ici, le Lafégué, affluent de la Comoé.



La Dienkoa, affluent du Mouhoun, a permis en certains points le développement de vecteurs de l'onchocercose ; mais, par son encaissement, elle constitue en plus un obstacle aux déplacements.

*sans incidence épidémiologique appréciable sur l'endémie onchocerquienne*⁴⁴. La participation de la population n'ayant pas été totale on ne peut tenir les résultats pour entièrement fiables. Parmi les personnes visitées dans les régions prospectées (Gombeledougou, Karangasso-Vigué, Baré, Koumbia, Sidéradougou), les taux de personnes infectées par l'onchocercose sont très variables. Ce sont les populations aux alentours de GombéléDougou qui accusent les taux les plus élevés, supérieurs à 80% pour les hommes et entre 60 et 90% pour les femmes. Pour les populations aux alentours de Karangasso-Vigué et Koumbia les taux sont compris entre 15 et 60%, pour Sidéradougou ils approchent une moyenne de 30% alors que pour Baré ils sont presque tous inférieurs à 10%. Les hommes sont les plus touchés. La région de Sidi, Banfoulagué, Guéna est également atteinte, ces localités sont à proximité de cours d'eau comme le Dia, la Dienkoa, le Plandi et dans certains villages, un traitement annuel est encore administré aux populations, comme à Pindié-Badara. La Volta Noire n'est pas épargnée et le village de Samandéni est cité comme l'exemple d'un village très atteint par ce mal.

Sur le plateau, la structure du sol gréseux et la superposition de différentes couches plus ou moins résistantes à l'érosion ont donné naissance à un terrain "en escalier" où la succession de petites dalles est particulièrement favorable à la reproduction des simules. De même entre Diefoloma et Samandéni le Mouhoun présente une succession de seuils rocheux favorables au développement des gîtes. Quant à la Comoé c'est en amont des chutes de Karfiguela que les risques onchocerquiens sont les plus grands puisqu'en aval elle s'écoule dans une plaine d'inondation. Le long de la Leraba la population était absente à cause des mêmes risques sanitaires. En définitive l'OCCGE insiste sur la relation onchocercose/risques sanitaires/absence ou faiblesse du peuplement.

Les années 1970 furent marquée par la "colonisation des terres neuves" ou considérées comme telles. Il en résulta des mouvements de population soit autochtones à la région, soit étrangères, venues du plateau mossi. En 1985, un rapport de l'OMS faisait le bilan de l'impact de la lutte contre le vecteur de l'onchocercose : dans le bassin de la Bougouriba et du Mouhoun il y a croissance des terres utilisées, *"ces terres sont exploitées à partir des anciens villages, sans création de nouvelles unités d'habitations ; cela s'explique par la malédiction qui s'attache aux vallées ravagées par les épidémies de maladie du sommeil de 1905 à 1935, et par la très forte cohésion sociale des populations qui restent groupées dans leurs villages traditionnels"*⁴⁵. Dans la région de Samandéni l'accroissement des superficies cultivées est le fait d'immigrants mossi. On ne les retrouve pas sur les terres cultivées le long de la Léraba et de la Comoé où les nouveaux

⁴⁴ OCCGE, p 20

⁴⁵ OMS, "Dix ans de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest", 67

occupants sont des autochtones. On observe un espace toujours inoccupé au sud de la Léraba à proximité de la frontière avec la Côte d'Ivoire. Si l'essentiel des zones libérées de l'onchocercose a été mis en valeur par les populations autochtones, les populations mossi se sont établies de façon ponctuelle comme à Vallée du Kou, le long de la Volta Noire au nord de Samandéni. Autrefois les mouvements de population étaient accusés de diffuser certaines maladies, aujourd'hui des mouvements parfois spectaculaires et qui caractérisent essentiellement le nord de l'ensemble HCK sont en partie la conséquence de l'éradication des ces mêmes pathologies.. Malgré la disponibilité des terres au sud-est, on ne retrouve les Mossi que de façon très ponctuelle, certainement en raison de l'accueil des propriétaires des terres.

L'onchocercose est une pathologie qui, dans le passé, a touché une importante population. Aujourd'hui, même si on n'est pas totalement à l'abri d'une recrudescence éventuelle, elle est maîtrisée. Il nous paraissait toutefois important de traiter des conséquences de l'éradication de l'onchocercose sur la mise en valeur du territoire et d'envisager si cette lutte contre les grandes endémies a été favorable à la multiplication des établissements de soins.

Si quelques CSPS, structures de soins de base, sont implantés à proximité du Mouhoun et de la Léraba, la Bougouriba et la Comoé semblent moins attractives, et la majorité des établissements sont éloignés des cours d'eau à écoulement permanent. Les activités des CSPS peuvent difficilement assurer les soins de maladies liées à l'eau dans la mesure où les responsables de ces formations n'ont aucun moyen d'identifier de façon formelle les parasites présents dans l'organisme.

La politique de santé actuelle ne s'implique plus dans le système de soins dit "vertical" qui ne s'intéresse le plus souvent qu'à un type de maladie. Dès lors, le milieu naturel n'est plus considéré sous le même angle par les autorités sanitaires puisque ce sont les pathologies dans leurs ensembles, et plus spécifiquement celles touchant la mère et l'enfant, qui sont prises en compte. Si les cours d'eau ont été libérés des endémies à vecteurs, ils présentent toujours des risques sanitaires. L'aménagement des plaines d'inondation met en contact plus ou moins permanent les populations et l'eau, favorables au développement des schistosomiases entre autres.

III - LES ACTIVITES AGRICOLES COMMERCIALES : UN FACTEUR DE LOCALISATION DES STRUCTURES DE SOINS ?

Les mouvements migratoires sont principalement tournés vers le milieu rural ; l'objectif final est de disposer de terres qui permettent d'assurer la survie de la famille et secondairement de pratiquer le commerce. Les grands marchés se trouvent d'ailleurs dans les zones de forte immigration. Si la ville de Bobo-Dioulasso a connu au cours de la décennie 1975-1985 une

croissance plus élevée que la campagne environnante, les écarts ne sont pas spectaculaires. Avec 6% de croissance annuelle pour la ville contre une moyenne de 4% pour les villages, on ne peut pas parler d'exode rural vers le deuxième centre urbain du pays. Cette relative stabilité entre pouvoir attractif de la ville et le monde rural est liée aux pratiques agricoles rémunératrices du sud-ouest. En outre, la ville n'a pas grandi par simple arrivée d'individus vivant dans les villages, elle a étendu ses limites communales en suivant les lignes de la politique d'urbanisation et en englobant également les localités proches du périmètre urbain.

1 - Une région agricole riche : zone de développement de la culture cotonnière

a - Une adoption massive de la culture du coton

A maintes reprises, nous avons évoqué les aménagements hydro-agricoles dispersés dans le HCK, ou les équipements industriels implantés dans certains villages ; ces éléments vont nous permettre d'aborder la mise en valeur de l'espace par les populations et les autorités nationales dans le sud-ouest du Burkina Faso. Comme nous l'avons déjà indiqué, le sud-ouest est qualifié de grenier du Burkina Faso, la forte production céréalière permet non seulement l'autosuffisance alimentaires de la région, mais elle en fait une région exportatrice vers les autres provinces du pays. Dans cette partie du territoire, on peut donc opposer deux types d'activités :

- les productions commerciales : le coton, les produits issus de la culture irriguée, les fruits et légumes,

- les productions non commerciales : les céréales.

Un classement de l'utilisation du sol pourrait être réalisé en fonction de la topographie : dépressions, bas-fonds, interfluves ; nous avons choisi d'identifier la mise en valeur par rapport à la situation géographique, l'occupation humaine et l'organisation spatiale. Les trois éléments interfèrent en effet dans le choix du développement des cultures commerciales. De plus, celles-ci sont favorisées par les autorités nationales qui ont leur propre représentation de l'espace et qui accordent, par conséquent, plus d'importance à certains lieux.

Les cultures commerciales sont de différents types, elles sont réalisées sur des superficies plus ou moins grandes, et intéressent un certain nombre de villages. La plus caractéristique du sud-ouest est la culture du coton, apparue pendant la colonisation. En 1924, des zones à vocation économique sont créées, elles seront plus ou moins respectées après l'indépendance. A l'échelle du HCK le coton est cultivé sur les trois-quarts de la surface ; mais cette culture est pratiquée au-delà dans sept provinces (le Houet, le Mouhoun, le Kéné Dougou, la Comoé, la Kossi, le Sourou, la Bougouriba), le cœur de la zone de production pourrait toutefois être délimité par une ligne passant par Samorogouan, Toussiana, Bobo-Dioulasso, Houndé (annexe 14).

Bien qu'elle concerne plusieurs ethnies ce sont en majorité les populations bwaba qui sont les plus nombreuses à pratiquer la culture du coton. Celle-ci doit son développement à son statut de culture imposée à grande échelle, dans une région climatique jugée favorable au développement de la production cotonnière. A. Schwartz⁴⁶ explique les importantes disparités concernant les pratiques agricoles à l'intérieur même des groupes ethniques et en fonction de la répartition entre autochtones et allochtones. L'auteur a ainsi déterminé des rapports entre la présence de chefs d'exploitation d'origine étrangère à la région et ceux nés dans le sud-ouest. Des variations se dessinent et indiquent l'importance des Mossi selon les lieux ; elles rappellent aussi l'opposition nord-sud évoquée précédemment dans la province du Houet.

Tableau 28 : Part des allochtones par rapport au total des chefs d'exploitation⁴⁷ dans les villages

| Localisation | Rapports |
|--------------|----------|
| Houet | 41,4 |
| KénéDougou | 20,2 |
| Comoé | 28,1 |
| Kadomba | 59,7 |
| Dandé | 77,8 |
| Bouendé | 0,0 |
| Bana | 42,6 |
| Tendogosso | 11,3 |
| Klesso | 57,8 |
| Kary | 22,9 |
| Maro | 64,0 |
| Samogohiri | 16,7 |
| Sarkandiala | 5,4 |
| N'Dorola | 13,2 |
| Kourouma | 32,9 |
| Fourkoura | 10,6 |
| Yendéré | 36,1 |

Partie cotonnière des provinces, avec de fortes variations spatiales, voir ci-dessous

La part des étrangers est très variable d'un village à l'autre, elle est fonction de la date d'arrivée des migrants. Si, dès les années 1960, le Houet s'est transformé en zone d'accueil pour les populations du Burkina Faso, la Comoé et le KénéDougou ont été investis plus tardivement au cours des années 1980 ; une situation qui touche par ailleurs surtout les Gouin et les Sénoufo. Les informations du tableau ne doivent cependant pas mener à un déterminisme ethnique qui inciterait à

⁴⁶ Schwartz (A), 1991 "L'exploitation de l'aire cotonnière burkinabè : caractéristiques sociologiques, démographiques, économiques"

⁴⁷ Schwartz (A), 1991

dire que les Bwaba ou les Bobo acceptent plus facilement les étrangers sur leur terre que les autres groupes ethniques autochtones. Si l'on compare deux villages peuplés par les Bwaba : Kary et Maro, les pourcentages sont très opposés. La situation géographique du site de Kary offre moins de terres susceptibles d'être mises en valeur, et le prêt aux immigrants est plus rare. D'autres villages jugent le comportement des immigrants inadaptés à leur mode de mise en valeur et refusent de prêter leurs terres. Chez les Sambla, les rapports allochtones et autochtones semblent inexistantes, la situation du seul village de Bouendé ne peut être représentative de l'ensemble des villages occupés par le même groupe, mais à la lumière de nos enquêtes réalisées dans les hameaux s'étendant au pied de la falaise de Banfora (aux alentours de Péni), nous avons constaté que les Sambla ont tendance à migrer, à la recherche de terres non saturées au pied de la falaise. Il est donc difficile dans ces conditions de trouver des exploitations à des étrangers sur les terroirs sembla.

A travers ses échantillons d'enquête A, Schwartz⁴⁸ a défini des catégories de population pratiquant la culture du coton, dans des proportions plus ou moins grandes ; la typologie a été établie en fonction de l'appartenance ethnique des chefs d'exploitation à partir de l'échantillonnage. Ainsi quatre groupes sont identifiés par l'auteur :

- ceux qui ont intégré sans restriction la culture du coton dans leur système de production : les Kô (à 92,4%), Bobo Dioula (91,0%), Bolon (90,3%), Sénoufo (87%),
- ceux qui ont fait de cette production une composante importante de leur système : Bwaba (75%), Dioula (70,5%), Dagari (69%), Gouin (67,2%),
- ceux qui pratiquent différentes cultures spéculatives : Vigué (53,8%), Mossi (53,2%), Léla (52,3%), Marka (46,4%), Bobo (46,1%), Sambla (45,8%),
- ceux qui montrent de la réserve, voire du refus : Samo (36,2%), Peul (18,0%), Samogho (10%).

Si les bases de la culture cotonnière ont été établies depuis de longues décennies, son développement s'est généralisé plus récemment sur de grandes superficies ; Bwaba et Sénoufo ont été les premiers à la pratiquer. Bien qu'elle existait déjà avant l'arrivée des colons, c'est à travers son développement que la culture a participé à l'histoire et à l'organisation du pays. A. Schwartz fait ainsi état du partage du territoire entre différents organismes étrangers dans l'ouest au cours des années 1960. Les secteurs cotonniers de Bobo-Dioulaso, Houndé, Dédougou sont sous l'autorité de la CFDT alors que les autres sociétés sont moins tournées vers le coton, ce qui explique sans doute la prépondérance de cette région dans les productions cotonnières nationales (figure 33). Une orientation accentuée au cours de la première moitié de la décennie 1970 par le projet coton ouest -Volta (PCOV) dont le but était d'accroître la production dans cette partie du pays. D'ailleurs A. Schwartz insiste sur "*l'émergence d'une véritable "aire cotonnière" au Burkina*

⁴⁸ Schwartz (A), 1991. Selon JP. Hervouët, chez les Bwaba, la culture commerciale du coton, introduite il y a environ 30 ans, a profondément modifié les systèmes agraires ; chez les Sénoufo notamment de Loumana, l'introduction est plus récente, environ 10 ans, et l'explosion de la production date de 1989

*Faso, une aire qui s'identifie aujourd'hui pour l'essentiel à la zone alors couverte par le PCOV*⁴⁹. Cependant les chiffres de production fournis par la SOFITEX pour la période 1990 à 1993 montrent que des disparités de production existent au sein de l'aire cotonnière. Il semble donc que l'adhésion soit très contrastée selon les groupes ethniques, les enquêtes d'A. Schwartz révèlent des variations entre le nombre de personnes qui pratiquent cette activité et les surfaces consacrées au coton selon les ethnies.

La production de coton a permis d'augmenter le revenu des exploitants et a entraîné la création d'autres emplois notamment avec la construction d'usines d'égrenage, implantées à Bobo-Dioulasso, Koudougou, Dédougou, dans les principales villes du Burkina Faso ; un dernier complexe a été construit à Houndé en 1978. Recensé comme simple village en 1985, Houndé a accédé au titre de commune urbaine en 1993 alors qu'elle n'était que chef-lieu de département : les effets de son usine d'égrenage se sont traduits assez récemment. Ainsi, le nouveau découpage administratif de 1996 l'a transformée en chef-lieu de province, aujourd'hui le Tui. La conjugaison de plusieurs facteurs a contribué à sa transformation : sa position sur une voie goudronnée facilitant son accessibilité, le passage des marchandises et des hommes, l'importance des tonnages produits en coton, et l'afflux des immigrants ; mais c'est sans aucun doute la présence de cette usine qui a donné à Houndé son statut de ville. A titre de comparaison, nous évoquerons le cas du village de Dandé, situé sur un axe goudronné, moins emprunté que la RN1, mais qui assure un trafic permanent vers le Mali. Dandé est le siège de l'implantation mossi. Contrairement à Houndé, ce village a une production de coton en constante progression entre 1990 et 1994. Comparativement à la population des deux localités, les plus forts tonnages sont produits à Dandé qui n'a pas été élevé au statut de ville. Et pourtant, Dandé est une importante zone de production maraîchère destinée au marché de Bobo-Dioulasso. Cependant, lors de la réorganisation de la distribution spatiale des centres de santé en 1996, la Politique Sanitaire Nationale l'a considérée assez importante dans l'organisation de l'espace pour y construire un Centre Médical. Houndé possédait un Centre Médical depuis 1970, mais il n'a pas eu de réelles conséquences sur la masse démographique du village.

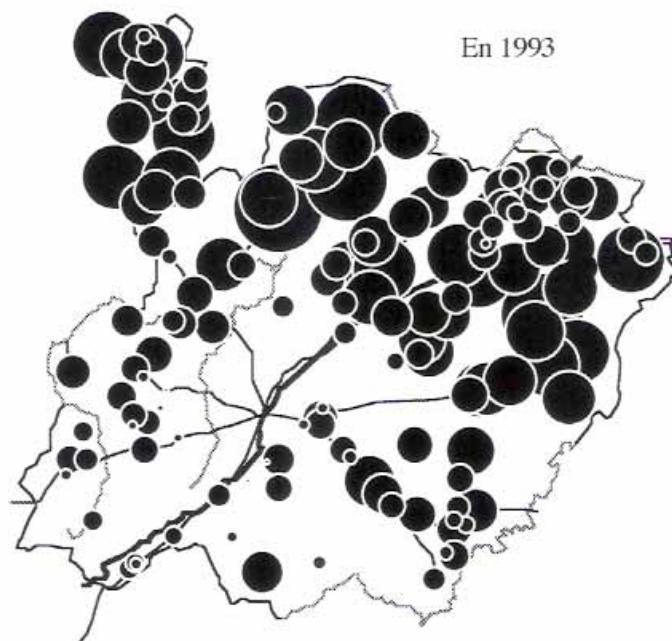
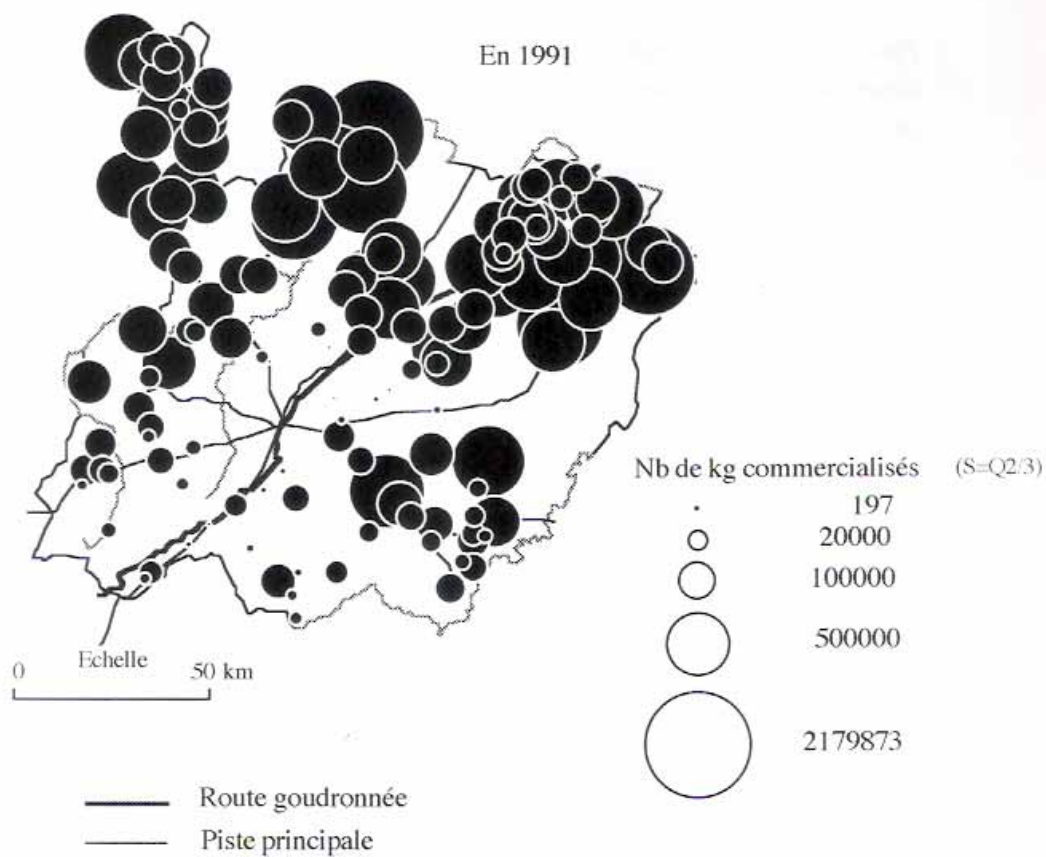
b - La production de coton dans le Houet

Nous avons pu collecter les données des tonnages commercialisés par village auprès des services de la SOFITEX à Bobo-Dioulasso et Houndé. L'obtention de ces informations n'a pas été aisée. Les chiffres de production ont été recueillis de 1990 à 1994, la collecte n'est pas toujours réalisée par les mêmes services ce qui explique l'absence d'informations dans certains départements. Pour la cartographie, nous avons retenu deux années : 1991 qui reflète les tonnages

⁴⁹ Schwartz (A), 1993 "Brève histoire de la culture du coton au Burkina Faso", p 224

Figure 34

PRODUCTION COMMERCIALISEE DE COTON DANS LE HOUET



commercialisés entre 1990 et 1994 ; 1993 qui semble caractéristique des conséquences d'une mauvaise année climatique (figure 34).

Entre 1990 et 1992, si les productions restèrent sensiblement identiques, en revanche 1993 accusa une forte baisse de la production qui se trouva généralisée à l'ensemble de la province. Elle semble liée au climat et au déficit hydrique qui a marqué cette année.

Tableau 29 : Evolution de la pluviométrie dans la province du Houet

| Stations/Années | 1991 | 1992 | 1993 |
|-----------------|-----------|--------|-------|
| Bobo-Dioulasso | 1198,3 mm | 1240,7 | 932,9 |
| Houndé | 924,7 | 896,7 | 667,3 |
| Koumbia | 949,9 | 841,3 | 665,5 |

Source : Services météorologiques, les données n'étaient pas disponibles pour l'ensemble de la province du Houet

La saison des pluies a commencé en mai, cependant avec des hauteurs de précipitations inférieures à la moyenne habituelle, en juin il était tombé moitié moins d'eau qu'en 1992 à la même époque.

Le nord de la province du Houet s'insère dans un espace beaucoup plus vaste regroupant la Kossi et le Mouhoun. Le Kéné Dougou fait également partie de cet ensemble, et comme le Houet, sa zone de production se trouve essentiellement dans la partie septentrionale de la province. Les populations sénoufo ont fait l'objet d'un projet coton mis en place en 1970 et N. Ouattara parle de "monopole des secteurs nord"⁵⁰.

Sur l'ensemble des cartes, une opposition se dessine entre un nord très productif et un sud beaucoup moins tourné vers ce type de production, la ligne de partage passant par Bobo-Dioulasso. D'ailleurs, la ville apparaît, en quelque sorte, comme une zone répulsive, où la culture cotonnière est très peu pratiquée. Cette zone présente des contours très sinueux et l'on peut fixer ses limites à environ 20 km au nord de Bobo-Dioulasso, à 25 km à l'ouest, à 30 km à l'est et au sud jusqu'aux limites administratives avec la Comoé. Une petite enclave au sud-est s'insère dans cet espace où le coton est rare ; elle suit la route Bobo-Dioulasso-Diébouyou. Les explications à ces oppositions et incursions sont multiples. Il est intéressant de remarquer que l'aire de forte production cotonnière se superpose aux espaces d'accueil des populations mossi. Elles occupent tout le nord de la province du Houet et un nouveau mouvement s'est amorcé au sud-est, le long de la route passant par Soumouso. N. Ouattara précisait que le nord du Houet tenait une place

⁵⁰ Ouattara (N), 1988, op. Cité, p 58

importante dans la production "grâce à l'installation des migrants (...) en majorité des jeunes-adultes de moins de 40 ans (... pour lesquels) la migration présente l'occasion d'accéder à l'autonomie"⁵¹. L'auteur qualifie les Mossi "d'esprits novateurs", qualité qui aurait favorisé le développement de cette culture.

Il ne faut cependant pas associer la culture cotonnière aux seuls immigrants, au nord-est la population bwaba a été soumise depuis plusieurs décennies à cette pratique à laquelle elle s'est adaptée. Les surfaces disponibles pour l'extension des cultures ne sont certainement pas le moindre des atouts de ces régions septentrionales. Nous avons vu, en effet, qu'à l'ouest les villages ont des taux de croissance négatifs et que les populations émigrent par manque de terre. Par contre, le "vide" observé autour de Bobo-Dioulasso est lié à son influence sur les types de production, on peut l'estimer à un rayon de 25 km à l'ouest, au nord et à l'est ; au sud les faibles densités de population et les mauvaises voies de communication contribuent à ce que cette partie intervienne peu sur l'alimentation du marché urbain.

Cette auréole englobe des villages où la pratique des cultures maraîchères est rémunératrice grâce au marché bobolais proche. Nasso, Toukoro, Leguema produisent des légumes acheminés à pied par les femmes, lorsque le village est proche de Bobo-Dioulasso. N. Ouattara indique que pour approvisionner ce marché, il faut "*habiter dans un village situés à proximité de Bobo-Dioulasso (à l'intérieur d'un rayon de 30 km) et dès lors le producteur peut rallier la ville avec ses propres moyens de déplacement (la bicyclette en général) (... ou) être à proximité d'un marché rural important attirant souvent les commerçants et les transporteurs*"⁵². Ce dernier cas concerne les villages au nord-ouest de la province, qui permettent d'étendre la zone de production de façon linéaire, le long de l'axe Bobo-Dioulasso-Fo. Par ailleurs, il faut noter que certains gros villages, comme Dandé ont développé le maraîchage.

Toutes ces pratiques sont favorisées par un réseau hydrographique développé, et pourtant potentiellement, elles apparaissent comme une source des maladies liées au séjour plus ou moins prolongé dans l'eau pour l'arrosage ou pour l'irrigation des cultures. Les pratiques de l'irrigation sont certainement les plus susceptibles d'engendrer des maladies à transmission hydrique du type schistosomiase, compte tenu du couvert arboré dans cette partie de la province : "*une eau peu acide, à faible courant, un sol vaseux, une végétation aquatique abondante sont favorables à la diffusion des bullins*"⁵³, qui sont les hôtes intermédiaires des schistosomias.

⁵¹ *ibidem*, p 60

⁵² *ibidem*, p 141

⁵³ Doumenge (JP), 1992, "Aménagements hydro-agricoles et santé. Peut-on concilier les deux ?", p 217

2 - Les aménagements hydro-agricoles et les risques sanitaires

La culture commerciale s'est ouverte à d'autres activités, comme la culture irriguée, pratiquée sur des sites aménagés spécifiques à l'ouest du pays, où le réseau hydrographique est assez développé et favorable à l'implantation d'un tel équipement. De superficies variables, ces sites ne sont pas tous destinés au même type de production. Ainsi le plus important de la région est le complexe agro-industriel de Bérégadougou, plus généralement appelé périmètre de Banfora parce qu'il s'étend dans la plaine de Banfora dont la fonction déjà évoquée précédemment est la production sucrière. Créé en 1973, cet aménagement comprend deux usines et une plantation de canne à sucre irriguée par aspersion qui s'étend au pied de la falaise dans sa partie ouest. Outre le climat plus humide que dans le reste du pays et moins soumis aux variations de précipitations interannuelles, T. Hartog précise que le site a été choisi en fonction de la topographie et du réseau hydrographique développé et permanent. L'irrigation est réalisée à partir de la Béréga, du Yannon et de la Comoé. La plantation s'étend sur des terres autrefois occupées par un habitat lâche, aux faibles densités démographiques. Des villages ont été détruits et des populations expulsées pour sa création⁵⁴. Les conséquences subies par les villages sont variées, peu d'hommes ont en effet trouvé un emploi sur le périmètre, les "*Mossi représentaient près du tiers des permanents*" au début des années 1980.

Dans le cadre du périmètre de grande superficie comme celui de Banfora, les conséquences humaines sont généralement étudiées, en raison des déplacements considérables de population. Dans le cas des petits périmètres, les conséquences sanitaires sont plus souvent évoquées. Nous avons respecté la chronologie des créations. Nous ne pouvons pas évaluer les proportions dans lesquelles les aménagements hydro-agricoles influent sur la situation sanitaire de la région où ils sont implantés, mais il est indéniable qu'ils contribuent au dessin du profil sanitaire. En transformant l'espace, les aménagements peuvent aussi avoir des conséquences négatives.

L'aménagement hydro-agricole, réalisé dans la plaine de Loumana, témoigne de la prise de conscience tardive des conséquences de l'onchocercose sur la population et de la prise en compte des aspects sanitaires dans les programmes de développement. Dès 1952 des projets d'aménagement s'orientent vers la plaine de Loumana, les travaux vont s'étendre de 1956 à 1958. Des canaux, déversoirs..., furent construits pour augmenter les surfaces cultivées en riz irrigué. Outre l'accélération de la vitesse de l'eau, "*ces aménagements trop sommaires et n'assurant pas réellement le contrôle de l'eau, entraînent une réduction des superficies cultivées dans la plaine*

⁵⁴ Il s'agit des villages de Takalédougou, Séréfédougou, Niankadougou en 1970, Karfiguèla, Lémouroudougou en 1971, Malon, Dapri, Daléna, Bérégadougou, Tarfila et un quartier de Banfora en 1973 selon T. Hartog, 1983, "*Le périmètre sucrier de Banfora (Haute-Volta) : du pouvoir technocratique aux déboires paysans*"



Les mises en valeur de l'espace au sud-ouest sont très variées, entre activités commerciales et traditionnelles. Ici, les champs de canne à sucre de Bérégadougou au pied de la falaise de Banfóra.



Parc à *Acacia albida* à Dossi (dans le nord-est de la province du Houet, en pays bwaba) au début de la saison des pluies

*pour les villages les plus accoutumés à la riziculture*⁵⁵. Les changements de débit du Tiao ne furent pas considérés comme une menace pour une population déjà gravement touchée par la cécité des rivières, et les travaux réalisés ont favorisé aussi l'aggravation du mal. Tout en confirmant la préexistence de la maladie dans des proportions extrêmes dans certains villages, JP. Hervouët insiste sur la relation étroite qui existe entre les modes d'occupation de l'espace et l'endémie : *"les villages rizicoles atteignent alors des pourcentages d'aveugles oscillant entre 3 et plus de 7%. Seuls les villages au pied du plateau possèdent suffisamment d'aveugles pour s'approcher de ces chiffres"*⁵⁶. Entre 1959 et 1965, dans les villages situés sur le pourtour des aménagements, la situation s'est aggravée puis leur abandon entre 1963-1964 a permis le retour à la situation préexistante, et *"n'a persisté in situ qu'une transmission très réduite dont porte témoignage la faible proportion d'enfants atteints dans la nouvelle génération"*⁵⁷.

L'aménagement hydro-agricole entrepris à Loumana a donc favorisé l'introduction de nouveaux foyers d'onchocercose et son échec a provoqué l'interruption pendant quelques temps des projets de mise en valeur par l'irrigation des terres dans les plaines plus ou moins touchées par les grandes endémies. La reprise des aménagements s'est faite peu avant les années 1970, dans le sud-ouest, mais elle n'a pris une réelle envergure qu'au cours de cette décennie en même temps que la prise de fonction de l'AVV. Les connaissances plus précises sur la cécité des rivières n'a pas eu des conséquences directes dans le sud-ouest puisque certaines plaines aménagées dans la région HCK n'étaient pas touchées par l'onchocercose.

Les aménagements hydro-agricoles ont pour but la promotion de la riziculture et sont gérés par des coopératives, le plus important d'entre eux dans le sud-ouest est le périmètre de la Vallée du Kou aménagé dès 1968 avec la coopération des Formosans dans la plaine de Bama, il occupe 1260 ha. Les populations exploitant le périmètres sont d'origine diverse, OD. Ouedraogo signalait en 1986 que 65,6% des exploitants étaient originaires du plateau central, surtout de la région de Ouahigouya. D'autres plaines : Karfiguéla et Bazon, ont été aménagées. A Bazon les conséquences ont été spectaculaires sur la masse démographique du village, elle est passée de 598 habitants en 1975, à 5 593 habitants en 1985, soit 25% de croissance annuelle. On assiste cependant à un exode rural des 15-24 ans ; les fortes pressions démographiques sur les terres de brousse et les superficies irriguées, inférieures à ce qui était prévu, justifient ces départs, seulement 412 ha ont été mis en valeur sur les 585 escomptés. L'auteur précise que le recrutement

⁵⁵ Hervouët (JP), 1980, "Du riz et des aveugles, l'onchocercose à Loumana", p 11

⁵⁶ Ibidem, p 17

⁵⁷ Ibidem, p 13

à Banzon s'est fait en majorité parmi les migrants mossi, par contre "*Karfiguéla est exclusivement exploité par les paysans autochtones*"⁵⁸.

Les aspects sanitaires résultant de ces aménagements ont été abordés par G. Sangli⁵⁹ à propos de la Vallée du Kou et par A. Koné⁶⁰ pour l'aménagement de Banzon. Ces études de cas ont mis en valeur le "paradoxe de la vallée du Kou" déjà évoqué en 1981 par JP. Hervy qui avait prospecté "*dans une douzaine de localités de Bobo-Dioulasso dont sept de la Vallée du Kou*"⁶¹, la transmission du paludisme apparaît inférieure dans les quartiers rizicoles à ceux de la savane. Ce paradoxe a été mis en évidence par les équipes ORSTOM-centre Muraz de P. Carnevale.

A travers un constat identique pour la plaine de Banzon, A. Koné allègue, pour justifier ce paradoxe, l'utilisation plus généralisée des moustiquaires et des produits insecticides ; leur usage a été répandu par l'organisme aménageur. Mais l'utilisation de ces produits n'est peut-être pas l'unique raison car selon JP. Doumenge, lors de la création d'un aménagement hydro-agricole : "*après un ou deux ans de forte morbidité, un nouvel équilibre se crée entre l'homme et le parasite agent du paludisme, ce qui fait qu'à long terme les populations situées à proximité immédiate de la retenue et de l'aménagement anthropiques semblent être moins victimes de malaria que les populations environnantes*"⁶². Cet "équilibre" ne doit pas cacher l'importance des personnes touchées par ce mal et la fréquence des soins qu'elle nécessite.

Au sein de l'ensemble HCK dont les limites ont été définies arbitrairement par le découpage administratif, différents ensembles s'individualisent par leur spécificité agricole, des spécificités liées à l'organisation territoriale. En effet, l'Etat en participant aux campagnes d'éradication des grandes endémies a permis d'utiliser les terres proches des cours d'eau "sans risques" ; de nombreux aménagements hydro-agricoles ont été créés ou sont en projet. Le terme "sans risques" est toutefois mal approprié car ce type d'équipement introduit ou exacerbe d'autres pathologies liées à l'eau comme les schistosomiasés, que les dispensaires, lorsqu'ils existent, ne peuvent diagnostiquer faute de matériel adéquat. Les spécificités agricoles regroupent également la culture

⁵⁸ Ouedraogo (OD), 1986, "Aménagements hydro-agricoles, opérations "terres neuves" et déplacements de population au Burkina Faso de 1990 à nos jours", p 377

⁵⁹ Sangli (G), 1991, "Approche géographique de la transmission du paludisme"

⁶⁰ Koné (A), 1992, "Disparités géographiques du paludisme dans la plaine aménagée de Banzon"

⁶¹ Sangli (A), op. Cité, p 79

⁶² Doumenge (JP), op. cité, p 219

du coton qui, sans être unique au sud-ouest, concerne un nombre d'agriculteurs beaucoup plus important que dans le reste du pays.

L'ouest et le nord de la région HCK s'individualisent donc par leur spécificité agricole par rapport à l'ensemble, quelques lieux sont privilégiés grâce à un aménagement hydro-agricole mais la culture céréalière n'est pas négligée.

IV - CONSEQUENCES DES NOUVELLES PRATIQUES AGRICOLES : UNE PLUS GRANDE OUVERTURE AUX INNOVATIONS ?

Lorsqu'on traverse le sud-ouest, la variété de l'habitat frappe tout de suite le voyageur, les cases rondes à toit conique alternent avec les habitations rectangulaires à toit de paille ou de tôles. Mais l'habitat ne permet pas de différencier systématiquement les populations car certains groupes ethniques assimilent le style d'autres groupes. La diversité peut s'observer davantage par l'architecture des greniers (annexe 15). Dans ce point nous nous attacherons avant tout à identifier, en géographe, les types de villages qui sont souvent associés à des mises en valeur variées de l'espace plus qu'à des formes architecturales. Ainsi, dans le Houet, la distribution de l'habitat est très changeante, semis dense et régulier autour de Bobo-Dioulasso, plus lâche vers le sud. A l'est le semis est dominé par de gros bourgs ou par de petits groupements ruraux.

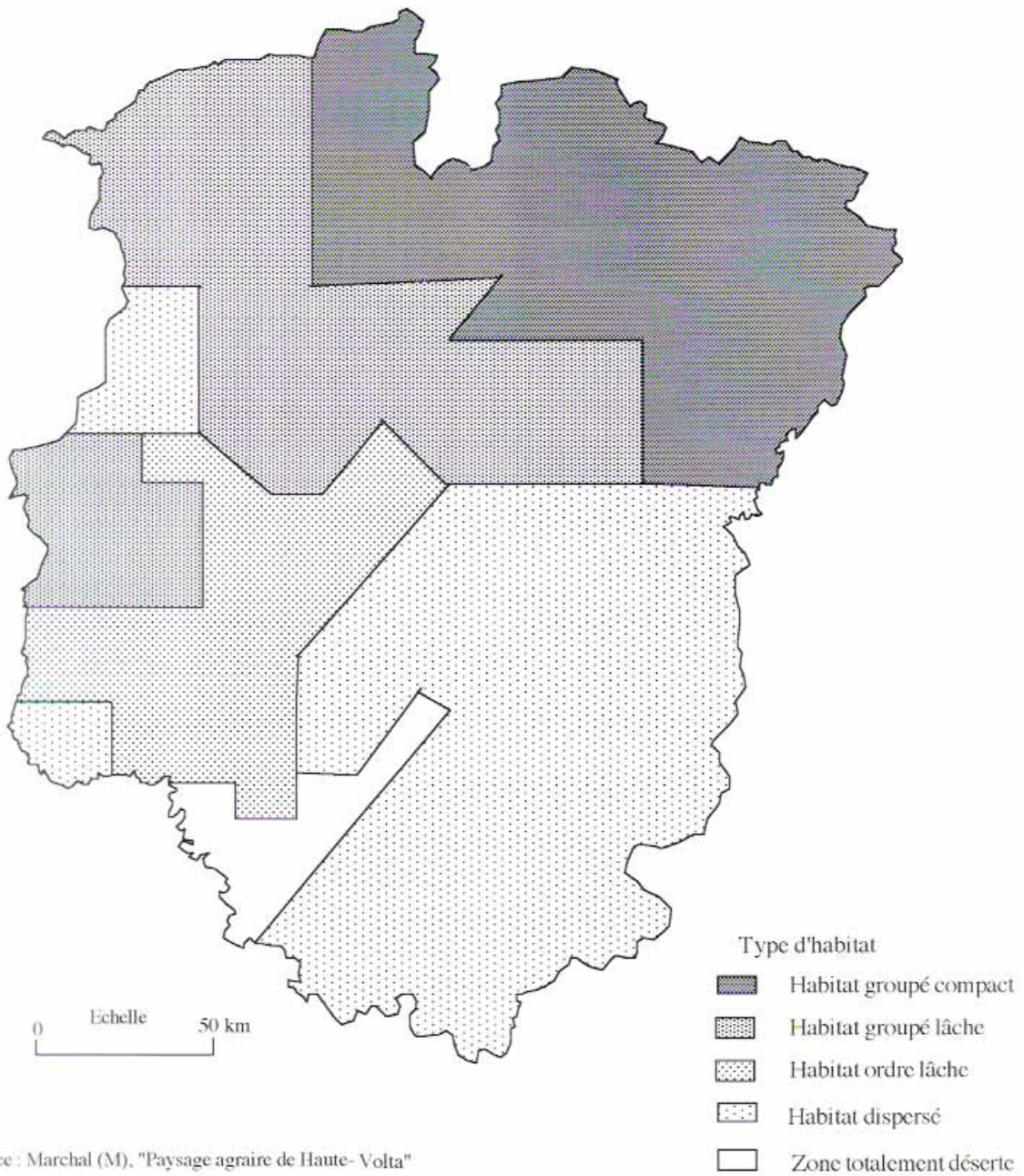
La répartition de l'habitat justifie la multiplication des CSPS, nous avons déjà donné l'exemple du pays bwaba où les habitations très compactes forment des villages plus ou moins distants les uns des autres. On peut lui opposer l'habitat au sud de la province du Houet, individuel et très dispersé, qui ne permet pas l'implantation facile d'équipements publics tels que les structures de soins.

Avec la paix coloniale, l'habitat subit une nouvelle influence, celle du développement économique. Au niveau du type de construction, il évolue ; les cases de banco font place aux maisons de "banco amélioré" avec leur toit en tôle. Par ailleurs, les pratiques agricoles commerciales introduisent de nouvelles techniques et une atomisation des unités agricoles qui profitent parfois à l'indépendance des jeunes. Les conséquences sont visibles à l'échelle du village : là où l'habitat était compact, les nouvelles habitations ont tendance à apparaître en périphérie de l'espace construit, ce qui change la morphologie du village. A l'échelle des terroirs, dans certains espaces, occupés soit par des autochtones, soit par des étrangers attirés par la productivité des sols, apparaît un habitat intercalaire.

L'amélioration de l'habitat est une marque d'enrichissement et une volonté d'améliorer ses conditions de vie. Cette ouverture aux influences qui ne sont pas issues du village souligne

Figure 35

REPARTITION DE L'HABITAT



Source : Marchal (M), "Paysage agricole de Haute- Volta"

l'ouverture des esprits aux innovations, et la santé moderne, malgré l'ancienneté de ce dispositif, s'insère dans ce cadre.

1 - L'habitat traditionnel

A travers la description de l'organisation des paysages agraires par M. Marchal⁶³ nous avons tenté de mettre en évidence le type d'habitat. La "région" est marquée par une pluriethnicité, composante de la trame définie pour identifier les types d'habitat. M. Marchal remarque que *"le sud-ouest est d'emblée une mosaïque de situations diverses où peu d'unités peuvent être associées dans une même définition"*⁶⁴, de ce fait la multiplicité ethnique ne peut participer seule à la définition des grands ensembles de cet espace. Par ailleurs, le type d'organisation agraire varie selon le milieu naturel, *"du point de vue de l'organisation agraire, le paysage humain est beaucoup moins différencié que du point de vue de la somme des faits culturels qui contribuent à définir l'ethnie"*⁶⁵. *"Le type d'habitat fait référence à des types de sociétés agraires plutôt qu'à des types de groupes ethniques"*.

C'est dans cette perspective que nous avons tenté de réaliser une typologie (figure 35). Le premier groupe défini, est caractérisé par un habitat compact sur un terroir fortement individualisé *"chaque village s'inscrit dans l'espace en tant que territoire dont les limites sont connues et respectées"*. On l'observe plus particulièrement chez les Marka, les Bwaba, les Bobo. *"La forme de l'habitat traduit la volonté de cohésion du groupe, à la fois pour son propre équilibre et face à une éventuelle menace extérieure"*⁶⁶. Ainsi l'habitat traditionnel bobo, correspondant au groupe élargi, est replié sur lui-même ; il est désigné comme un *"habitat groupé compact"* par M. Marchal. Ce type est principalement lié à l'histoire de la région. J. Capron rapporte que *"l'impossibilité où ils se trouvent de s'opposer par les armes, aux entreprises de pillage des bandes armées sillonnant le pays, amène les ressortissants des communes les moins peuplées à abandonner leurs demeures et à se réfugier dans les villages qui, de par leur taille, les possibilités de résistance que leur offre l'occupation d'un site défensif, les qualités guerrières de leurs habitants ... paraissent aptes à assurer aux immigrants un peu plus de sécurité"*. En effet, chez les Bwaba, les constructions sont juxtaposées les unes aux autres et des ruelles très étroites permettent de circuler dans le village avec plus de sécurité. Les cavaliers venus assaillir le village ne pouvaient donc pas entrer. La culture intensive à proximité des habitations est associée à ce type de village. Le contrôle des terres est exercé par les grandes familles qui se sont trouvées à l'origine de la fondation des villages. Dans

⁶³ Marchal (M), op. Cité

⁶⁴ ibidem, p 67

⁶⁵ ibidem, p 77

⁶⁶ ibidem, p 64

l'organisation traditionnelle, les champs se forment autour d'un noyau central -le village- et évoluent en auréoles vers la périphérie : d'une auréole de champs villageois aux cultures permanentes, où il est fréquent d'observer la présence d'un parc arboré à *Acacia albida*, vers une auréole de champs de brousse jamais éloignés de plus de 4 km. De plus, nous verrons qu'aujourd'hui des mutations sont apparues, engendrées par l'introduction des cultures commerciales et les flux d'immigrants. Chez les Bobo, les constructions sont sensiblement identiques à celles des Bwaba, avec des maisons à étages. Dans cet habitat groupé, la limite entre les quartiers est matérialisée par des ruelles.

Le deuxième groupe est également caractérisé par un habitat groupé compact au sein de terroirs individualisés. Selon M. Marchal ce type est très voisin du précédent par l'organisation spatiale agraire, mais non par l'environnement naturel. On retrouve souvent ce mode d'habitat chez les Sénoufo, les Gouin, les Turka. La cohésion se fait autour du patriarche et se traduit dans l'espace par des *"grappes de petites cellules resserrées"*. Chez les Gouin et Karaboro, les habitations ont une forme rectangulaire, à terrasse pour les hommes et rondes à toit conique pour les femmes. Enfin, chez les Sénoufo ce sont les cases circulaires à toit conique qui dominent, elles sont groupées autour d'un espace central, unies par des murs.

Le troisième groupe de villages, tout comme le précédent, *"est construit à partir de groupements villageois souvent bien individualisés qui ponctuent l'espace"*⁶⁷. L'habitat est *"groupé en ordre lâche"*. En certains lieux, comme autour de Toussiana, cet habitat *"donne naissance à une véritable campagne où ne subsistent presque plus d'espaces incultes"*. *"Le paysage est totalement transformé par l'occupation agraire du sol"*. La région d'Orodara jusqu'à Wolonkoto se démarque par l'extension des aires de culture sur lesquelles s'éparpillent les habitations associées à *"un parc arboré très dense"*, en majorité des Rôniers. Ici, les clairières de cultures succèdent aux îlots au couvert arboré encore dense. Chez les Toussian, on rencontre à peu près le même style d'habitation, les cases des hommes étant plutôt carrées. Au sein de ce groupe les régions de Loumana et de Banfora s'individualisent. Les paysages agraires reposent, en certains lieux, sur l'utilisation des bas-fonds souvent étendus en plaines alluviales. Ailleurs, la mise en valeur des bas-fonds reste limitée par leur morphologie.

Le dernier groupe laisse apparaître *"un habitat en cellules dispersées qui va de pair avec une très faible densité d'occupation du sol"*⁶⁸ que l'on rencontre notamment au pied de la falaise. Les habitations de forme cylindrique, sont établies soit sur les interfluves, soit sur la partie inférieure des versants, ceci en fonction du réseau hydrographique. Lorsque le réseau est dense et encaissé

⁶⁷ Marchal (M), p 68

⁶⁸ Marchal (M), p 67

les interfluves sont privilégiés, lorsqu'ils ne sont pas recouverts de dalles cuirassées. En décrivant le paysage agraire de la région de Tiéfora, M. Marchal précisait que *"chaque unité d'habitat constitue l'unité résidentielle à partir de laquelle se distribuent les espaces cultivés"*. Il s'agit souvent d'une auréole de cultures permanentes, assez large qui peut s'étendre sur 100 à 400 m. La diversité ethnique explique l'hétérogénéité des habitations. Ainsi chez les Tiefo, les constructions sont rectangulaires, à double pente en paille. L'organisation agraire et celle de l'habitat sont traditionnelles. Elles ont subi des mutations liées aux aménagements de différents types mis en place dans la "région" sud-ouest, mais aussi l'implantation de nouvelles populations au sein d'un espace qui n'avait jusqu'alors connu aucune modification de son peuplement.

Les groupes de croissance ne se superposent pas exactement aux zones relatives à l'habitat délimitées par M. Marchal. Cependant, les taux de croissance les plus faibles sont, dans une large mesure, observés au sein des espaces dont l'habitat est considéré *"en ordre lâche"*. Pourtant, ces deux phénomènes ne sont pas strictement corrélés puisqu'une portion d'habitat groupé au nord-ouest de la région est également concernée. A l'opposé les taux de croissance les plus élevés se trouvent indifféremment dans des lieux où l'habitat est ou groupé, ou dispersé.

2 - Les mutations de l'organisation agraire et de l'habitat

L'organisation agraire et celle de l'habitat sont fondamentalement liées l'une à l'autre. L'introduction de nouvelles cultures de rente, et le desserrement des terroirs ont contribué ponctuellement, ou de façon plus étendue, au développement de l'habitat intercalaire. Autour de Banfora, l'implantation du complexe agro-industriel basée sur l'exploitation de champs de canne à sucre a ainsi *"modifié complètement le paysage et bouleversé l'organisation des terroirs voisins"*. Autour de N'Dorola ces changements se sont traduits par *"la réduction de l'aire des champs de village consécutive au développement de la mise en valeur des bas-fonds ... dans le cadre d'une promotion de la riziculture"*.

Le développement des cultures de rente, tout comme les flux migratoires intenses qui touchent le nord du pays, ont eu un impact plus large. Ainsi dans la région de Houndé, l'introduction de la culture cotonnière, associée à celle de nouvelles techniques de mise en valeur et d'enrichissement des sols, a conduit à l'extension de l'aire d'occupation des terres, une occupation qui est continue. *"Elle s'accompagne de la diffusion plus grande du semis des habitations, de nouveaux quartiers sont créés à la périphérie des aires de culture intégrales ou bien au sein de zones habituellement appelées "brousse"*. Ce phénomène peut également être attribué aux mouvements de colonisation agraire qui concernent toute la partie nord de notre "région" depuis Foh jusqu'à Houndé. Avec le retour à la sécurité et l'évolution des activités, l'habitat tend progressivement à se desserrer. Ainsi, les nouvelles constructions s'éloignent du noyau central et

s'espacent les unes des autres. Aujourd'hui, il faut lui juxtaposer l'habitat migratoire dispersé en nébuleuses ; il s'agit d'un habitat intercalaire mossi, dont le développement remonte, au plus, à une vingtaine d'années.

Les villages de Kiéré, Siéni, Tiomboni, Touaho, situés en pays bwaba, sont caractéristiques de cette situation. L'évolution de l'habitat s'accompagne de changements dans les paysages agraires ; ils sont liés à l'important mouvement de colonisation agraire spontanée des Mossi. Les Mossi sont diversement installés dans les villages, et l'hétérogénéité des situations peut témoigner de la complexité des rapports entre étrangers et populations autochtones.

Les constructions bwaba sont rectangulaires, à terrasses, les greniers sont situés à l'intérieur de cases construites à cet effet. La concession rassemble plusieurs cases. A côté, l'habitat mossi regroupe des constructions circulaires parfois reliées entre elles par un mur d'enceinte, il est plus ou moins éloigné du village d'accueil selon la volonté des autochtones.

En 1983, M. Marchal remarquait un mouvement de dispersion de l'habitat dans les villages sur le plateau de Banfora, la majorité des familles étant installée en brousse de façon permanente. Cependant chez les Toussian l'organisation exige une dispersion de l'habitat du fait de l'éloignement des terres cultivées. *"Dans la plupart des cas, les nouvelles installations ne peuvent se faire que sur la terre hors champs du village. Ces principes sont à l'origine de nombreuses installations en brousse"*. L'espace situé au pied de la falaise de Banfora, occupé à la fois par des Tiefo, des Toussian et des Bobo, est représentatif de cette situation. Au Sud, M. Marchal qualifiait l'habitat de "dispersé", quarante ans après on peut toujours le désigner ainsi. La zone située au pied de la falaise (en contrebas de Péni) est caractéristique, elle est occupée par des populations bobo et toussian en majorité, qui retournent le temps des funérailles dans leur village d'origine.

Plus que le type d'habitat, la pression exercée sur la terre apporte les éléments nécessaires à l'explication de l'émigration. Les taux de croissance élevés se retrouvent indifféremment dans les lieux où l'habitat est groupé ou dispersé, mais en l'absence de données précises sur le taux d'occupation de l'espace nous ne pouvons juger de la pression réelle des hommes sur l'espace en fonction des groupes de population.

Comment s'insère les structures de soins dans ce paysage ? Dans le village, le CSPS se localise en périphérie de l'espace construit. La DPS justifie ce choix par la nécessité d'éviter que les habitants viennent construire ou cultiver près de l'établissement, un périmètre est donc défini. Le CSPS s'implante comme les autres établissements publics : écoles, administrations, et paraît quelque peu isolé de l'habitat villageois. Le PSP, établissement de niveau inférieur dans la hiérarchie sanitaire, semble plus proche de la population alors que la participation communautaire est sollicitée.

Tableau 30 : Source de financement des CSPS depuis 1970

| CSPS | Ouverture | Financement du CSPS |
|---------------|-----------|---|
| Balla | 1988 | population + SOFTTEX |
| Bama | 1968 | PDSS |
| Baré | 1990 | population + personne privée |
| Békuy | 1983 | GV |
| Béréba | 1954 | PDSS |
| Boni | 1960 | PDSS |
| Bouahoun | 1966 | PDSS |
| Bouéré | 1990 | population + personne privée |
| Dandé | 1991 | PDSS |
| Dohoun | 1990 | population |
| Faramana | 1984 | GV |
| Foh | 1952 | population + jumelage français (Balleroy) |
| Houndé | 1969 | FED |
| K- Sambla | 1954 | GV |
| K- Vigué | 1960 | PDSS |
| Kary | 1963 | personne privé ou coopérative |
| Kiéré | 1967 | GV |
| Kotédougou | 1954 | PDSS |
| Kouentou | 1985 | mission catholique/CARITAS |
| Koumbia | 1950 | PDSS |
| Koumi | 1955 | PDSS |
| Kourignon | 1963 | PDSS |
| Léguéma | 1977 | PDSS |
| Léna | 1978 | PDSS |
| Matourkou | 1964 | PDSS |
| Nasso | 1970 | mission catholique |
| Padéma | 1964 | PDSS |
| Péni | 1963 | PDSS |
| Santidoukou | 1982 | mission protestante |
| Sara | 1989 | population |
| Satiri | 1958 | PDSS |
| Siankoro | 1986 | GV |
| Soumousso | 1986 | GV + SOFTTEX |
| Soungalodaga | 1986 | population + association française |
| Toukoro Bobo | 1985 | population |
| Toussiana | 1952 | PDSS |
| Vallée du Kou | 1973 | projet hollandais de riziculture |
| Wakuy | 1960 | population + personne privée |
| Yéguéresso | 1987 | PDSS |

Sources : Plan quinquenal de développement sanitaire du Houet 1991-95
et entretien avec les infirmiers et les manoeuvres

Si la politique sanitaire nationale décide le plus souvent de l'installation des dispensaires, des organismes ou des initiatives privées peuvent être à l'origine de l'implantation d'une structure de soins dans un village. Le Houet offre un exemple de la diversité des origines des financements et des décisions d'ouverture. A l'est de la province, l'importance de la population, accentuée par la présence considérable d'étrangers, justifie le nombre élevé de structures de soins. Toutefois l'intervention de personnes extérieures à l'organe étatique, pour la construction d'établissements de soins, contribue à la multiplication des équipements et influe sur l'équité spatiale devant l'offre de soins en milieu rural. En milieu urbain, cette équité est également influencée par l'exercice des praticiens privés. L'initiative et la réalisation de la construction ont différentes sources (tableau 30):

- soit publiques : par financement national (choix de l'organisme décisionnel),
par financement international (coopération allemande, française),
- soit privées : ONG
demande de la population (financement étatique le plus souvent),
personne politique qui veut participer à l'expansion de son village,

d'origine (tel est le cas de Bouéré)

individus ayant des relations avec des associations étrangères.

L'intervention des autorités religieuses concerne l'équipement des dispensaires. Elle conduit à une carte sanitaire particulière, avec une concentration des établissements de soins publics dans des espaces déjà bien équipés, d'où le contraste accentué par rapport à d'autres espaces où le sous-équipement est souvent corrélé à un habitat dispersé (cf ch II). Le fonctionnement dépend toutefois du pouvoir central qui est seul juge pour fixer le quota de personnel nouveau, accordé à chaque province. Ainsi, si aucun infirmier n'est désigné pour y exercer (comme à Tiarako, sud-est de la province du Houet), certains bâtiments peuvent alors rester non-opérationnels pendant plusieurs années. En effet, en milieu rural, le personnel médical dépend directement de l'Etat.

Par ailleurs, l'adoption des cultures commerciales par les populations a eu un impact sur la création de certains CSPS non programmés initialement dans le Plan de Développement des Structures de Soins. La participation matérielle de la population fut alors généralement sollicitée pour la construction des structures de soins ; dans certains villages elle a été financée par les Groupements Villageois grâce à leur enrichissement. Le tableau 30 met en évidence la concentration spatiale des villages concernés, essentiellement le nord et le nord-est de la province du Houet ; une exception Soumouso, au sud-est. Les Groupement Villageois (GV), dont l'existence est essentiellement liée à la culture cotonnière, expliquent ce constat. Cette participation a démarré avec les années 1980, la multiplication de leur investissement s'observe surtout à partir de 1986 alors que la production commercialisée au niveau national a fortement augmenté. La hausse des bénéfices réalisés par ces "associations" villageoise a donc été réinvestie en partie dans le domaine de la santé.

CHAPITRE III

OFFRE DE SOINS ET TERRITOIRE

Les privilèges accordés au sud-ouest et l'attraction exercée par cette partie du territoire ne sont pas l'unique conséquence des facteurs climatiques. Le sud-ouest a constitué pendant longtemps l'ouverture principale, sinon unique, vers la côte avec laquelle s'effectuent les échanges. Les voies de communication ont donc été primordiales pour la survie de l'Etat voltaïque puis burkinabè. Pourtant, une fois encore, il importe de se demander si les considérations de l'Etat en matière économique sont identiques à celles des populations.

I - LES VOIES DE COMMUNICATION EN QUESTION

En matière d'équipement sanitaire, si les initiatives privées se font souvent en faveur des villages enclavés, l'Etat privilégie ceux qui ont une bonne situation géographique, c'est-à-dire qui se trouvent à proximité des voies de communication et qui permettent un accès plus rapide. Nous avons vu précédemment que dans le sud-ouest les villes se situaient principalement près de la voie ferrée. On peut donc se demander si dans les villages, les populations ont été attirées par la présence des axes de circulation.

A propos du réseau de circulation en Afrique tropicale, P. Vennetier⁶⁹ écrivait : *"il n'est pas surprenant que le développement des voies de communication, même quand il reste modeste, comme dans la majorité des pays tropicaux, ait eu pour conséquence la naissance et le développement d'agglomérations principales et secondaires, vivant au moins en partie au rythme des flux qui les atteignent ou les traversent"*. A travers de nombreux écrits sur les villes d'Afrique, les géographes ont démontré que la mise en place du réseau ferré avait fortement déterminé l'urbanisation. Dans le cas du Burkina Faso, le chemin de fer, comme la route, se sont servis des localités, déjà existantes, ou ont participé à leur expansion à travers les flux commerciaux qui se sont organisés le long des axes. Malgré l'antériorité de certaines localités, la hiérarchie actuelle des villes est en rapport étroit avec l'organisation des transports et des courants commerciaux.

Comme pour l'ensemble du Burkina Faso, l'organisation spatiale du sud-ouest s'est

⁶⁹ Vennetier (P), "Réseaux de transport, flux de biens et urbanisation", travaux et documents de géographie tropicale, n°53, 1981 .p 215

trouvée modifiée par la colonisation. Ainsi, le réseau routier, mis en place pendant la période coloniale, comme les structures de soins modernes est un élément qui participe à la structuration de la "région" ouest. On peut supposer que la colonisation et son action destructurante avec la création de nouvelles voies de communication, ont entraîné un déplacement de population ; toutefois ce phénomène ne se retrouve pas de façon spectaculaire dans les villages qui jalonnent le parcours de la route Banfora-Bobo-Dioulasso.

Au cours des décennies les villages proches d'une voie de communication ont été préférés pour l'implantation d'un établissement de soins. Ces choix correspondent-ils uniquement à l'organisation de l'espace par l'Etat, ou reflètent-ils la pratique du territoire de la population ?

1- Orientation des voies de communication

L'étude du réseau de communication n'a pas pour but de décrire les routes, mais plutôt d'identifier les espaces desservis et ceux plus enclavés. L'orientation des axes de circulation et leur densité montrent des disparités dans l'accessibilité dont vont souffrir les populations, tant dans leur activité économique qu'en cas de maladie lorsqu'une évacuation sanitaire est nécessaire.

Actuellement, les axes assurant la circulation des populations et des marchandises sont de différents types :

- les routes nationales généralement goudronnées,
- les routes régionales, en majorité pistes de terre,
- les routes départementales, pistes en terre carrossables.

Les voies de communication apparaissent primordiales dans les objectifs de développement et d'organisation de l'espace. Leur viabilité permet d'identifier leur rôle effectif dans les mouvements de population. Il existe une correspondance entre la hiérarchie fonctionnelle des axes et leur qualité. L'entretien implique des moyens financiers plus importants selon qu'il s'agit de voies à vocation internationale, ou de voies départementales qui pourtant ont leur rôle dans le développement économique du pays. Nous illustrerons ce point de vue avec la piste passant par Orodara. Parmi les routes nationales qui assurent la liaison avec les pays limitrophes la RN1 occupe la première place. Axe routier important, il traverse le sud-ouest du Burkina Faso, il se situe dans le prolongement de la route Abidjan-Ferkessedougou (au nord de la Côte d'Ivoire) et rejoint Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. Cette voie passe notamment par les villes de

Boromo, Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko⁷⁰. Longtemps piste de terre, elle a bénéficié d'un bitumage au cours de la période 1978-83⁷¹, alors que la route Bobo-Dioulasso-Faramana qui se prolonge vers le nord, au-delà de la frontière avec le Mali jusqu'à Koutiala, était déjà goudronnée depuis 1971⁷². Les échanges avec le Mali se faisant dans des proportions moins importantes qu'avec la Côte d'Ivoire, la primauté accordée à l'axe Bobo-Dioulasso-Koutiala (Mali) semble paradoxal. Cependant, la présence de la voie de chemin de fer parallèle à la route Bobo-Dioulasso-Ferkessedougou (Côte d'Ivoire) n'est certainement pas étrangère à ce choix. La RN1 goudronnée offrait une concurrence plus importante au trafic ferroviaire. Il semble que la RAN (Régie Abidjan-Niger) ait pesé de toute son influence pour retarder le bitumage de la route Ouagadougou- Bobo-Dioulasso - Abidjan.

P. Cosaert constate que ce sont principalement les axes à vocation de desserte internationale qui ont bénéficié du bitumage : "1476 km de routes ont été bitumés de 1968 à 1986, presque toutes concernant des liaisons internationales vitales pour le désenclavement extérieur du pays, la priorité ayant été accordée à la création de nouveaux axes". La troisième route à vocation internationale, dans le sud-ouest, mène également vers le Mali, à Sikasso en passant par Orodara et Koloko. Les travaux en vue du bitumage de cette voie n'ont débuté qu'en 1995 pour s'achever en 1997. L'aménagement tardif de la voie souligne le manque d'intérêt pour les échanges, déjà peu développés dans le passé, réalisés avec la troisième région malienne. Les relations passées entre les deux royaumes du Kéné Dougou et du Gwiriko justifient la faiblesse ou l'absence de fréquentation actuelle ; mais surtout cet espace pouvait être assimilé à un angle mort pendant la colonisation puisque, loin du Golfe de Guinée et du fleuve Niger, il était le point de jonction entre les frontières du Soudan, de la Côte d'Ivoire et de la Haute-Volta. En effet, Bobo-Dioulasso est relativement éloigné de cette limite et l'essentiel des flux commerciaux s'oriente vers le sud. Les relations avec l'ouest sont donc limitées, d'autant plus que les voies de communication n'ont jamais été bien entretenues en raison du manque d'intérêt des Etats pour ces espaces périphériques.

Pendant la période précoloniale, l'axe passait par Kourouma pour rejoindre Karankasso Sembla. Afin de faciliter la conquête militaire et de mieux maîtriser les populations, après la soumission de Bobo-Dioulasso et de Sikasso "un poste fut installé à Samorogouan"⁷³, de façon à

⁷⁰ Boromo, sous-préfecture de la province du Mouhoun, ce village de 8 511 habitants en 1985, constitue une étape importante sur la route Bobo-Dioulasso-Ouagadougou. L. Thiam (p48) nous signale que déjà pendant la période pré-coloniale "les Dyula et les Mossi étaient de véritables colporteurs ayant leur point d'attache à Boromo, Bobo-Dioulasso, Saïané, Gaoua, Ouagadougou"

⁷¹ Cosaert (P), Cahiers d'outre-mer, 1990, n°169, p 59

⁷² Communication personnelle JC. Amand

⁷³ Kambou-Ferrand (JM), op cité, p 273

diminuer la distance entre ces deux villes. La route commerciale précoloniale Sikasso-Bobo-Dioulasso a été remplacée pendant la colonisation par une route transfrontalière moins septentrionale. Cette piste de terre qui souffre de la saison des pluies, constitue un handicap pour le développement de la commercialisation des fruits de la région d'Orodara, capitale de la production fruitière. Elle n'a été goudronnée que très récemment⁷⁴. Les producteurs fruitiers maliens, majoritaires autour de Sikasso, sont désormais plus proches du marché de Bobo-Dioulasso à environ 160 km que du marché de Bamako à environ 350 km. Le marché de Bobo-Dioulasso est une plaque tournante pour la commercialisation de fruits, il exporte aussi bien vers l'est, Ouagadougou, que vers le sud, Côte d'Ivoire. L'amélioration de la route reliant Sikasso à Bobo-Dioulasso va peut-être entraîner une amélioration de la distribution des fruits et une augmentation des tonnages commercialisés.

Le sud-ouest est également traversé par des pistes principales qui assurent les liaisons régionales entre les différentes préfectures, notamment :

- Bobo-Dioulasso-Békuy-Bondukuy-Dédougou, vers le nord,
- Banfora-Sidéradougou-Gaoua, vers l'est,
- Yéguéresso-Soumouso-Diébouyou, vers le sud-est.

Leur qualité varie selon les années, car malgré les barrières de pluie qui les jalonnent, les précipitations entraînent une dégradation rapide du revêtement. Les camions de la SOFITEX (SOCIÉTÉ DES FIBRES TEXTILES) sont le plus souvent mis en cause dans la dégradation des pistes : ainsi il est fréquent en début de saison des pluies, lorsque la période de collecte de coton se termine, que les camions s'embourbent. La SOFITEX participe donc à la remise en état des pistes les plus médiocres, agissant ainsi également dans son propre intérêt.

Enfin, les pistes départementales, sont les plus nombreuses ; quelques unes sont maintenues en bon état, ce qui autorise des déplacements rapides :

- Samandéni à Padéma,
- Houndé à Béréba,

quant aux pistes :

- Bobo-Dioulasso-Karankasso Sembla-Samorogouan,
- Orodara-Djigouéra-Samorogouan-N'Dorola,

elles ont un parcours plus accidenté et sont mal entretenues.

L'entretien de ces axes dépend de l'aide extérieure, ce qui explique que les voies secondaires, assurant les liaisons intervillageoises, ne sont pas toujours praticables, même en saison sèche. En effet, la circulation sur ces routes dépend principalement des saisons, les fortes pluies de juin à octobre entraînent une détérioration rapide des voies et rendent souvent difficile

⁷⁴ Les travaux ont débuté en 1995

l'accès à certains villages. Aucun investissement n'est cependant prévu pour les maintenir en bon état. Hormis les axes principaux goudronnés et les voies régionales, la majorité des pistes départementales ou villageoises, qui sillonnent le sud-ouest, ne peut être utilisée en permanence, ce qui est un obstacle important aux déplacements. Ces difficultés sont, par exemple, celles que rencontre le village de Balla. Malgré la présence d'un équipement public, en l'occurrence un CSPS, le village ne bénéficie pas d'un entretien régulier de la piste longue de 10 km qui le relie à Satiri situé sur la piste régionale Bobo-Dioulasso - Bondukuy. Une situation qui n'est pas sans poser de problèmes pour les évacuations sanitaires ; la médiocrité des voies entraîne, en effet, une augmentation du temps de déplacement, qui peut être lourde de conséquences dans les cas les plus graves.

La disposition des routes fait apparaître deux éléments dans le sud-ouest : Bobo-Dioulasso représente un point névralgique à partir duquel se développe un réseau de communication en étoile ; l'axe Ouagadougou-Bobo-Dioulasso-Niangoloko (poste frontière avec la Côte d'Ivoire) divise la région sud-ouest en deux. Cette division est accentuée par les autres routes orientées vers le nord, le long desquelles s'effectue le trafic, isolant l'ouest (le long de la frontière avec le Mali), et plus particulièrement, le sud-est de l'ensemble HCK.

Les voies de communication orientées vers la Côte d'Ivoire semblent jouer un rôle plus limité qu'autrefois en matière de desserte économique du territoire ; on peut s'interroger sur la fonction initialement accordée à ces axes par les autorités coloniales et celle qu'elles jouent aujourd'hui. Alors que les échanges se sont développés avec d'autres pays côtiers, comme le Togo ou le Bénin.

2 - Répartition de la population le long des axes de communication

Les axes de circulation peuvent présenter un intérêt pour la population, puisqu'ils engendrent un dynamisme économique. Cependant de nombreux auteurs s'accordent à dire que le trafic sur le réseau routier burkinabè est faible ; l'axe Ouagadougou-Bobo-Dioulasso en est une illustration. Selon P. Cosaert, on comptait entre 200 et 450 véhicules par jour en 1990 sur cette route, et il se réduit à moins de 200 entre Banfora et Niangoloko près de la frontière ivoirienne. Ce sont les tronçons goudronnés qui enregistrent les plus fortes fréquentations. Ces ordres de grandeur indiquent la faiblesse des échanges réalisés entre le Burkina Faso et les pays limitrophes au sud-ouest. Le trafic modeste est également lié à un parc automobiles réduit. L'importance des flux, sur la carte, montre que plus l'on s'éloigne de Bobo-Dioulasso, plus le trafic diminue. Les villages traversés constituent des noeuds de plus ou moins grande importance. Face à ce réseau, il

est difficile de parler de connexité⁷⁵, en raison de la mauvaise qualité des voies, les transporteurs ne peuvent donc pas accéder à tous les villages ; il est préférable pour eux d'emprunter les routes nationales ou régionales régulièrement entretenues. L'ensemble de ces routes, dans le sud-ouest, forme un réseau polaire dont les flux sont principalement centrés sur la ville de Bobo-Dioulasso. Quant aux sentiers, ils correspondent aux déplacements individuels effectués à pied ou à vélo.

Contrairement à ce qui est généralement observé en milieu forestier les voies de communication qui traversent la région savanicole, entre 10° et 11° de latitude nord à hauteur de 5° de longitude est, n'ont pas été un élément important de cristallisation de la vie économique et encore moins de la vie sociale au cours de la décennie 1975/85. Le phénomène est ancien, même s'il ne dépend pas des mêmes causes. Selon les propos de Y. Person : "*la domination politique de Kong qui visait à assurer la sécurité des routes commerciales, a étrangement fait le vide le long de celles-ci. C'est ainsi qu'entre Kong et Bobo, les plateaux du Tyerla⁷⁶ sont à demi déserts alors que les falaises gréseuses de Banfora regorgent de paléonéolithiques insoumis⁷⁷.*"

La disparition de certains axes a entraîné le déclin de villages-étapes, dont le rayonnement était lié aux courants commerciaux découlant du trafic entre les cités du nord et les villages du sud. Pendant la période coloniale des villages se trouvèrent relégués au second plan, ils intègrent rapidement des espaces délaissés, voire ignorés, parce que initialement peu humanisés. Ainsi Bossora, à la limite des pays bobo et bwaba, était un point de passage obligé pour les caravanes. Mais la pacification progressive, associée à l'organisation de nouveaux axes d'échanges, modifia son importance. Les voies transsahariennes aboutissaient à des villes ou villages-étapes et suivaient des itinéraires relativement fixes, on leur a substitué un réseau désormais orienté vers la côte et qui assure ainsi aux transporteurs une plus grande sécurité vis-à-vis des pays traversés. Comme B. Guérin⁷⁸ nous pensons donc que "*la route favorise éventuellement une situation préexistante*". En effet, les lieux qui ont servi d'appui au tracé de ces axes jouissaient déjà d'un dynamisme qui pouvait les rendre attractifs.

Des villages promus au rang de postes administratifs pendant la période coloniale ont connu un développement démographique conséquent, et inhérent aux charges liées au pouvoir colonial. Cependant, pour la majorité d'entre eux, leur nouvelle position sur des axes d'échanges

⁷⁵ C'est-à-dire la capacité à partir de n'importe quel noeud de rejoindre les autres noeuds

⁷⁶ Il s'agit des espaces qui s'étendent au pied de la falaise de Banfora, peuplés par les Tyefo qui subiront de lourdes pertes en vies humaines lors de l'assaut de Noumoudara par Samory Touré. Ils sont caractérisés par un habitat dispersé

⁷⁷ Y. Person, op. Cité, p128 tome 1

⁷⁸ Guérin (B), 1982, "A propos de l'influence socio-économique de la route Ouagadougou-Bobo-Dioulasso"

ne semble pas avoir entraîné de modifications profondes du point de vue démographique. Loin d'atteindre un paroxysme, le peuplement paraît négliger les voies de communication. Les plus fortes croissances démographiques sont également observées en dehors des axes principaux et les môles démographiques, existant le long de ces voies, sont principalement générés par les activités présentes dans certains villages (aménagements hydro-agricoles, activités agro-industrielles).

La ville de Banfora est une image du rôle joué par le réseau routier qui favorise en certains lieux la création d'activités qui vont attirer les populations. Banfora *"fait figure dans les années vingt de village traditionnel sur lequel se serait greffée tant bien que mal l'anomalie coloniale"*⁷⁹. L'arrivée du rail, et bien après l'Indépendance, l'implantation d'un complexe agro-industriel, vont lui donner tous les aspects d'une ville. L'implantation des Grands Moulins du Burkina explique également l'augmentation de la charge démographique. L'industrialisation marque donc l'avènement de la ville. La position de Banfora, sur la route vers la Côte d'Ivoire, explique les taux de croissance relativement élevés (9% par an, taux réévalué par rapport au périmètre urbain de 1985) et l'industrialisation a exacerbé ce phénomène. Le croît naturel n'est donc plus la seule explication à l'évolution de la population : les flux migratoires, consécutifs à l'installation du complexe sucrier de Bérégadougou au cours des années 1970, permettent d'enregistrer des effectifs plus élevés.

Tableau 31 : Banfora : évolution de la population

| | 1955 | 1960 | 1965 | 1975 | 1985 |
|----------------|------|------|------|-------|---------------------|
| Nb d'habitants | 2740 | 4230 | 6660 | 12358 | 35319 |
| Croît annuel | | 9,0 | 9,5 | 6,4 | 11,0 ⁽¹⁾ |

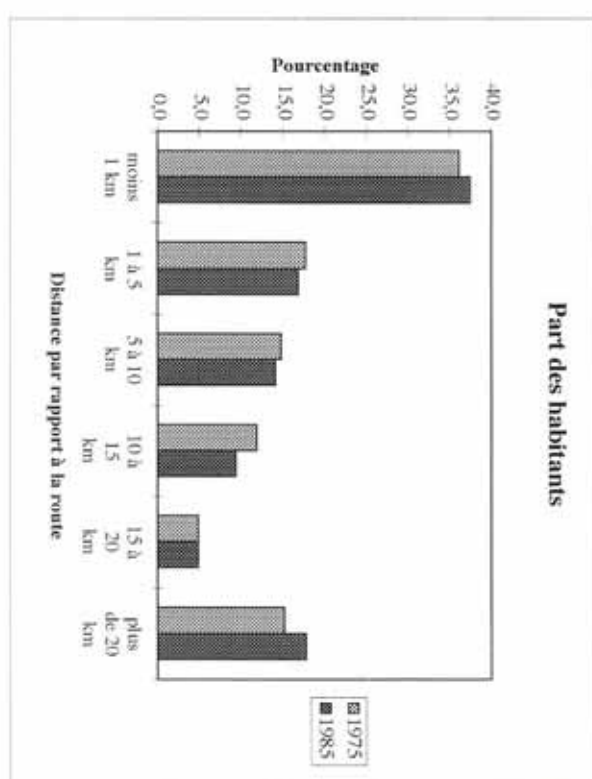
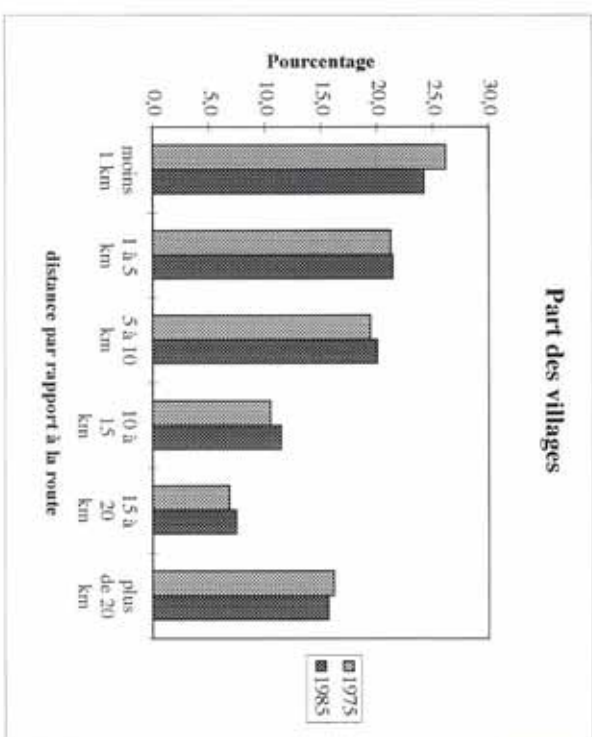
Sources : chiffres empruntés à J.L. Vassallucci et aux recensements nationaux
(1) Taux non réévalué par rapport à l'évolution des limites de la ville

Entre 1965 et 1975 un ralentissement de l'immigration vers Banfora s'exerce. Il semble plus prononcé selon les chiffres avancés par J.L. Vassallucci dont nous ne connaissons pas les modalités de collecte. En effet, il indique une population de 8 500 personnes en 1973, ce qui entraîne un taux de croissance annuel de 3,1% entre 1965 et 1973 et de 20,6% entre 1973 et 1975. L'auteur fait le constat de la stagnation sans pour autant avancer d'hypothèse. La reprise en 1975 est sans doute à mettre au profit du complexe sucrier inauguré en 1975, dont les conséquences démographiques vont profiter essentiellement à Banfora. Quant au ralentissement de la croissance entre 1965 et 1975, une étude plus spécifique de la ville permettrait d'aborder ce phénomène. La sous-estimation reconnue du recensement de 1975 apparaît comme une explication possible.

⁷⁹ Vassallucci (J.L.), op. Cité, p 145

Tableau 32 : Situation des villages et de la population par rapport au réseau de communication

| Distance village-route | 1975 | | | | 1985 | | | |
|------------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Nombre de villages | Pourcentage | Nombre d'habitants | Pourcentage | Nombre de villages | Pourcentage | Nombre d'habitants | Pourcentage |
| moins 1 km | 143 | 26,1 | 248600 | 36,1 | 138 | 24,2 | 166126 | 37,5 |
| 1 à 5 km | 116 | 21,2 | 121502 | 17,6 | 122 | 21,4 | 74128 | 16,7 |
| 5 à 10 km | 106 | 19,4 | 101248 | 14,7 | 114 | 20,0 | 62080 | 14,0 |
| 10 à 15 km | 57 | 10,4 | 81091 | 11,8 | 65 | 11,4 | 41130 | 9,3 |
| 15 à 20 km | 37 | 6,8 | 32885 | 4,8 | 42 | 7,4 | 21262 | 4,8 |
| plus de 20 km | 88 | 16,1 | 103838 | 15,1 | 89 | 15,6 | 78510 | 17,7 |
| Total | 547 | 100,0 | 689184 | 100,0 | 570 | 100,0 | 443326 | 100,0 |
| | | | | | | | | 778 |



Dans l'ensemble, seuls Banfora, Bobo-Dioulasso, Houndé, Vallée du Kou et Orodara connaissent un dynamisme économique soutenu. L'existence de ces villages est antérieure aux axes créés pendant la colonisation, et leur fonction commerciale ou administrative actuelle est certainement due à la présence d'un axe routier, doublé pour certains de la voie ferrée. Mais, dans le cas de villages possédant un aménagement agricole, leur position géographique s'est révélée fondamentale en plus de la situation par rapport au réseau de communication. La période tardive, au cours de laquelle le chemin de fer a atteint le Burkina Faso, justifie certainement que cet axe soit un élément moins fédérateur pour la colonie de Haute-Volta que pour celle de Côte d'Ivoire. De plus, l'instabilité politique connue par cette première colonie, explique peut-être que certains espaces n'aient pas été soumis à des déplacements imposés par le pouvoir. Les voies de communication ont été implantées dans un espace marqué par l'ancienneté du peuplement. Malgré le changement de direction des axes d'échange dans la région du sud-ouest, qui ont pris une tangente interne ouest-est, leur création n'a pas entraîné de mouvements spontanés de population vers ces voies ; au contraire, synonymes de travaux forcés, elles n'ont exercé aucun grand attrait. L'esprit d'indépendance des populations concernées et les échanges économiques peu soutenus avec les autres groupes n'ont pas été favorables au regroupement des populations le long des routes.

Y a-t-il d'importantes disparités démographiques entre les villages situés à proximité des voies de communication et ceux qui en sont éloignés ?

Les seules informations dont nous disposons concernent les années 1975 et 1985, nous ne pouvons pas juger de l'impact démographique, à des époques antérieures sur les villages situés le long des nouveaux tracés routiers. Ces axes ont été représentés statistiquement dans le tableau 32. Nous avons pris en compte les trois types de routes qui sillonnent la région et les villages pour chaque année de recensement. En outre, les cartes de densités nous ont déjà révélé qu'aucun axe routier n'était générateur d'un peuplement linéaire. Les marges ouest et sud apparaissent comme des espaces à l'écart des grands flux d'échanges nationaux. De même, dans les quelques villages situés à proximité des principaux cours d'eau : Mouhoun, Dienkoa, Koba, les populations doivent parcourir plus de 15 km pour atteindre une route départementale. Le tableau 32 indique que les villages distants de plus de 20 km de la route sont effectivement les moins attractifs. Ils accusent, en moyenne, des taux de croissance annuelle bien inférieurs à l'ensemble des localités de la "région", mais contrairement à ce que l'on pourrait penser, les villages les plus proches de la route n'ont pas connu la plus forte évolution de population. Ils ont largement été devancés par les villages éloignés de 10 à 15 km des voies de communication.

Si les axes de communication ont joué un rôle dans les mouvements migratoires, ce processus ne s'est pas fait à la faveur des localités situées à proximité. B. Guérin affirme que "*la route n'intervient pas dans les mécanismes de mouvement de population*". La voie de chemin de

fer, comme les routes, n'ont pas été un axe le long duquel les populations se sont regroupées, pour constituer une sorte de front pionnier à partir duquel elles avaient colonisé les sols inexploités. Par ailleurs, les villages les plus importants ne sont pas l'apanage des axes routiers. Parmi les 51 villages de plus de 3 000 habitants, 23 sont situés le long des voies goudronnées, soit seulement 45%. D'autres éléments justifient donc l'attraction exercée par les localités les plus peuplées. Il n'y a pas de relation systématique entre la localisation du peuplement et les grandes voies de communication.

Un ensemble s'individualise : la plaine de Sidéradougou, désormais isolée des échanges commerciaux, alors qu'elle faisait partie intégrante du tracé des pistes précoloniales. Cette plaine dont les qualités agricoles ne sont pas plus défavorables qu'ailleurs, ne présentait pas, à l'époque de la colonisation, un peuplement important, affaibli par les lourdes pertes en vies humaines infligées par Samory Touré. Hormis Sidéradougou, cité par Binger, rares étaient les pôles sur lesquels le tracé aurait pu s'appuyer ; ce qui peut expliquer l'option du tracé occidental. A l'écart des flux d'immigration venus des plateaux centraux et qui touchent les régions septentrionales depuis plus de deux décennies, la plaine affiche un rythme démographique relativement soutenu, qui laisse apparaître une certaine attraction de ces espaces, pourtant éloignés des routes. Ces remarques militent en faveur du constat suivant : les axes de communication ne sont pas des éléments attirant les populations dans le sud-ouest burkinabè.

Compte tenu de la répartition des densités, rarement linéaires, souvent en mûles (cf ch II/1), on peut affirmer qu'il n'y a pas de règle, ni de réelle corrélation entre la taille des villages et le type de voies, aucun axe ne semble préférentiel. Cependant la route de Bobo-Dioulasso-Faramana se démarque par des villages plus peuplés. Dans ce cas ce sont les variations ethniques et la vocation d'accueil des immigrants par les populations autochtones, dans cet espace, qui justifient une telle situation.

La voie de chemin de fer n'a pas fait l'objet d'une étude particulière, son tracé est étroitement associé à celui de la RN1 au sud de Bobo-Dioulasso. Toutefois, elle s'en éloigne au nord mais ne présente pas de différences notoires par rapport au réseau routier, même si certains villages, qui lui ont servi d'appui, ont connu une urbanisation que n'a pas engendré la route seule (Bobo-Dioulasso, Banfora). En fait, les voies de circulation ont apporté peu de grands changements ; l'urbanisation est limitée, les gares routières sont peu nombreuses et le commerce lié à la route est modeste. On peut donc supposer que la route n'a pas été l'élément moteur du développement des villages traversés, mais plutôt un facteur parmi d'autres, au même titre que la situation géographique, l'existence d'un commerce déjà développé ... Plus que la route il semble que ce soit le cumul des services disponibles dans les villages qui attire la population, d'où les concentrations humaines dans certains lieux.

II - LOCALISATION DES STRUCTURES PUBLIQUES ET TRADITIONNELLES

H. Picheral précisait à propos de l'offre de soins que l'évaluation se fonde "*sur une double analyse : la perception des populations de leur espace quotidien, et celle du corps médical et des institutions de soins de leur espace professionnel*"⁸⁰. L'organisation de l'espace par l'Etat est basée sur la maîtrise politique de la population ; d'ailleurs les pôles définis pendant la colonisation ont été repris, pour la plupart. Mais l'organisation des populations du sud-ouest est fondée sur le village, on peut donc se demander s'il existe des localités plus attractives parmi les ethnies et si elles ont la même place que dans l'organisation spatiale modelée par l'Etat.

Les structures de soins ne sont pas les seuls établissements publics existant sur le territoire burkinabè, nous verrons donc la place qu'occupent les structures de soins par rapport aux autres équipements.

1 - Influence de l'Etat sur l'organisation de l'espace

a- des localisations préférentielles pour les équipements publics

La vie administrative est organisée à partir des axes routiers. En 1983, lors du changement de découpage de quatre chefs-lieux d'arrondissement, la "région" a été morcelée en 40 départements dont les chefs-lieux ont été choisis parmi les villages les plus peuplés et les mieux situés le long des voies de communication. Cette logique avait déjà été suivie pendant la colonisation et malgré l'attraction moins forte des villages situés le long des voies de circulation, l'Etat a privilégié ces axes.

Si la localisation de la population est peu marquée par les routes, les villages traversés par un axe de circulation révèlent, par contre, un cumul d'infrastructures étatiques. En effet, il semble que pour l'Etat ce réseau de communication se soit imposé comme élément structurant l'espace. Dans le passé, le Burkina Faso⁸¹ était sillonné par des pistes commerciales qui suivaient un trajet méridien. Le commerce de marchandises qui s'est développé, a rendu Bobo-Dioulasso très attractif pour des populations d'origines différentes. Ce cosmopolitisme caractérise toujours la ville de

⁸⁰ Picheral (H), 1992, "Décentralisation des politiques de santé", p 27

⁸¹ Pendant la période pré-coloniale les limites officielles connues aujourd'hui n'existaient pas, cependant pour plus de précisions nous avons pris pour base le découpage actuel dessiné en 1947 lorsque la colonie de la Haute-Volta (ancien nom du Burkina Faso) a été officiellement reconstituée.

Bobo-Dioulasso qui a conservé sa place de pôle commercial, de plaque tournante reliée aux colonies limitrophes, et cela malgré la disparition des pistes caravanières. Aujourd'hui les pôles commerciaux se sont transformés en centres administratifs.

Dans la province du Houet, comme dans celle du Kéné Dougou et de la Comoé, on reconnaît une antériorité des villages par rapport à la route. 13 villages se répartissent le long des 126 km de goudron qui séparent Bobo-Dioulasso de Boni sur la RN1, proche de la limite administrative entre le Houet et la Bougouriba (à l'est de Bobo-Dioulasso). Seuls quelques villages Houndé, Koumbia, Yéguéresso servent d'arrêt pour les cars reliant les deux localités. Koumbia et Yéguéresso sont surtout des étapes pour les transporteurs privés, assurant la liaison entre les villages par taxi-brousse, ou pour les camions qui effectuent le trajet depuis la capitale burkinabè jusqu'en Côte-d'Ivoire. Entre Bobo-Dioulasso et la frontière ivoirienne, sur la RN1, vers le sud, parmi les 20 villages que traversent les 152 km de route : Péni, Toussiana, Banfora, Niangoloko sont des arrêts obligatoires. Le poste douanier frontalier est établi dans le dernier village cité. Parmi ces huit étapes, seul Yéguéresso n'a pas de fonction administrative. Du point de vue humain, les gares routières ou ferroviaires ne semblent pas présenter plus d'intérêt que les villages qui en sont dépourvus. Néanmoins il apparaît que, politiquement, elles sont primordiales puisque le nouveau découpage administratif, mis en fonction en 1984, s'est basé sur elles pour créer de nouvelles préfectures, établies sur la RN1. Il en est de même pour Békuy et Béréba, respectivement situés le long de la départementale non goudronnée reliant Bobo-Dioulasso à Dédougou⁸², et le long de la voie ferrée. Dans le passé, Béréba aurait servi de centre de regroupement pour le coton produit dans la région pendant la colonisation, le train assurait en effet une évacuation rapide de cette marchandise vers le sud de la colonie.

Les voies de communication ont un rôle important dans l'organisation de l'espace auxquelles on peut associer très souvent la présence de chefs-lieux administratifs. La route serait-elle favorable à l'implantation des équipements publics ?

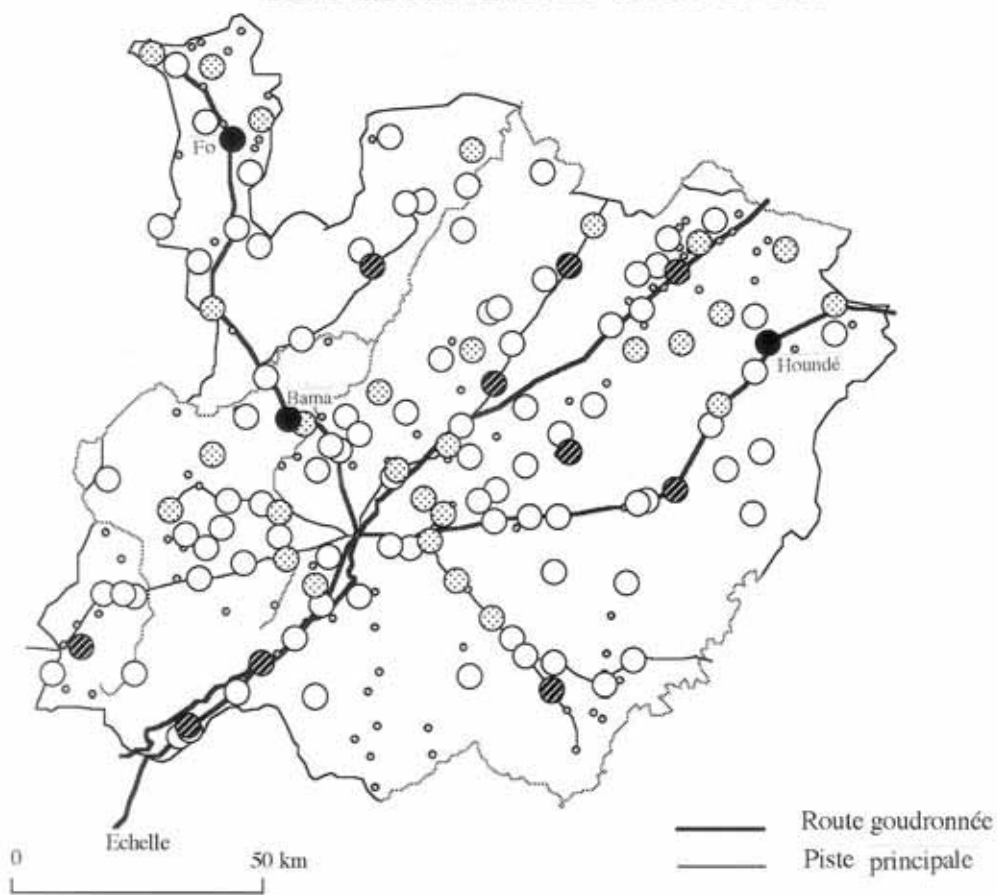
Dans notre analyse nous avons opté, plus concrètement, pour les structures officiellement implantées et dépendant de l'État, soit dans leur création, soit dans leur fonctionnement. L'analyse à l'échelle de la province du Houet, a pris en compte quatre types de structures publiques, issues de la planification et de la volonté politique de l'État d'équiper le pays. Il s'agit :

- des écoles primaires qui modifient partiellement l'analyse, dans la mesure où elles impliquent une dispersion nécessaire pour toucher le maximum d'enfants, dans ce cas la route joue

⁸² Dédougou est la préfecture de la province du Mouhoun créée en 1984, elle possédait déjà un rôle administratif pendant la colonisation, conforté depuis l'indépendance

Figure 36

REPARTITION DES EQUIPEMENTS EN MILIEU RURAL
DANS LA PROVINCE DU HOUET EN 1993



Source : Enquêtes personnelles

| Types | Nb de villages |
|----------------------------------|----------------|
| Sans équipement | 101 |
| Ecole uniquement | 88 |
| Structure de soins + école | 25 |
| Préfecture + soins + école | 10 |
| Gendarmerie + préfecture + soins | 3 |



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

un rôle de moindre importance⁸³,

- des dispensaires dont nous verrons qu'ils sont étroitement associés aux axes de circulation,
- des unités administratives dont le rôle nécessite une capacité optimale à superviser et à atteindre l'ensemble des villages sous sa responsabilité, pour cela une situation centrale prime, elle n'exige pas forcément une structure routière proche,
- des postes de police ou de douane implantés à demeure dans certains villages. Ils sont également pris en compte, et bien que la situation géographique soit déterminante, on les rencontre plus souvent près des frontières d'Etat (figure 36).

Le but de notre recherche n'étant pas l'étude de l'impact des voies de communication sur la répartition de la population au Burkina Faso, nous nous référons, au cours de l'analyse qui suit, pour complément aux conclusions de B. Guérin⁸⁴ relatives à l'axe Ouagadougou-Bobo-Dioulasso.

Dans le tableau 33, il apparaît que plus on s'approche de la route, plus le nombre d'équipements dans les villages s'accroît, surtout dans les sous-préfectures. Ce constat renforce l'impression de distance qui existe entre l'attention conférée aux routes par l'Etat et l'usage qu'en font les populations. Le nombre d'infrastructures présentes est inversement proportionnel au nombre de villages équipés, comme on peut l'observer dans le tableau suivant.

Tableau 33 : Distance des infrastructures par rapport à la route en 1993 dans le Houet

| Nb de structures | Nb de villages à moins de 1 km | Nb de villages entre 1-5 km | Nb de villages à plus de 5 km | Total |
|------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------|
| 0 | 15 (15%) | 31 (31%) | 54 (54%) | 100 (43,7%) |
| 1 | 36 (38,8%) | 18 (19,3%) | 39 (41,9%) | 93 (40,6%) |
| de 2 à 3 | 17 (51,6%) | 5 (15,1%) | 11 (33,3) | 33 (14,4%) |
| 4 | 3 (100%) | 0 | 0 | 3 (1,3%) |
| Total | 71 (31%) | 54 (23,6%) | 104 (45,4%) | 229 |

Sources : enquêtes personnelles

Les données chiffrées résultent d'une observation réalisée sur les routes goudronnées et les pistes principales du Houet ; à titre de comparaison nous utiliserons la partie de la voie bitumée entre Bobo-Dioulasso et Ouagadougou, comprise entre la capitale économique et Boromo situé à environ 50 km du dernier village compris dans les limites du Houet. Dans son analyse, B. Guérin

⁸³ Informations fournies par le service d'encadrement scolaire de Bobo-Dioulasso

⁸⁴ B. Guérin, déjà cité

prend en compte tous les villages compris dans une bande d'environ 30 km de part et d'autre de la RN1, les infrastructures comptabilisées sont : les écoles primaires, les centres d'éducation rurale, les infrastructures de santé, l'encadrement agricole ; il conclut que "sur 110 villages compris entre Boromo et Bobo-Dioulasso, 34 (30,9%) possèdent une infrastructure dont 9 (26,4%) sont sur la route et sur les 52 villages situés sur la route 17 (52,9%) ont au moins une infrastructure"⁸⁵. Parmi les villages situés le long des routes, nos observations nous ont amenés à un pourcentage un peu plus élevé, il atteint près de 80 %, mais elles concernent tous les types de pistes. La comparaison de nos pourcentages et des informations délivrées par B. Guérin, nous amène donc à conclure que les voies goudronnées sont privilégiées par rapport aux pistes de terre.

Selon le tableau 34, les villages qui possédaient le plus d'équipements ont connu les rythmes de croissance les plus élevés entre 1975 et 1985. Il s'agit d'une évaluation à des périodes assez éloignées, puisque le nombre d'infrastructures a été évalué en 1993. Les villages de Bama, Fo, Houndé, possédant quatre équipements, accueillent tous des services de police. Ce tableau confirme une nouvelle fois que la taille du village influe sur le nombre de structures étatiques présentes, mais leur absence n'a pas de conséquence sur la croissance démographique. En effet les villages sans équipement ou ayant un seul équipement, le plus souvent une école, ont des taux très élevés, que d'autres facteurs expliquent.

Tableau 34 : Evolution de la taille des villages en fonction de leur équipement entre 1975-85

| Nb de structures | Pop 1975 | Pop 1985 | tx croissance en % | Taille moyenne par villages en 1985 |
|------------------|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|
| 0 | 30 956 | 62 137 | 7,2 | 627 |
| 1 | 81 460 | 167 179 | 7,4 | 1 817 |
| 2 | 47 312 | 74 580 | 4,6 | 3 242 |
| 3 | 24 875 | 31 275 | 2,3 | 3 127 |
| 4 | 6 973 | 17 883 | 9,9 | 5 921 |

Quant aux structures de santé, elles résultent d'une localisation préférentielle, le long des routes, ce qui introduit d'emblée un déséquilibre avec "l'arrière-pays". L'Etat estime en effet, que les populations éloignées pourront grâce à cette localisation accéder plus facilement aux établissements de soins par les voies de circulation. La distance physique par rapport aux structures de soins est donc une notion récurrente de la politique sanitaire. La prise en compte de la

⁸⁵ B. Guérin, op. Cité, p 64

distance métrique pour évaluer l'accès à un lieu, repose sur l'idée, selon A. Mizrahi que : *"la consommation d'un type de soins décroît lorsque la distance au producteur de ce type de soins augmente"*. Nous verrons dans la troisième partie si cette affirmation se vérifie dans la province du Houet.

Tableau 35 : Distance des structures de soins par rapport à la route en 1989 dans le HCK

| Structures | sur la route(1) | de là 5 km | à plus de 5 km | Total |
|------------|-----------------|------------|----------------|-------|
| CSPS | 46 | 22 | 16 | 84 |
| CM | 5 | 0 | 0 | 5 |
| HR | 1 | 0 | 0 | 1 |
| HN | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 53 | 22 | 16 | 91 |

Sources : enquêtes personnelles, (1) quel que soit le type d'axe

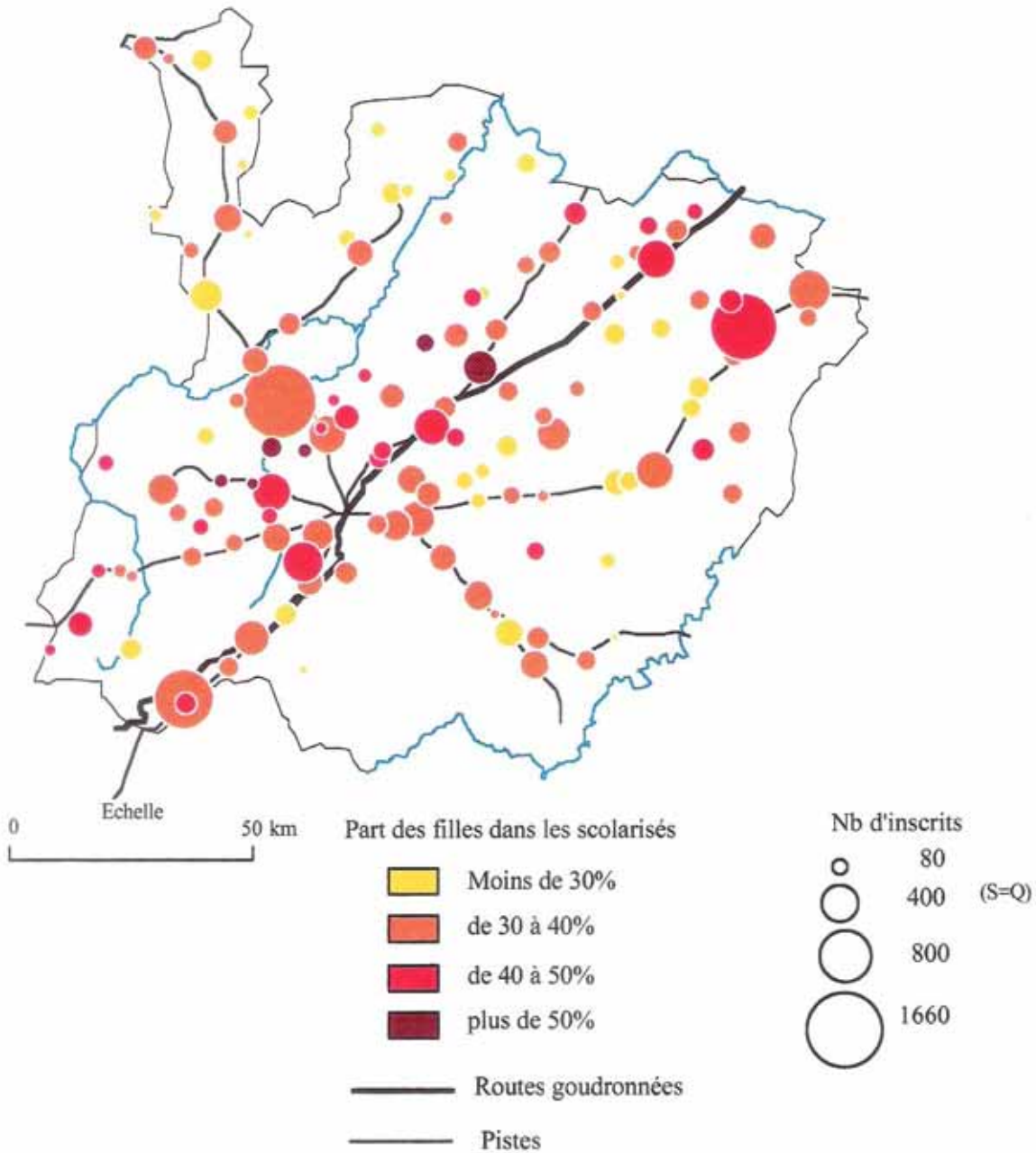
La proximité des routes pour les structures de soins se renforce à mesure que l'on progresse dans la hiérarchie sanitaire. En 1985, plus de la moitié (54%) des CSPS avait été construite dans des villages traversés par un axe routier (le tableau 32 indique que seulement 24% de la population habitaient dans les villages proches de la route). On peut donc s'interroger sur l'attraction de telles structures lorsqu'on observe la faible utilisation des routes pour les échanges commerciaux et l'attrait limité qu'elles exercent sur les populations. Ce décalage laisse pressentir une certaine réserve de la part des autochtones face aux changements. Comme la route, le CSPS apparaît comme une structure moderne imposée pendant la colonisation, et qui n'a pas toujours eu une image positive. Il participe au même titre que l'école où la préfecture à l'équipement public des localités rurales et dont la localisation répond toujours au même principe d'accessibilité. B. Guérin ajoute que : *"plus il y a d'infrastructures concentrées dans les villages, plus ces villages sont localisés sur la route, (12,7% des villages à 1 infrastructure sont sur la route, 33,3% des villages à 2 infrastructures, 43,1% des villages à 3 infrastructures, 66,6% des villages ayant 4 infrastructures et 100% des villages à 5 infrastructures)"*⁸⁶. Il remarque par ailleurs *"la relative homogénéité de part et d'autre de Boromo. Ceci semble encore indiquer que le cumul des infrastructures est un phénomène lié à la route"*.

Les voies de communication sont donc un facteur de concentration des équipements collectifs. Le processus de colonisation s'est accompagné du développement des infrastructures de

⁸⁶ Mizrahi (A et A), p 66

Figure.37

NOMBRE DE SCOLARISES DANS LE HOUET EN 1993-94 ET PART DES FILLES DANS LA SCOLARISATION



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

circulation qui sont devenues les éléments les plus importants de la structuration de l'espace colonial. Malgré la disparition des axes précoloniaux, la région est impliquée au sein des nouveaux courants commerciaux qui donnent toujours la priorité aux échanges internationaux. Les axes de circulation ont été et restent donc des créateurs de villes, mais en dehors des populations urbaines, ils influent très peu sur la répartition de la population dans le sud-ouest du Burkina Faso.

L'école, qui encadre les enfants du CP1 au CM2, est l'équipement public le plus répandu dans le Houet, alors que le taux de scolarisation relativement faible au Burkina Faso, 23,8% en 1990-91 (figure 37). Elle concerne 141 villages soit 62,1% des localités, mais en l'absence de statistiques fiables, il est difficile d'évaluer précisément le taux de scolarisés, dans le primaire il concerne les enfants de 7 à 14 ans. Selon les statistiques nationales le taux brut de scolarisation au Burkina Faso était de 30% en 1994. Pour la même date, nous évaluons à 26% le nombre d'enfants scolarisés dans le primaire dans le Houet et appartenant à cette tranche d'âge (selon une population estimée en 1994).

Les écoles les plus anciennes dans le Houet ont été construites au cours des années 1950. Leur diffusion s'est donc amorcée à la même période que les structures de soins, comme elles, elles ont bénéficié de l'intervention des autorités religieuses, toujours en exercice comme à Toussiana. Cette intervention explique la présence de ce village parmi les localités scolarisant le plus d'enfants dans le Houet, aux côtés de Bama qui possède trois écoles et de Houndé qui dispose d'un nombre identique d'établissements. Cependant, le nombre d'écoles n'implique pas un nombre élevé d'enfants scolarisés comme en témoigne Kourignon avec deux écoles : le village totalisait à peine plus de 200 élèves en 1994. De fortes disparités existent donc dans la répartition spatiale des écoles, particulièrement dans un rayon d'environ 20 km autour de Bobo-Dioulasso. La proximité de la deuxième ville du pays semble influencer sur l'évolution de l'équipement et sa fréquentation puisque les écoles proches de Bobo-Dioulasso font partie des plus fréquentées dans le Houet. Une étude comparative menée sur "les stratégies scolaires des ménages du Burkina Faso" montre qu'entre les trois provinces d'études : la Tapoa, le Séno et le Kadiogo, les deux premières ont des taux bruts de scolarisation de 10 à 15% alors que dans le Kadiogo, principalement composé par la ville de Ouagadougou, 82% des enfants âgés de 7 à 14 ans sont scolarisés. En ville les enjeux sont différents et la scolarisation des jeunes enfants est plus systématique qu'en milieu rural; l'étude révèle également que les pratiques religieuses et le statut professionnel des parents influent sur les stratégies de façon variée selon les milieux.

L'école présente, semble-t-il, moins d'intérêt en milieu rural, car les jeunes enfants servent souvent de main-d'oeuvre agricole. Par ailleurs, du fait des pratiques matrimoniales et du statut de la femme dans la société, les filles sont moins scolarisées que les garçons. Dans le Houet, les taux de scolarisation pour les filles sont plus élevés dans les écoles proches de Bobo-Dioulasso. Une évolution en auréole concentrique apparaît ainsi et plus on s'éloigne de la ville, plus la proportion

de filles scolarisées diminue. La ville aurait donc une certaine influence sur les mentalités des habitants des villages les plus proches.

Les villages sans école se trouvent au nord-ouest, au nord-est et au sud. Les statistiques provinciales précisent que l'attraction des écoles reste limitée puisque en moyenne plus de 60% des élèves viennent du village d'implantation. Ainsi, malgré un nombre assez élevé, les écoles ne sont pas des établissements très utilisés par les populations.

b - les marchés

Les marchés participent à l'organisation traditionnelle de l'espace, on peut s'interroger sur leur correspondance avec l'organisation spatiale de l'Etat. Les enquêtes menées auprès des majors des CSPS et des préfets nous ont permis d'obtenir des données qualitatives qui se rapportent à la notion de grandeur des marchés. Faute de précisions sur le nombre de commerçants et l'attraction de ces lieux, nous les avons classés en deux catégories : petits-moyens marchés et grands marchés. Faute d'informations précises, nous ne pouvons juger de la taille exacte des marchés, c'est donc la présence des commerçants venus de Bobo-Dioulasso et de nombreux villages alentours qui nous a permis de distinguer les grands marchés. L'origine des informations, fournies par les infirmiers et les préfets, peut influencer sur les résultats ; souvent étrangers à la région, leur critère d'évaluation est peut-être influencé par leur jugement d'urbains, puisque la catégorie des grands marchés est systématiquement associée à la fréquentation des commerçants bobolais, en plus ou moins grand nombre toutefois ; ils ont, cependant, un jugement plus objectif que les ruraux sur l'importance des marchés.

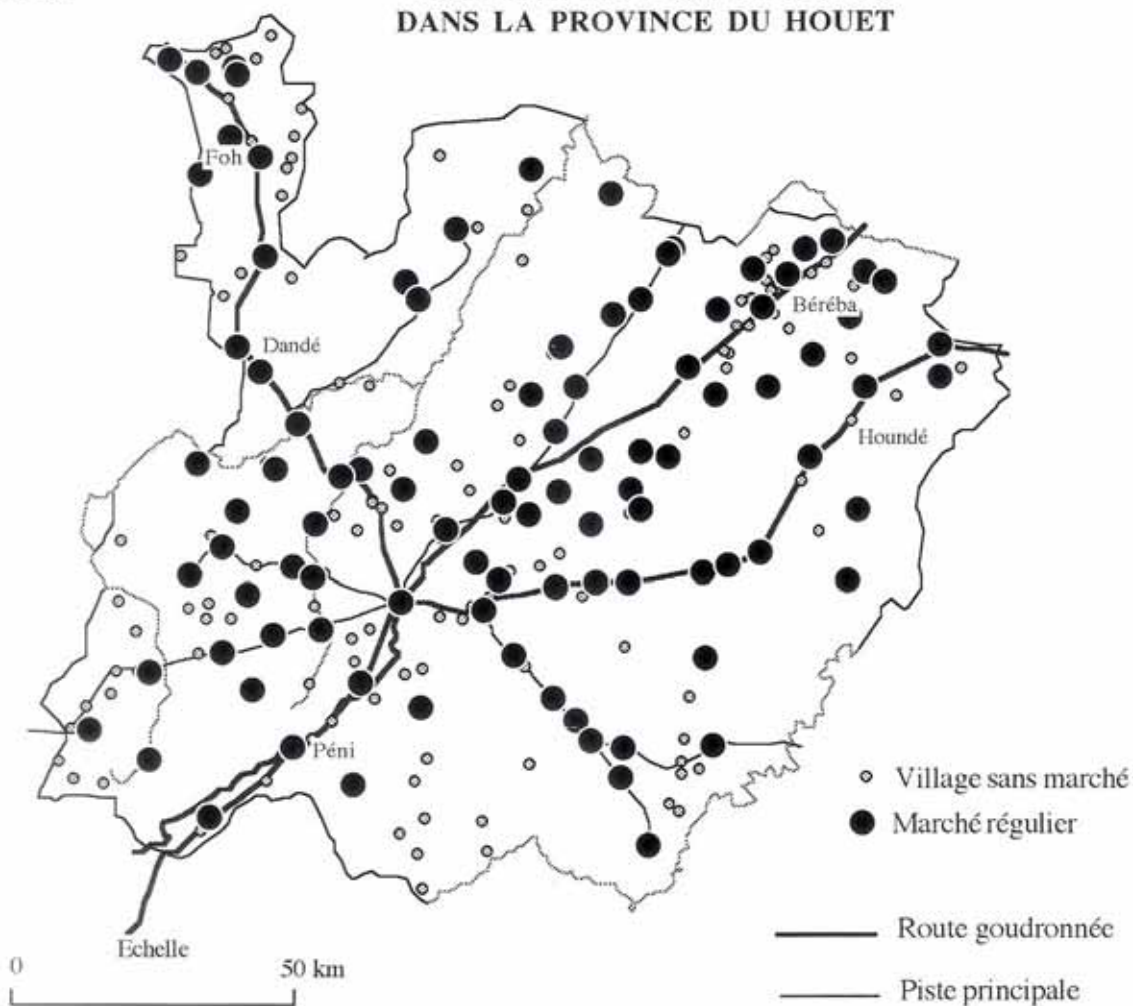
Tableau 36 : Importance des marchés dans la province du Houet en 1993

| Taille villages | Nombre villages | Petits-moyens marchés | Grands marchés | Part villages équipés | Taux de croissance |
|-----------------|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------|
| > 3 000 hbts | 33 | 15 | 10 | 69,7% | 9,7% |
| 2 000 - 3 000 | 30 | 4 | 17 | 70,0% | 8,6% |
| 1 000 - 2 000 | 44 | 4 | 25 | 65,9% | 4,0% |
| 500- 1000 | 56 | 1 | 18 | 33,9% | 4,54% |
| < 500 | 64 | 0 | 5 | 7,8% | 5,2% |
| Total | 227 | 24 | 75 | 43,6% | |

Les villages sont comptabilisés selon le recensement de 1985

Figure 38

LOCALISATION DES MARCHES DANS LA PROVINCE DU HOUET



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

Le tableau 36 et la figure 38 de localisation des marchés dans la province du Houet font apparaître leur grand nombre. En effet, près de la moitié des villages recensés en 1985 possédaient une structure traditionnelle de ce type, de plus ou moins grande taille.

La multiplication des marchés se justifie donc par les pratiques des populations du sud-ouest burkinabè, basées sur une organisation villageoise. Les localités qui en sont dépourvues n'ont pas toutes les mêmes caractéristiques. Au nord et au sud-ouest de la province du Houet, le relief semble limiter les déplacements des populations ce qui ne permet pas aux villages de développer des échanges périodiques avec d'autres localités. De même autour de Bobo-Dioulasso, dans un rayon d'environ 10 km, il n'existe aucun marché en raison de la forte attraction de celui de la ville. Au sud, l'habitat très dispersé ne favorise pas ce type de rencontre car le plus souvent, les habitations sont des cours individuelles distantes en moyenne de 5 km. Dans cette partie de la province, les habitants fréquentent donc, en fonction de leur éloignement : les marchés de Péni à l'ouest, de Sidéradougou au sud, de Karangasso-Vigué à l'est, de Bobo-Dioulasso au nord. Enfin au nord-est de la province, la concentration de l'habitat peut expliquer l'absence de marché dans certains villages. Le marché de Béréba est particulièrement attractif, et sa situation à proximité de la voie ferrée est un atout supplémentaire. En effet les femmes vendent leurs produits aux passagers se rendant à Ouagadougou et surtout en Côte d'Ivoire, même si le temps d'arrêt est relativement court, environ trois minutes, et la concurrence entre femmes importante. En outre, le nord-est est occupé par les Bwaba, chez ces populations les marchés sont périodiques, ils ont lieu tous les cinq jours, ce qui accentue la fréquence des rencontres commerciales par rapport aux marchés hebdomadaires.

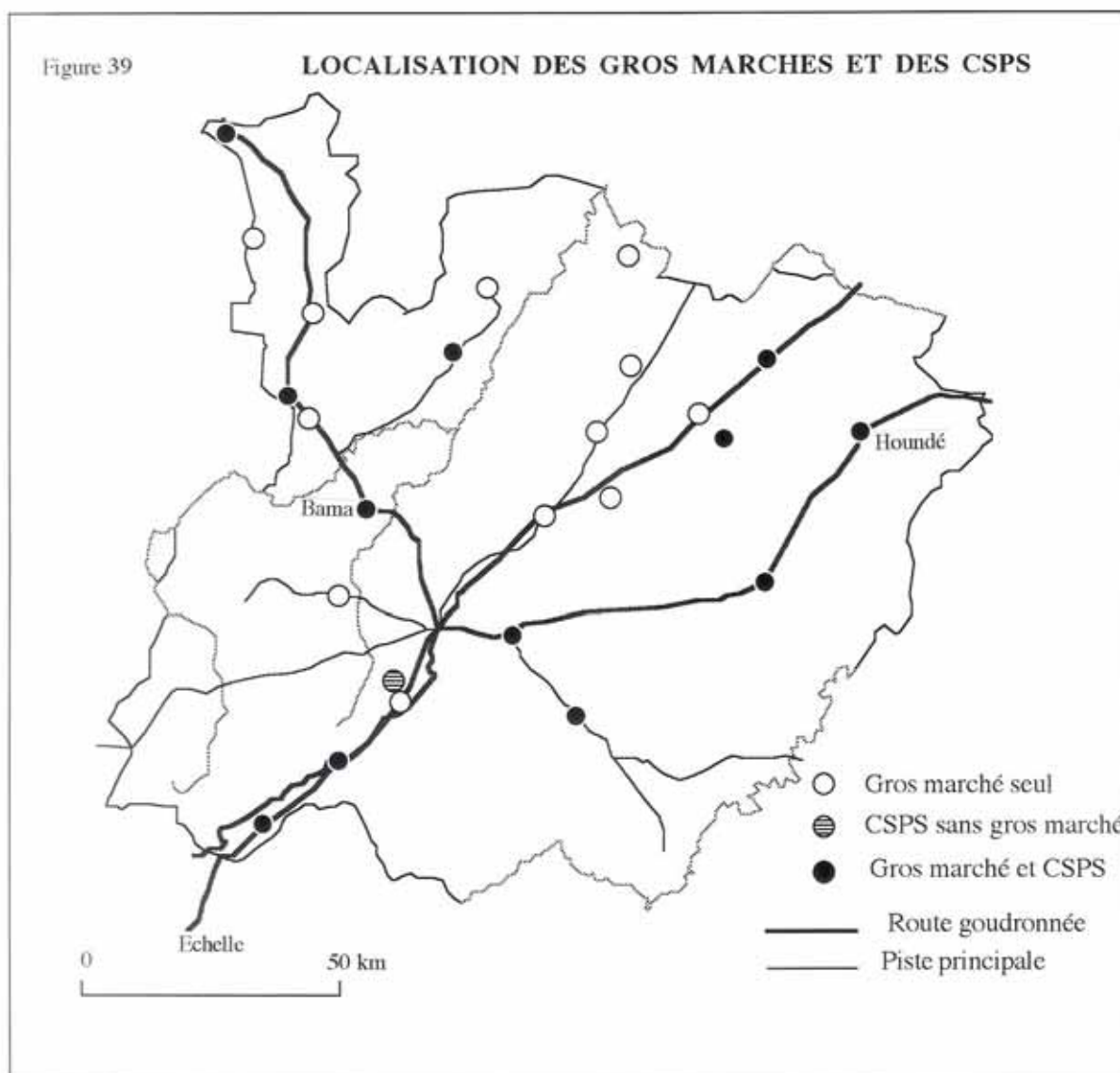
Parmi les 24 marchés considérés plus importants que les autres, parce qu'ils attirent des commerçants de Bobo-Dioulasso et des environs, 14, se situent parmi les villages de plus de 3 000 habitants, localisés en majorité dans le nord de la province. La présence des immigrants les a sans conteste dynamisés ; on remarquera toutefois que ces derniers existaient déjà, malgré tout, sous la forme de lieux de rencontre de plus petite taille, comme partout ailleurs dans la province. En effet, 65% en moyenne, des villages de plus de 1 000 habitants possèdent un marché, il s'agit donc d'une structure traditionnelle très présente quelle que soit sa taille.

L'organisation politique non hiérarchisée des populations du sud-ouest justifie le nombre important de marchés et explique sans doute la taille moyenne, voire petite des marchés, puisque les échanges intervillageois existaient peu dans le passé. Mais ces années ont apporté quelques changements avec, notamment, l'arrivée des étrangers qui ont donné un souffle nouveau aux marchés.

Dans les petites localités regroupant à peine 500 habitants, le nombre de villages possédant un marché est beaucoup plus faible, il atteint à peine 10%. Il s'agit souvent de villages enclavés

Figure 39

LOCALISATION DES GROS MARCHES ET DES CSPS



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

par le relief à l'ouest entre Karankasso Sembla et Kourignon, Fo également, ou encore de villages présentant un habitat dispersé qui ne facilite pas les regroupements au sud. D'ailleurs les chefs-lieux administratifs des départements de Kourignon, Fo ou Karangasso-Vigué ne possèdent qu'un lieu d'échanges de petite taille par rapport aux autres sous-préfectures de la province. De même que Léna et Békuy au sein d'espaces moins densément peuplés.

La répartition spatiale des grands marchés met en évidence leur dépendance vis-à-vis des voies de communication et leur relatif éloignement de Bobo-Dioulasso. L'autre phénomène important concerne le rapport entre la présence d'un grand marché et des équipements publics, dans les villages. Si l'on considère uniquement la présence d'un CSPS en tant qu'équipement collectif, trois situations différentes sont mises en évidence (figure 39). Certains villages ont des places commerciales importantes mais ne disposent pas de dispensaire. Ils se situent en majorité au nord de Bobo-Dioulasso dans des espaces occupés à la fois par les autochtones mais surtout par des étrangers à la région de plus en plus nombreux depuis la décennie 1970. Nous avons montré, dans le chapitre I, les taux de croissance élevés liés à l'afflux important de Mossi, pour l'essentiel dans ces espaces septentrionaux, ils exercent très souvent le commerce, et l'importance du marché est sans aucun doute liée à leur présence. Ils s'opposent à une autre catégorie de villages possédant un grand marché et une structures de soins dont la distribution spatiale est plus aléatoire, elle concerne les môles démographiques anciens. Enfin le village-CSPS de Matourkou fait exception car aucun marché ne s'y déroule. A 2 km de Bobo-Dioulasso, il voit sa population se déplacer sur les petits marchés périphériques, de quartier ou au grand marché central.

L'existence d'un marché très fréquenté est un atout pour la structure de soins. Nous verrons dans la troisième partie que le jour du marché, le nombre de consultations augmente. Mais l'inverse ne se vérifie pas systématiquement dans le Houet, où nombre de villages ne disposent pas d'équipement collectif alors que le commerce attire beaucoup de populations de toutes destinations. La vente des céréales, produites en grande quantité, attire particulièrement les commerçants de Bobo-Dioulasso. Pour certains villages la présence du Mouhoun ou de ses affluents permet la production de produits maraîchers comme à Lanfiéra, ou comme à Bassé la vente des produits de la pêche, d'où la diversification du commerce.

Il existe donc des lieux où les échanges commerciaux pratiqués sont importants ; certains d'entre eux, du fait de leur ancienneté ont été reconnus par l'Etat qui les a désignés comme pôles territoriaux (Bobo-Dioulasso, Satiri). Mais une partie du territoire ne répond pas aux mêmes considérations et les lieux attractifs pour la population ne correspondent pas à l'image du territoire par les autorités politiques. Ceci a des répercussions dans le maillage administratif et donc sanitaire, dans la mesure où l'Etat n'a pas reconnu de nombreux points d'appui dans l'organisation de l'espace.

2 - Le maillage sanitaire en évolution permanente

L'utilisation des limites administratives se justifie-t-elle dans l'analyse du système sanitaire?

Le découpage sanitaire épouse le cadre administratif pour des raisons de commodité (notamment en cas de conflit entre les villageois). La programmation sanitaire exige, en effet, un cadre d'action pour l'élaboration de la carte sanitaire du pays, et les responsables politiques raisonnent à partir des limites administratives. Il convient donc d'aborder ce point sans toutefois le considérer comme un élément indispensable au fonctionnement des structures de soins. Pour ces raisons, les limites provinciales ont servi de cadre à la collecte des informations relatives à la santé. La situation du Houet nous permettra d'observer la carte sanitaire, non que cette province soit représentative du Burkina Faso, mais c'est la seule pour laquelle nous disposons d'informations.

a - Le découpage administratif : des limites fluctuantes

Le découpage en secteurs sanitaires sert-il simplement de cadre pour affecter le personnel ou pour décider de l'équipement et des investissements matériels ? Dans ce cas, le découpage "sanitaire" ne serait pas neutre mais acteur en renforçant les différences. Les soins de santé publics en milieu rural sont fournis par le Ministère de la Santé (via la Direction Provinciale de la Santé). La médecine privée se limite au milieu urbain, du moins en ce qui concerne les soins "modernes", car partout la médecine traditionnelle, exercée par des guérisseurs, tient une large place au sein des itinéraires thérapeutiques suivis par les malades. L'organisation sanitaire du Houet rural est donc fonction des établissements de soins modernes. Voyons maintenant la logique suivie dans le découpage sanitaire ?

"La carte administrative, en général, se transforme souvent dans les pays sous-développés"⁸⁷ et le Burkina Faso n'échappe pas à cette affirmation. Les découpages administratifs internes ont été très fluctuants depuis 1947, date à laquelle les limites externes de la Haute-Volta furent définitivement tracées. L'année 1983 marqua la réorganisation administrative totale du pays, enfin des modifications partielles ont été apportées en 1996. Pour notre étude qui s'est déroulée entre 1993 et 1995, nous nous baserons sur le découpage tracé en 1983.

⁸⁷ Bataillon (C), "Organisation administrative et région en pays sous-développé", l'espace géographique, n°1, 1974, p 9

A la suite du nouveau découpage administratif, et dans le cadre de la décentralisation administrative, une plus grande autonomie a été accordée aux provinces, notamment, dans le domaine sanitaire. La phase de déconcentration s'est donc poursuivie, influencée en cela par la décentralisation. Les Directions Provinciales de la Santé sont plus à même de définir leur besoin en matière d'équipement ; cependant cette situation n'implique pas une meilleure distribution et répartition spatiale des équipements sanitaires, elle justifie toutefois la stagnation des structures de soins les plus spécialisées et faisant appel à un matériel plus performant qui implique souvent l'apport d'une aide externe aux frontières nationales. La hiérarchie sanitaire se fonde sur les villes existantes, elle contribue indirectement à l'organisation de l'espace en augmentant les équipements urbains ou en permettant à certains villages de devenir chefs-lieux de département lors de la réorganisation administrative de 1983.

Force est de constater que dans le Houet⁸⁸, lors de la mise en place de la carte administrative en 1984, les nouvelles sous-préfectures ont été désignées parmi les villages qui possédaient déjà une structure de soins, comme l'attestent les dates de construction. On peut donc affirmer comme H. Picheral, que le système hospitalier a contribué à la politique de l'organisation territoriale car la hiérarchie administrative s'est fondée sur le réseau sanitaire comme on peut le vérifier avec les dates de constructions. Ainsi tous les nouveaux chefs-lieux de département, choisis dans le Houet en 1985, ont bénéficié d'un dispensaire au cours des années 1950 et 1960. Certains d'entre eux assumaient déjà le rôle de poste administratif, pendant la colonisation française. Parmi les villages désignés à la tête d'un canton en 1923⁸⁹ Kotédougou, Siankoro, Wakuy, Kary n'ont pas été repris au cours des décennies suivantes. En effet à partir de l'Indépendance, les revendications des groupes ethniques furent complètement étouffées. Si l'organisation territoriale ne rompt donc pas totalement avec les termes employés pendant la colonisation, elle opte néanmoins, pour un découpage moins fractionné (pour la province du Houet seulement trois arrondissements en 1975 contre sept cantons en 1923). A l'ouest (correspondant à l'actuel Kéné Dougou), les chefs-lieux nommés au cours des années 1980 rompent totalement avec le découpage de 1923, car hormis Orodara aucun des villages n'a été désigné à cette époque. Par contre, au sud-sud-ouest, le découpage est pratiquement identique. Les multiples ethnies qui organisent l'actuelle Comoé, sont à l'origine de cette division ; et malgré la perte de leur fonction de chefs-lieux, ces villages possèdent un CSPS.

⁸⁸ Seul espace pour lequel nous disposons de la date d'ouverture de chaque établissement

⁸⁹ L'année 1923 n'est représentative d'aucune période mais disposant d'informations pour cette année précise il nous paraissait intéressant d'observer les choix politiques effectués entre 1919 et 1933 période au cours de laquelle la Haute-Volta est devenue une colonie à part entière du fait de l'instabilité et des révoltes fréquentes et sanglantes qui y éclataient, particulièrement dans ce qui constitue l'actuel sud-ouest du pays

Tableau 37 : Villages-CSPS avec fonctions administratives à des périodes différentes

| CSPS | Date d'ouverture | Période coloniale Cantons en 1927 | Découpage 1975 Arrondissements | Découpage 1985 Sous-préfectures |
|--------------|------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| BALLA | 1988 | | | |
| BAMA | 1968 | | | X |
| BARE | 1990 | | | |
| BEKUY | 1983 | | | X |
| BEREBA | 1954 | X | | X |
| BONI | 1960 | | | |
| BOUAHOUN | 1966 | | | |
| BOUERE | 1990 | | | |
| DANDE | 1991 | | | |
| DOHOUN | 1990 | | | |
| FARAMANA | 1984 | | | |
| FOH | 1952 | X | X | X |
| HOUNDE | 1969 | | X | X |
| K SAMBLA | 1954 | | | |
| K VIGUE | 1960 | X | | X |
| KARY | 1963 | X | | |
| KIERE | 1967 | | | |
| KOTEDOUGOU | 1954 | X | | |
| KOVENTOU | 1985 | | | |
| KOUMBIA | 1950 | | | X |
| KOUMI | 1955 | | | |
| KOURIGNON | 1963 | | | X |
| LEGUEMA | 1977 | | | |
| LENA | 1978 | | | X |
| MATOURKOU | 1964 | | | |
| NASSO | 1970 | | | |
| PADEMA | 1964 | | | X |
| PENI | 1963 | | | X |
| SANTIDOUGOU | 1982 | | | |
| SARA | 1989 | | | |
| SATIRI | 1958 | | | X |
| SIANKORO | 1986 | X | | |
| SOUMOUSO | 1986 | | | |
| SOUNGALODAGA | 1986 | | | |
| TOUKORO | 1985 | | | |
| TOUSSIANA | 1952 | | X | X |
| V du KOU | 1973 | | | |
| WAKUY | 1960 | X | | |
| YEGUERESSO | 1987 | | | |

En 1923, le choix de Kotédougou n'est sans doute pas étranger à la mémoire du lieu. Ce village a, en effet, abrité des chefs traditionnels qui ont toujours été favorables à la présence française sur leur territoire. En revanche, Siankoro, a été équipé plus tardivement, en 1986, mais sa position, excentrée par rapport au territoire burkinabè, et éloignée des voies de communication ne lui a probablement pas été bénéfique (alors qu'il jalonnait les pistes commerciales précoloniales). Seul Békuy a bénéficié d'une structure de soins et du rôle de chef-lieu administratif, à des échéances très rapprochées. Ce village, non répertorié au sein des divisions de 1923, s'est ainsi développé au point d'acquérir une fonction administrative. Ceci est lié, en grande partie, à l'immigration mossi, une population déjà recensée en 1975 comme étant dominante dans cette localité.

R. Pourtier (p 123) précisait à propos des villes gabonaises: "*la majorité de ces villes (désignées sous-préfectures) n'ont d'autre raison d'être que leur fonction "politique" ; les activités productives spécifiquement urbaines y sont généralement absentes, le commerce lui-même n'y est guère florissant, les échanges avec le monde rural restent précaires. En revanche, les équipements de santé et de scolarisation leur donnent une certaine consistance et assoient leur influence locale*". Tel pourrait être le cas du Burkina Faso, si les structures de soins étaient assez bien équipées pour leurs conférer auprès de la population une image d'établissements capables de pratiquer les actes qui leur sont demandés, or il n'en est rien. Hormis les centres de soins spécialisés, ces équipements ne semblent pas très attractifs. A la lumière du tableau 37, l'équipement sanitaire et la fonction administrative apparaissent de plus en plus corrélés.

Les villages désignés chefs-lieux d'arrondissement en 1975, ou sous-préfectures en 1985, possédaient, déjà, un équipement sanitaire avant leurs nouvelles responsabilités (tableau 37). On peut donc supposer que celui-ci a été un élément décisif dans le choix d'implantation. Les équipements médicaux sont donc implantés de façon à ce que leur accès soit facilité, ce qui favorise les gros villages situés le long des routes. Au cours des années 1980, la localisation des CSPS répond à la notion d'équité spatiale avant tout, mais également à celle d'aménagement du territoire puisque les dispensaires vont servir de point d'appui à l'organisation administrative et non l'inverse ; d'ailleurs, tous les pôles administratifs existants étaient déjà équipés d'un établissement de soins.

Un bilan des localisations à l'échelle du Houet impose donc plusieurs constats : avant les années 1980, l'influence des villes et structures étatiques déjà existantes a orienté la localisation des structures de soins ; à partir des années 1980, les densités démographiques sont prises en compte, d'où la multiplication des créations autour de Bobo-Dioulasso et dans les espaces d'habitat compact marqués par des densités moyennes ; avec les années 1990 s'ouvre une période de rééquilibrage. Les conséquences liées à l'afflux des migrants, jusqu'ici ignorées, sont désormais prises en considération et l'on assiste à l'équipement des espaces accueillant les

populations venues d'autres provinces.

Les équipements sanitaires suivent donc l'opposition physique des densités entre plateau et plaine. Ainsi, au début des années 1990, la répartition est marquée par :

- une concentration dans le nord-est et autour de Bobo-Dioulasso,
- une dispersion dans les espaces jugés peu peuplés au nord et à l'ouest, ou effectivement sous-peuplés au sud, dans les espaces septentrionaux, quatre CSPPS ont été ouverts à la fin de l'année 1992.

b - Aires de responsabilité : un déséquilibre spatial

L'organisation territoriale burkinabè correspond à un emboîtement de maillages dont le secteur sanitaire pourrait constituer le dernier échelon. Ainsi *"marquée par des limites qui la différencient de l'espace environnant la maille territoriale devient un cadre d'action, un cadre permettant l'exercice de certaines fonctions"*⁹⁰. Le secteur sanitaire est *"l'échelon et la circonscription de base de l'administration socio-sanitaire, issus de la carte sanitaire"*⁹¹. Faire coïncider les secteurs sanitaires avec le découpage administratif répond à la volonté d'intégrer ces établissements à la mise en valeur du territoire. Respectant généralement les limites départementales qui les accueillent, les secteurs sanitaires ne peuvent être strictement identifiés au maillage administratif⁹², puisqu'ils ne reposent pas totalement sur les mêmes principes fondateurs. Leurs principes tendent à réduire les distances entre les populations et les structures de soins, ils poursuivent donc un souci d'équité, tout en favorisant les espaces densément peuplés. Ils continuent toutefois à penser en terme de découpage territorial. Dans le domaine sanitaire, *"planifier pour un territoire particulier : un pays, une région ou une municipalité revient à considérer les besoins de la population de ce territoire, puis les services et les ressources"*⁹³. Au Burkina Faso ce découpage a un caractère très évolutif puisqu'il est fonction de la croissance du nombre d'établissements de soins, il est donc sans cesse changeant. De ce fait, les limites de la carte sanitaire dans les années 1950-60 ne suivent pas les mêmes tracés que celles définies au cours des années 1980.

⁹⁰ Maurel (MC), "Pour une géopolitique du territoire. L'étude du maillage politico-administratif", Hérodote, n°33-34, 1984, p 132

⁹¹ Picheral (H), "Mots et concepts de la géographie de la santé", Cahiers GEOS, n°2, 1984

⁹² Toutefois les secteurs sanitaires sont dépendants des unités administratives : de la province pour les prises de décision

⁹³ Pampalon (), "Aires administratives ou aires homogènes : que choisir pour la planification", cahiers GEOS, n°16, 1989, p11

Figure 40

AIRE DE RESPONSABILITE DES CSPS DU HOUET EN 1992



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

Les secteurs sanitaires se sont donc multipliés, en même temps que la création de CSPS. Le village d'implantation est devenu en quelque sorte un "chef-lieu", non pas dans une optique de maîtrise du territoire, mais dans un souci d'équité spatiale devant l'offre de soins. Cependant, les faibles moyens financiers⁹⁴ et humains ne permettent pas à chaque village d'être équipé d'un CSPS. L'usage d'une telle structure est donc ouvert à un certain nombre de villages proches, regroupés au sein d'un secteur sanitaire. Le maillage changeant des secteurs sanitaires indique un intérêt de la part du pouvoir central pour le domaine de la santé, même si celui-ci reste limité. La maille sanitaire⁹⁵, très irrégulière, se justifie par des discontinuités de peuplement dans le Houet. La trame est serrée autour de Bobo-Dioulasso (figure 40) mais elle se détend à mesure que l'on s'éloigne de ce point central. Toutefois, le nord-est de cette province laisse également apparaître un quadrillage serré, autour de densités de population plus élevées. Ce schéma pyramidal sert de base au réseau sanitaire. Comme le réseau urbain, les localisations préférentielles se font dans des espaces très peuplés et le long des voies de communication.

Le maillage sanitaire tel qu'il se présente en milieu rural est particulier puisque c'est l'Etat qui est le principal garant de son équipement sanitaire. Ainsi, dans le Houet l'absence de médecins ou d'infirmiers privés, exerçant pour leur propre compte, dans les campagnes, réduit les inégalités le recours au système de soins public est conditionné par les possibilités financières. Cependant on ne peut conclure que l'offre de soins publique est synonyme d'égalité spatiale, elle est dépendante de la politique sanitaire, tant au niveau du budget qu'au niveau des directives générales. Dans le Houet, cela s'est logiquement traduit, comme nous l'avons vu, par un échelonnement dans le temps de l'équipement sanitaire et par une répartition spatiale qui a privilégié les espaces de fortes densités de population ; ce qui va de soi puisque l'équipement dépend de la clientèle potentielle. Mais, certains espaces semblent suréquipés par rapport à d'autres, dans la mesure où l'infirmier doit supporter un nombre de patients potentiels, bien inférieur à la moyenne provinciale.

Lors de la mise en place de la nouvelle carte des années 1980, l'imposition du système de soins a respecté les limites du découpage sanitaire. Peu rigide, ce dernier est malgré tout respecté, non parce qu'il se rattache à l'espace fréquenté par les populations, mais parce que les infirmiers, surchargés de travail, conseillent parfois aux patients de respecter l'aire à laquelle ils appartiennent. Néanmoins, l'infirmier assure la consultation des populations qui ne dépendent pas de sa responsabilité.

Dans cette perspective, on peut se demander si le découpage façonne la fréquentation. On

⁹⁴ Voir le budget en première partie

⁹⁵ nous entendons par ce terme : un maillage qui dépend de la présence d'établissements de santé

ne peut justifier les situations disparates dans la fréquentation par le tracé des limites sanitaires ; dans certains cas elles ne sont pas respectées, dans d'autres elles sont défavorables aux populations, du fait d'un accès inégal au CSPS. Plus que les limites des aires sanitaires, la localisation de la structure de soins entraîne des disparités. Lorsqu'elles sont éloignées, par exemple sur les marges provinciales, les conditions d'accès sont moins bonnes que dans le cas des établissements proches les uns des autres.

Le secteur apparaît comme une subdivision territoriale, comme un découpage qui implique une division de l'espace aux limites jointives, présentant des surfaces variables par leur taille et relativement stables dans le temps. Aire sanitaire ou aire de responsabilité, ces deux termes correspondent au "secteur sanitaire" défini par H. Picheral comme "*échelon et circonscription de base de l'administration socio sanitaire, issus de la planification sanitaire. Délimité réglementant par la carte sanitaire*". Or, l'évolution de l'offre de soins est telle, que la carte sanitaire doit être régulièrement remodelée de façon à diminuer la surcharge de certains CSPS. Dans notre étude, l'aire correspond davantage au caractère évolutif du découpage sanitaire du Burkina Faso. Même s'il est issu de la planification ce secteur n'intervient pas réellement comme organisateur de l'espace, il n'est pas l'échelle de prise de décisions ; il s'agit essentiellement d'un espace où l'infirmier doit exercer sa tâche. Le lieu plus que la surface joue un rôle.

Ceci nous amène à aborder la notion de territoire, il "*est un support d'unité et d'identité par l'exercice de la fonction politique (...) surface exclusive appropriée*"⁹⁶, on peut s'interroger sur la notion d'unité des aires sanitaires qui découpent le territoire burkinabè. Unité ethnique ? Même si elle existe, la notion de société dite "villageoise" nous rappelle que le territoire tel qu'il est conçu par l'Etat ne correspond pas aux sociétés du sud-ouest. L'organisation traditionnelle ne permet pas d'attribuer une plus grande importance à un lieu ; dès lors les choix arbitraires des autorités nationales pour désigner un village susceptible d'accueillir un CSPS et la délimitation du "territoire sanitaire" peut justifier l'absence d'intérêt manifeste que certains villageois présentent à l'égard des villages-dispensaires desquels ils dépendent.

Dans la première partie, nous avons vu que l'organisation de l'espace avait déterminé la localisation des centres de soins, de type spécialisé, pendant la colonisation. Les années 1950 ont vu se développer des structures offrant des soins de première nécessité, dont la pratique n'exigeait pas l'utilisation d'un matériel perfectionné. L'analyse de l'offre de soins et de la répartition des établissements permet d'appréhender l'organisation de l'espace par l'Etat. L'Etat équipe désormais en fonction de la hiérarchie administrative, et la taille des villages est désormais devenue le principal critère de création.

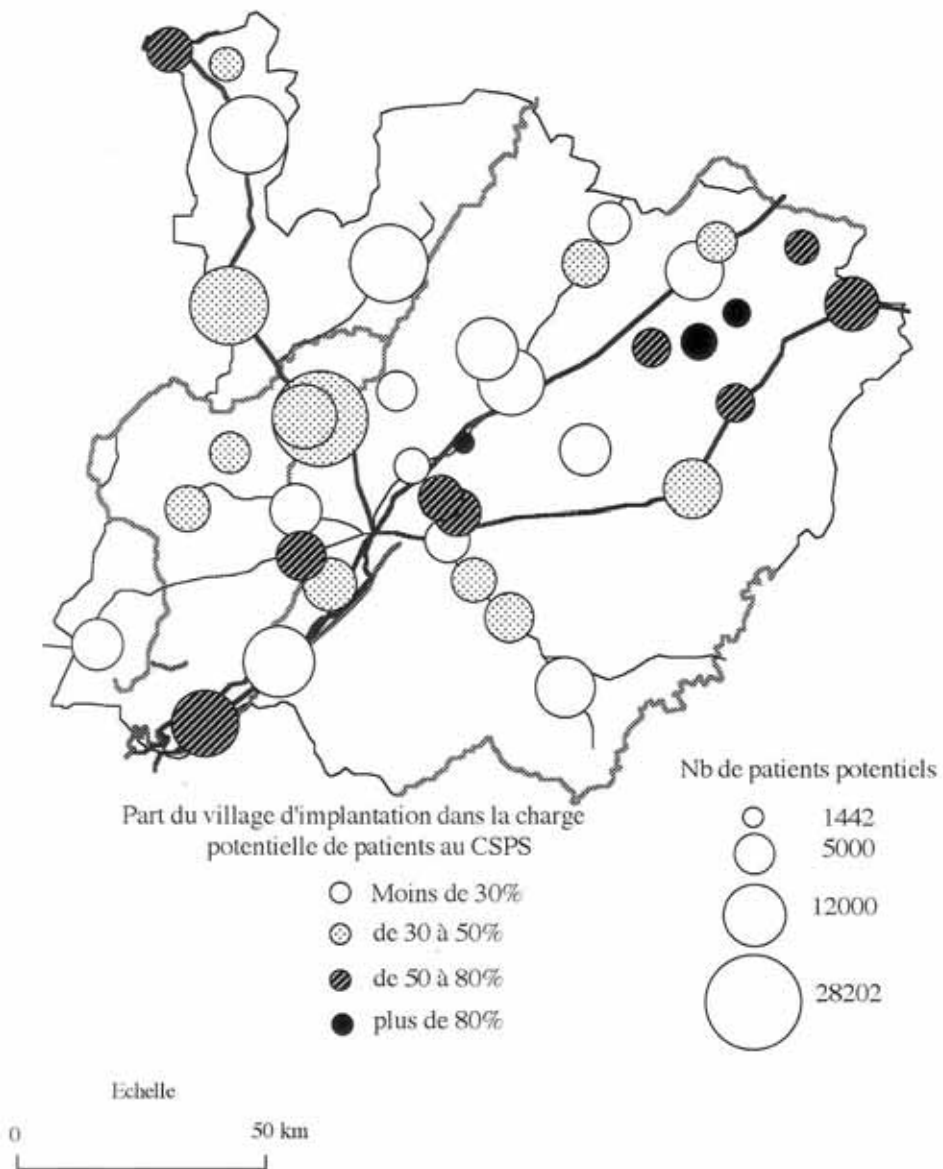
⁹⁶ Retraillé (D), 1997, "Le monde du géographe", p 116, 117

On observe une opposition assez nette à l'intérieur de la province du Houet. Parmi les aires qui se dessinent en périphérie de la province, le nord-est se démarque par la petite taille des aires de responsabilité. Les limites sanitaires semblent en étroite corrélation avec la répartition spatiale des villages, assez particulière en pays bwaba, où l'habitat est concentré et les villages peu nombreux. La superficie augmente avec Wakuy et Béréba et diminue à nouveau avec Békuy et Sara. La taille moyenne des villages est de 2 000 habitants, sauf pour les départements de Koumbia et Béréba où cette proportion est d'environ 1 000 habitants par localité et pour lesquels les aires sanitaires sont plus étendues. En limite provinciale nord, ouest et sud, les aires sont de taille plus vaste, les faibles densités de population et le type d'habitat, relativement dispersé au sud, de type groupé à l'ouest, justifient le tracé des limites. Enfin un troisième découpage apparaît également plus petit autour de Bobo-Dioulasso, il se différencie du nord-est par la proximité des aires de responsabilité ; assez éloignées les unes des autres dans le nord-est, elles semblent plus jointives autour de la ville. Si la localisation des structures de soins est fonction des môles démographiques, la taille des aires de responsabilité apparaît moins corrélée aux densités de population qu'au type d'habitat.

Les aspects ethniques interviennent indirectement dans la répartition et le type d'habitat, éléments qui influent à la fois sur le nombre d'établissements de soins et sur le rayon d'action qui leur est imparti. Le fond de peuplement autochtone à la région constitue la base de l'implantation des structures de soins jusqu'en 1992. La présence d'immigrés dans la province n'a quasiment pas été prise en compte. Padéma est représentatif des critères de choix définis par l'Etat : l'aire de responsabilité de ce CSPS, qui est vaste, ignore les fortes croissances démographiques qui caractérisent l'ensemble, et sont liées aux flux d'immigrants. Il en est de même du CSPS de Baré dont l'aire de responsabilité s'étend d'ouest en est sur une distance d'environ 40 km, les foyers de population les plus importants se trouvent à cette extrémité. Cette méconnaissance de la part de l'Etat des aires de peuplement et des pratiques réelles de l'espace se retrouve dans le domaine agricole, évoqué par B. Tallet⁹⁷. A côté de la colonisation encadrée par l'Etat des vallées des Volta, par l'AVV, s'exercent des mouvements que l'auteur qualifie de spontanés. Ce terme matérialise la forme et les modalités d'installation qui dépendent des réseaux relationnels tissés par les migrants. Sur les périmètres de l'AVV il constate une vive concurrence entre les colons officiels et les migrants spontanés. Et de s'interroger sur les conséquences d'une telle concurrence ; *"non maîtrisé, sous-estimé pendant des années, le mouvement de migration n'a-t-il pas mis en place dans les zones de colonisation agricole une véritable bombe à retardement ?"*. Les migrants spontanés, malgré leur proximité des zones d'aménagement sont ignorés des autorités nationales. Dans le domaine sanitaire les objectifs sont quelque peu différents : le rôle des autorités nationales

⁹⁷ Tallet (B), 1993, "Faim de terre, soif de coton : colonisation agricole encadrée et spontanée dans les vallées des Voltas au Burkina Faso"

CHARGE POTENTIELLE PAR CSPTS EN 1992
ET PART DE LA POPULATION DU VILLAGE D'IMPLANTATION



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

est d'améliorer l'état de santé des populations burkinabè. Or il semble que même dans ce domaine l'État ait ignoré la présence des migrants spontanés et l'équipement des espaces fortement colonisés a été tardif. Alors que dès les années 1970 les mouvements touchaient le nord de la région sur une grande ampleur, l'équipement des espaces investis n'a débuté qu'au cours des années 1990, le recensement de 1985 faisait pourtant état de taux de croissance spectaculaires dans le nord du Houet (Dandé, Lahiresso, Banwalé, Bossora).

Une typologie de ces aires peut être réalisée, elle distingue quatre catégories en fonction de la part tenue par la population du village accueillant la structure de soins, par rapport à la population totale dépendant du CSPS. La première catégorie concerne les aires sanitaires où la population du village-siège représente une faible part, inférieure à 30% de la population totale à charge. Dans la deuxième catégorie se regroupent les villages d'accueil correspondant à une moyenne de 30 à 50% de la population totale de l'aire de santé. Dans la troisième, ils deviennent le constituant principal de cette aire et représentent entre 50 et 80%. Enfin la quatrième catégorie regroupe les aires de responsabilité peu étendues et représentées par la population du village siège à plus de 80%. Les pourcentages sont calculés par rapport aux chiffres du recensement de 1985 dont les données présentent quelques lacunes, comme nous l'avons exposé dans le chapitre I de cette partie (figure 41).

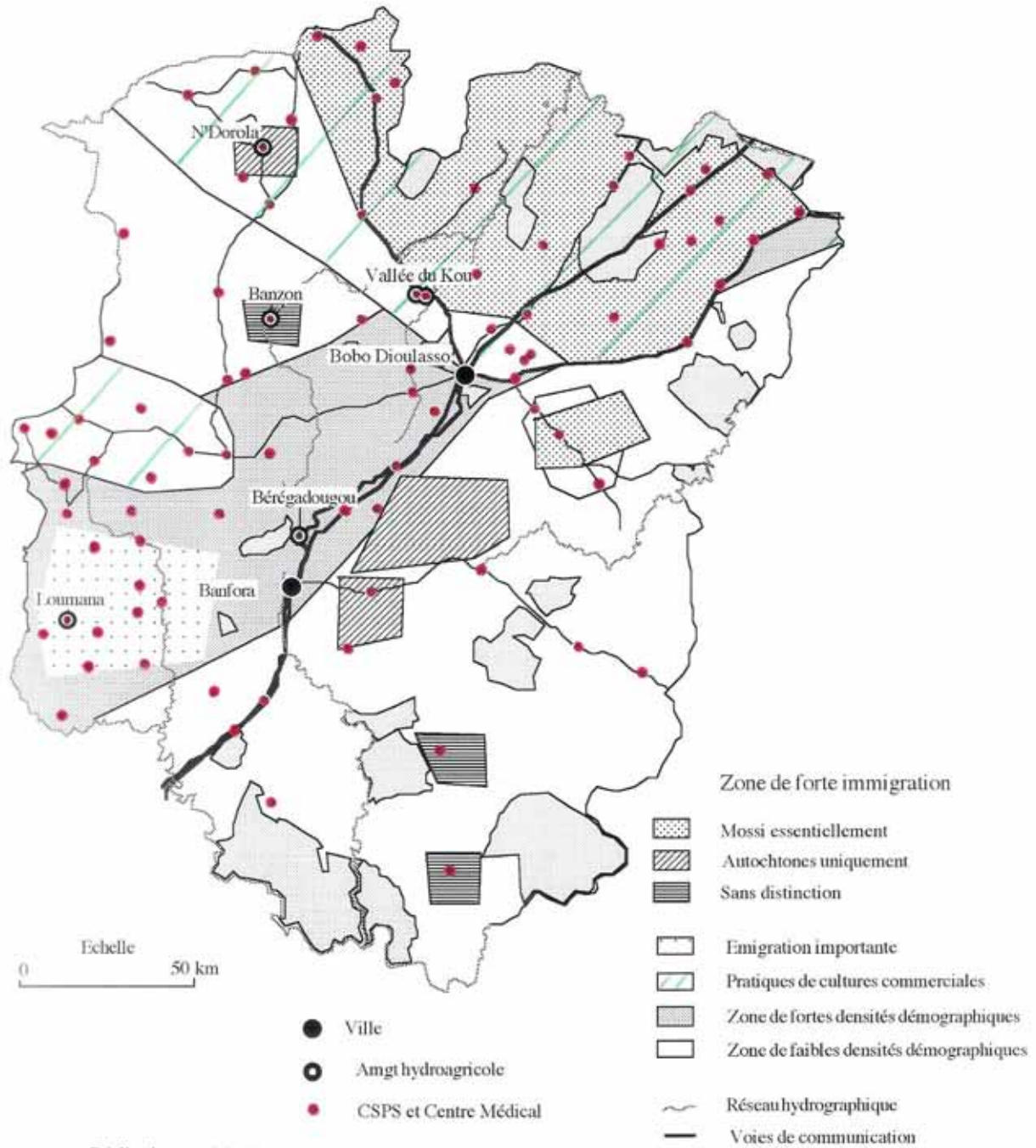
Spatialement les types 3 et 4 se regroupent principalement dans le nord-est en pays bwaba et se retrouvent, de façon ponctuelle et moins prononcée, dans le reste de la province, autour de Bobo-Dioulasso et dans le sud-ouest. Ceci confirme la situation assez particulière que forme le nord-est, tant par la taille des aires de responsabilité que par le pourcentage tenu par la population du village où a été construit le CSPS. Le type d'habitat est l'explication principale au particularisme du nord-est, il s'agit d'un habitat compact qui a conduit à la définition d'aires sanitaires de petite taille. Les dispensaires de Kotédougou et Léguéma, situés autour de la ville, sont proches les uns des autres, ce qui implique une aire de responsabilité plus réduite et la prédominance de la population du village d'accueil. On ne retrouve pourtant pas un tel phénomène dans les autres CSPS qui forment une auréole autour de Bobo-Dioulasso. Quant à Toussiana, les modalités du recensement ont gommé les caractéristiques d'un habitat dispersé pour les regrouper en un même lieu. C'est pourquoi la connaissance du nombre de villages désignés dans l'aire de responsabilité d'une structure de soins n'a que peu d'intérêt, sauf pour la vaccination. L'infirmier fait en effet déplacer et regrouper la population susceptible d'être vaccinée dans chacune des localités dont il a la charge, ce qui lui évite de nombreux déplacements dans le cas d'habitations dispersées. Enfin Koumi également compris dans le type 3, présente une situation complexe, il fait partie de l'auréole de dispensaires qui entoure Bobo-Dioulasso. Beaucoup plus ancien que ses voisins Nasso et Matourkou, inscrits dans les projets étatiques, Koumi doit certainement sa présence au séminaire créé en périphérie du village. Comme Toussiana, il a une position particulière dans le groupe 3, en effet certains villages situés sous la responsabilité du CSPS de

Koumi ont connu une déprise humaine en raison des forts taux d'occupation de l'espace agricole, ce qui accroît l'emprise du village-siège dans l'aire sanitaire.

Dans la localisation et le dessin des aires sanitaires nous avons ignoré le rôle de la situation sanitaire de la province faute d'informations précises. La mise en rapport de la localisation des centres de soins et des complexes pathogènes apporte peu d'informations dans la mesure où les endémies ne sont pas traitées à cette échelle et par ce type d'établissement. Dans la province du Houet, au sud-ouest, le village de Pindié-Badara, situé le long de la Dienkoa, affluent du Mouhoun a été durement touché par l'onchocercose, il dépend pourtant du CSPS de Kourignon qui se trouve à environ 15 km. De même Samandéni, au nord de Bobo-Dioulasso, est situé le long du Mouhoun, également concerné par la cécité des rivières, il dépend du CSPS de Bama éloigné de 15 km.

Figure 42

LE SUD-OUEST UNE SITUATION COMPLEXE



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

CONCLUSION

L'étude des structures de soins permet de délivrer des connaissances sur la répartition de la population autochtone, du rôle des localités dans l'histoire et du dynamisme économique de l'espace étudié. La localisation des CSPS ne se fait pas au hasard, elle dépend de la répartition de la population d'où les trois grandes aires de concentration : au sud-ouest, autour de Bobo-Dioulasso et au nord-est, on peut d'ailleurs étendre cette dernière au-delà des limites administratives et englober une plus grande partie de l'aire de répartition des populations bwaba. En effet, la localisation des structures de soins repose sur des aspects sociaux, historiques qui ne s'interrompent pas brutalement avec les limites administratives et même si les établissements de soins sont gérés dans ce cadre, l'observation doit se faire à petite échelle.

La multiplication des centres de soins ne dépend pas uniquement des densités de population ; le rôle passé des localités explique et justifie les choix des autorités sanitaires.

Au nord-est, les populations aujourd'hui réparties sur plusieurs unités administratives (dont le Houet et le Mouhoun) ont attiré l'attention des autorités politiques : d'une part cette région était traversée par de grands axes commerciaux, empruntés par les explorateurs (Bondukuy, Wakara, Bagassi, Ouahabou, Warkoye, Dédou..., étaient des étapes), d'autre part les populations se sont révoltées contre le colonisateur et ont été converties, avec peu de succès toutefois, par les missionnaires établis dans la région (figure 42).

La présence de populations blanches a servi de support à l'implantation de structures sanitaires. C'est également le passage de voies commerciales précoloniales qui justifie plus au sud, dans l'actuelle province de la Bougouriba, la concentration des CSPS, autour de Loto. Ce village n'est pas équipé actuellement mais il a été un marché d'étape important vers lequel convergeaient plusieurs axes partant de Boromo, Wa (actuel Ghana) et Lorhosso (actuelle province du Poni), il a attiré les colons qui ont créé un poste administratif à proximité : Diébougou.

C'est également à sa fonction "*de centre de vente et de distribution*"⁹⁸ que Bobo-Dioulasso doit sa polarisation et la concentration sanitaire dans sa périphérie. A l'inverse, au nord dans la région de Kouka (actuelle province de la Kossi), les localités situées sur la rive droite du Mouhoun, à l'écart des voies précoloniales et en situation périphérique sur le territoire, n'ont pas joué un grand rôle dans le passé, la trame sanitaire est donc très distendue. Enfin, l'extrême sud-ouest du territoire s'inscrit dans le groupe des espaces densément dotés, il était traversé par une

⁹⁸ Person (Y), déjà cité

"route de colportage"⁹⁹ passant par Sindou (marché d'étape) et menant vers Sikasso au nord, et Kong ou Korhogo au sud. C'est également une aire de concentration de différentes ethnies qui ont utilisé les reliefs de cette région comme refuge.

Au-delà de l'aspect historique, la présence de CSPS reflète le rôle répulsif exercé par le réseau hydrographique sur les populations dans le passé. Mais, il met également en évidence la colonisation récente et ponctuelle de ces espaces libérés des vecteurs des grandes endémies et dont certains ont été mis en valeur par un aménagement hydro-agricole. Les aménagements sont matérialisés par la présence d'un CSPA à proximité des principaux cours d'eau (Mouhoun, Kou, Comoé et également quelques plaines d'inondation comme celle de N'Dorola).

Enfin les CSPA témoignent de pratiques culturelles qui permettent un enrichissement collectif. Il en est ainsi pour le nord-est du Houet où la pratique de la culture cotonnière a favorisé en partie la création d'équipements sanitaires. On pourrait alors étendre ce constat au nord de la province du Kéné Dougou, bien que l'on ignore les dates de création des CSPA ; en effet, la région de N'Dorola, grande productrice de coton est également bien pourvue en structures périphériques. Au sud de cette même unité, à l'aire de pratique de l'arboriculture fruitière correspond un espace de concentration des structures de soins. Bien que cette culture ne dispose pas de tous les moyens de développement aurait-elle favorisé par les revenus dégagés, la multiplication des services de santé ?

Mais si les cultures commerciales participent au développement de la couverture sanitaire, le nord de la province du Houet paraît mal équipé, alors que de fortes productions cotonnières sont enregistrées et que le recensement national fait état de forts taux de croissance démographique entre 1975 et 1985. Cet espace autrefois délaissé des autochtones est aujourd'hui principalement occupé par les Mossi. Auraient-ils un comportement différent des habitants du sud-ouest face aux établissements de soins ? ou leur statut d'étrangers ne leur permet-il pas de revendiquer des équipements ?

Le nombre de structures de soins est fonction des densités démographiques, mais les espaces très attractifs ne sont pas systématiquement équipés, alors qu'ils font l'objet d'une croissance de population bien supérieure au taux national (double voire triple).

L'ensemble des phénomènes observés peut être étendu au-delà du HCK. Mais l'organisation sanitaire dépend du découpage administratif ; cette échelle d'analyse permet de justifier non plus la localisation mais l'importance des structures de soins.

⁹⁹ Person (Y)

Contrairement aux attentes, toutes les structures de soins ne sont pas représentées selon les normes définies par la Programmation Sanitaire Nationale. Ainsi en 1993 sur les 227 villages dans le Houet (recensés en 1985), seuls 41 PSP sont réellement fonctionnels, c'est-à-dire que les deux Agents de Santé Communautaires possèdent médicaments et matériel pour mener à bien leur tâche.

La densité d'infrastructures est croissante mais la couverture évolue peu par rapport à l'importance des habitants. Malgré un nombre élevé d'établissements¹⁰⁰, les populations du Houet ne sont pas plus privilégiées que celles des autres provinces. En 1992, le Kéné Dougou rassemblait en moyenne 7 415 individus¹⁰¹ dans l'aire de couverture des CSPS, et la Comoé 9 136 personnes. Les 39 CSPS existants en 1993, en milieu rural dans le Houet, avaient une responsabilité moyenne de 9 796 habitants.

Tableau 38 : Répartition des structures de soins en 1989

| Structures de soins | Comoé | Houet | Kéné Dougou | Burkina Faso |
|---------------------|-------|-------|-------------|--------------|
| PSP | 201 | 232 | 148 | 4236 |
| CSPS | 26 | 31 | 21 | 42 |
| CM | 2 | 1 | 2 | 59 |
| CHR | 1 | - | - | 9 |
| HN | - | 1 | - | 2 |

Sources : Rapport annuel 1989, Ministère de la Santé

La Politique Sanitaire Nationale a connu un revers avec les postes villageois mais il ne s'est pas étendu à l'ensemble des structures de soins primaires. En effet les CSPS présentent des caractéristiques différentes qui ont été les atouts, sinon de leur succès, du moins de leur extension. Ces spécificités sont relatives à leur fonctionnement qui dépend d'un personnel diplômé et rémunéré par l'Etat. Mais les statistiques ne révèlent pas les facteurs qui ont motivé la localisation des établissements de soins, elles n'informent pas de l'évolution du système de soins ni si

¹⁰⁰ Selon les rapports annuels du Ministère de la Santé en 1989 la province du Houet était une des provinces les mieux pourvues en CSPS avec la province du Boulgou, respectivement 31 et 34 CSPS (selon les rapports de la DEP, Ouagadougou). Une situation qui s'est poursuivie puisqu'en 1992 ces mêmes rapports indiquaient que le Houet possédait le plus grand nombre de ces établissements

¹⁰¹ Pour le Kéné Dougou nous nous sommes basés sur les 139 973 habitants recensés officiellement en 1985 auxquels nous avons attribué les 2,7% de croissance annuelle, ce taux est estimé à 3,2% pour la Comoé et la population rurale recensée en 1985 qui nous a servi pour les calculs était de 241 648 individus

l'organisation spatiale tend vers une concentration ou une diffusion des centres de soins.

La couverture sanitaire reflète la déclaration d'Alma-Ata dont l'objectif est de rendre ce type de soins accessible à toute la population. Mais la notion de soins de santé primaires a occulté celle des soins spécialisés qui sont mal représentés. La multiplication des établissements voudrait que la prise en charge théorique des populations s'améliore avec le nombre de structures disponibles. Cependant, le fonctionnement réel de ces centres nous amène à nous interroger sur leur rôle dans les systèmes thérapeutiques adoptés par les populations. La fréquentation permet-elle de conclure à une forte fréquentation ? Les villages accueillant un CSPS concernent environ 40% de la population du HCK, soit 290 000 habitants, or l'OMS estime à 70% l'utilisation adaptée des établissements de soins, on peut donc s'attendre à un minimum de 200 000 épisodes morbides par an pour la totalité des CSPS de cet ensemble, dont près de 92 000 dans le Houet. Qu'en est-il réellement ?

TROISIEME PARTIE

"LE PARADOXE SANITAIRE"

*"Ce qui, hier, était un luxe, l'école
pour tous, la santé..., est devenu un
dû. Pour l'Etat, c'est un vrai défi."*

B. Compaoré

Jeune Afrique, 1996, n° 1872

Dans un article intitulé "Le luxe d'être malade", Z. Kalume¹, en 1984, a analysé l'offre de soins à Kinshasa entre un service public mal équipé et un service privé aux tarifs élevés, et il conclut alors que la voie de la guérison impliquait de nombreuses étapes. Ces observations peuvent être étendues à d'autres capitales ou grandes villes africaines avec plus ou moins d'excès.

Se soigner est-ce réellement "un luxe" pour les populations burkinabè, un luxe financier, qui pourrait alors justifier à lui seul la faible attraction des établissements de soins implantés en milieu rural ? A l'observation des indicateurs nationaux, et surtout des statistiques provinciales, on peut remarquer d'importantes disparités, au sein d'un même espace et d'une même population. Le coût des soins n'est cependant qu'un facteur explicatif parmi d'autres, qui intervient à l'échelle la plus grande, celle de la famille. Quelle échelle peut-on choisir pour expliquer cette désaffection pour les structures de santé publiques ? Aucune ne peut à elle seule permettre de comprendre ce que signifie "se soigner au Burkina Faso"² :

- l'échelle de la "région" : elle permet d'observer les problèmes d'accessibilité physique liés à la présence de reliefs ou à l'absence de voies de communication, et de comprendre comment se répartissent les structures de soins et les populations

- l'échelle de la province : elle permet de comprendre la logique de répartition et d'expansion des populations et des équipements, les limites administratives de la province du Houet ont donc constitué le cadre de notre étude de l'offre de soins, car la province est également l'échelle de décentralisation de la politique sanitaire

- l'échelle du département : les aires de santé beaucoup moins étendues respectent strictement ces limites. Quel est le rôle de ces découpages au sein du système de santé ?

- l'échelle du village : elle permet d'aborder la médecine traditionnelle, souvent considérée comme concurrente de la médecine moderne en milieu rural, alors que les villageois l'utilisent parfois comme complément aux médicaments achetés en pharmacie. Nous étudierons quelques cas.

Les autres systèmes de soins ne seront évoqués qu'à travers les études de cas et les espaces-témoins. Les traditpraticiens sont souvent sollicités mais il n'est pas toujours aisé de connaître leur existence. De même le système de soins privés ne sera abordé que partiellement et toujours à partir des déclarations des utilisateurs.

¹ Kalume (Z), "Le luxe d'être malade", revue autrement, n°9, 1984, p183-187

² Référence faite à l'ouvrage "Se soigner au Mali", recueil d'articles de différentes disciplines qui abordent les thèmes des maladies et symptômes chez plusieurs "groupes culturels" mais aussi ceux des services de santé et leur utilisation ou bien encore "l'économie de l'actuel système de santé" au Mali. Pour notre part nous empruntons cette phrase dans une optique organisationnelle et fonctionnelle c'est-à-dire comprendre comment se répartissent les services de santé sur le territoire burkinabè et quel usage les populations en font

CHAPITRE I

LE RECOURS AUX SOINS PUBLICS ET LES CRITERES D'EVALUATION

Notre objectif n'est pas de faire un inventaire de l'équipement sanitaire disponible mais d'intégrer cet élément au "milieu régional" et de l'observer par rapport aux contraintes du milieu physique, aux modes de peuplement et d'organisation de l'espace (voies de communication, habitat...).

I - DES INFORMATIONS STATISTIQUES CRITIQUABLES MAIS REVELATRICES D'UNE FAIBLE FREQUENTATION

L'étude normative de l'offre de soins se justifie-t-elle ? Répond-elle aux questions que l'on se pose sur le fonctionnement du système de soins ?

1- Les indicateurs de santé : des moyennes masquant les variations

La tentation est grande de pratiquer une étude statistique du système de soins et de son adéquation aux "besoins de santé", par les calculs classiques de densité des établissements de soins, de densité du matériel, de desserte médicale. Ceux-ci aboutissent à l'établissement de critères qui sont utilisés pour placer les pays au sein d'un classement mondial et pour lequel les statistiques sur la santé sont utilisées. Cette démarche consiste en fait, à vérifier si le système de santé national répond à des normes préétablies au niveau international, des normes dont la réponse est censée satisfaire les "besoins de santé" des populations, ou tout du moins être capable ou non de répondre à leurs attentes. Or les milieux humain et naturel changent, et les pathologies qui sévissent sont donc très variables, elles conduisent à l'existence d'un ensemble de maladies naturelles ou liées à un environnement magico-religieux qui ne peuvent être soignées dans le cadre d'un système de santé public. Dans ce cas comment des normes de santé internationales peuvent-elles justifier une situation nationale ?

Aux indicateurs souvent employés de façon à classer le pays au sein d'une hiérarchie internationale, nous avons donc préféré les indicateurs nationaux qui permettent, faute d'avoir des données précises sur la situation du Houet dans le temps, une étude sur une longue période.

Tableau 40 : Evolution des indicateurs démographiques au Burkina Faso

| Burkina Faso | 1960 | 1976 | 1985 | 1991 |
|---------------------------------------|--------|------|------|-------|
| Taux de natalité (pr 1000) | 49 | 46 | 49,6 | 45,3 |
| Taux de mortalité (pr 1000) | 32 | 22 | 17,5 | 16,4 |
| Taux de mortalité infantile (pr 1000) | 174 | 167 | 134 | 114,6 |
| espérance de vie à la naissance | 49 ans | 46 | 48,5 | 45,3 |

Sources : 1960 enquêtes démographiques par sondage, 1976 enquêtes post-censitaires, 1985 recensement général de la population, 1991 analyse des résultats de l'enquête démographique et de santé

Ces indicateurs donnent au Burkina Faso l'image d'un pays jeune mais en retard en matière de santé. Ils soulignent la médiocrité de la situation étroitement liée à l'état de santé des populations, puisque ces dernières sont dépendantes du milieu physique du pays. Le Burkina Faso est encore touché par les endémo-épidémies. Ainsi, la combinaison environnement/ conditions climatiques favorise le développement du vecteur du paludisme considéré dans les statistiques sanitaires comme la première affection du pays. Le manque d'hygiène participe également à l'expansion d'autres types de maladies. Les diarrhées-dysenteries et les parasitoses viennent en deuxième et troisième position dans les pathologies diagnostiquées par les infirmiers dans les dispensaires.

Tableau 41 Situation des pays limitrophes en 1992

| | Mali | Niger | Côte d'Ivoire | France |
|---------------------------------------|--------|-------|---------------|--------|
| Taux de natalité (pr 1000) | 50 | 52 | 46 | 13 |
| Taux de mortalité (pr 1000) | 19 | 19 | 14 | 9 |
| Taux de mortalité infantile (pr 1000) | 159 | 124 | 92 | 9 |
| espérance de vie à la naissance | 46 ans | 46,5 | 51 | 78 |

Source : Banque Mondiale, 1993, "Rapport sur le développement humain, Investir dans la santé"

Les situations des pays enclavés diffèrent peu les uns des autres et les pays côtiers montrent un niveau sanitaire de meilleure qualité.

Les indicateurs de mortalité ne suffisent pas à justifier le faible niveau de santé. La qualité de la desserte en soins contribue au maintien ou à l'amélioration du niveau de l'état de santé des populations. L'importance des structures existantes et du personnel se mesure par d'autres indicateurs, ainsi selon le PNUD un médecin assume la responsabilité de 33 330 habitants en 1990, et 4070 personnes pour un infirmier. Pour la même année on estimait que 49% de la population avaient accès aux services de santé. Selon les statistiques de l'annuaire économique

Jeune Afrique, la proximité des Burkinaabè, avec les structures de soins, dépasse largement celle de la Côte d'Ivoire, puisque seulement 30% de la population a accès à ce type d'équipement, contre 32% au Niger. Les disparités sont liées à la politique sanitaire menée par chacun de ces pays, aux densités et à la répartition de la population.

Si l'on s'en tient aux informations du PNUD, on peut en conclure que le "pays des hommes intègres" est l'un des pays enclavés ouest-africains les mieux équipés. En outre, la charge des infirmiers répond aux normes de l'OMS, et pourtant la situation sanitaire du pays n'est pas citée en exemple. L'équipement paraît satisfaisant en termes quantitatifs, toutefois les indicateurs mettent en évidence deux éléments importants d'un point de vue géographique ; le territoire national, échelle d'analyse, offre peu de renseignements ; en outre des informations statistiques, hors de leurs contextes physique, sociologique, politique, économique, ne sont en aucun cas des éléments suffisants pour orienter favorablement les programmes d'action, définis à l'échelle internationale par des organismes comme l'OMS.

La diversité du milieu physique et humain du Burkina Faso, nous l'avons évoqué en première partie, justifie l'analyse des services de santé à une échelle plus fine. En effet, les soins de santé sont essentiellement assurés par des structures dites primaires, parce qu'elles sont la première étape de la hiérarchie sanitaire. La politique de décentralisation a accordé à la province le droit de gérer les structures de soins de base.

2 - Méthodologie de l'analyse de la fréquentation

a - Les registres de consultations : un manque de précision géographique

Notre analyse de l'offre de soins se fonde principalement sur l'étude des CSPS, car ces structures constituent la base de la hiérarchie sanitaire après les PSP. Plusieurs raisons ont motivé le choix de ces établissements. En premier lieu, il s'agit d'une étude en milieu rural, où les soins de santé primaires sont assurés par les CSPS qui sont les structures les plus répandues dans l'espace et donc les plus proches des populations, les PSP étant peu fonctionnels et quelque peu délaissés des pouvoirs politiques et sanitaires. Les actions des privés sont limitées à quelques activités précises dans leurs interventions, soit au niveau de la construction du dispensaire, soit dans la mise à disposition de médicaments. Les soins de santé modernes sont donc pratiqués par des établissements publics en zone rurale. En outre, contrairement aux PSP, les CSPS disposent de registres qui permettent d'effectuer une évaluation chiffrée des activités, même si la qualité des informations est incertaine.

Les registres de consultations journalières ont donc été notre principale source d'informations, ils ont constitué la base de notre analyse. Ces cahiers indiquent :

- le nom du patient
- cinq catégories correspondant à des classes d'âge pour les trois premières : moins de 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 14 ans, les deux dernières n'indiquant que le sexe hommes, femmes
- le lieu de résidence et la distance moyenne par rapport au CSPS : 0 à 4 km, 5 à 9 km, plus de 10 km
- le diagnostic
- le traitement et les observations

En 1989, l'analyse repose sur des données recueillies par trois étudiants en maîtrise, S. Poda pour le Houet, F. Sagnon pour la Comoé, E. Bessière pour le KénéDougou, en stage à l'ORSTOM de Bobo-Dioulasso dans le cadre du programme "Environnement et Santé" mené par JP. Hervouët. Ces étudiants ont collecté des informations relatives au nombre de visites dans les registres de consultations de chaque CSPS (sauf pour la Comoé où plusieurs établissements n'ont pas été enquêtés). Nous avons donc pu bénéficier des données chiffrées de leurs recherches pour évaluer l'importance de la fréquentation des CSPS pour cet ensemble. Toutefois, nous avons procédé à de nouveaux dépouillements pour certains dispensaires du Houet qui présentaient des informations surprenantes (par exemple à Faramana alors que la fréquentation était évaluée à plus de 7 000 visites pour l'année, nos relevés sur les registres de consultation empruntés au CSPS ont ramené celles-ci à 2 700).

En 1992, notre zone d'étude s'est limitée aux CSPS du Houet et aux établissements de soins proches des frontières administratives avec cette province, ceci afin d'évaluer au mieux la fréquentation réelle des structures de soins et de mettre en évidence les disparités existant dans le temps et l'espace. Au cours de tournées réalisées dans la province nous avons recueilli, avec l'aide d'un autre étudiant, les registres de consultations journalières pour l'année 1992, en vue d'identifier l'origine des patients et l'importance de la fréquentation des établissements étudiés. Parallèlement, des questionnaires ont été remplis auprès des infirmiers responsables des CSPS et de leurs subordonnés, ils visaient à identifier le fonctionnement et les difficultés de l'établissement de soins. Les questions posées étaient relatives aux conditions de création des CSPS, au personnel en place depuis l'ouverture... Après une analyse succincte il nous est apparu nécessaire de nous informer sur les motifs de consultations et sur l'origine ethnique éventuelle des patients mais il nous a été impossible de récupérer les registres de plusieurs dispensaires (Toukoro Bobo, Léna, Soumousso, Koumi, Padéma).

Le dépouillement des registres de consultation nous a donc permis d'obtenir des données chiffrées, elles correspondent à la mesure de la fréquentation des CSPS. Nous n'employons pas le terme "consultant" qui implique de connaître exactement le nombre de fois où une personne est venue en visite, soit pour une même pathologie, soit pour des plaintes différentes, le terme

"d'épisode morbide" ou celui défini par J.P. Hervoüet³ "d'épisode pathologique" est utilisé. Cette expression correspond à la visite d'un individu pour une pathologie précise. Si le patient retourne au CSPS pour effectuer des soins relatifs à cette même pathologie, l'infirmier l'enregistre alors sur un autre cahier que celui des consultations journalières, dans le cas où cette personne effectue une nouvelle visite pour une autre pathologie elle sera alors à nouveau inscrite sur le registre des consultations journalières. Nous n'avons effectivement tenu compte que des informations des registres de consultation, les informations relatives au suivi d'une même pathologie nous sont apparues inutiles pour l'analyse. Il était impossible de connaître le temps écoulé entre plusieurs visites concernant un même mal et donc d'évaluer la précocité ou non de la "réadmission". L'évaluation annuelle des visites ne peut donner qu'une idée approximative de la réelle fréquentation des CSPS, en effet, on ne recense pas de consultants, mais des épisodes morbides qui peuvent être le fait d'un même individu à différentes périodes de l'année. Malgré ces faiblesses, les registres de consultation paraissent être la source d'informations la plus proche de la réalité.

Grâce à cette méthode, les épisodes morbides ont donc été comptabilisés selon leur origine et la "classe d'âge" définie dans les registres. Nous avons fait usage des patronymes indiqués sur les registres de consultation, de façon à identifier les principaux groupes ethniques utilisant les structures de soins modernes. La notion d'ethnie est souvent remise en cause, les erreurs commises par les colonisateurs ont été citées, et l'appartenance de certains groupes à telle ou telle famille est aujourd'hui parfois mise en doute ; à travers la notion d'ethnie l'objectif est de mettre en évidence les pratiques sanitaires des populations par rapport à leur mode de mise en valeur de l'espace. En Afrique, il est indéniable que les noms de famille correspondent avec certaines ethnies ; mais les homonymies entre groupes physiquement proches sont fréquentes et il n'a pas toujours été aisé de les différencier.

Notre démarche repose sur les informations délivrées par le recensement de 1975 qui faisait état de la répartition ethnique par village, données qui n'ont pas été reprises par le recensement national de 1985. Nous avons donc pour base une idée plus ou moins précise de l'ethnie majoritaire dans chaque village, sans toutefois avoir une notion exacte sur la présence d'autres groupes. Seule une tenue régulière de fiches patients aurait permis cette différenciation, cependant cette analyse permet de distinguer les groupes autochtones à la région et les allochtones établis pour une période plus ou moins longue dans la région. Les étrangers originaires de régions souvent très éloignées sont facilement identifiables, c'est le cas des Mossi. Les éleveurs peuvent se distinguer également des populations implantées depuis de longues décennies dans le sud-ouest.

³ Hervoüet (JP), Dubois (H), "L'accès aux structures de soins rurales dans la province du Houet en 1989", colloque "les journées scientifiques du Houet", Bobo-Dioulasso, 1991

Les dépouillements des registres nous ont permis de constater que les consultations curatives restent l'activité majeure des infirmiers en place dans les CSPS. A côté du dispensaire, l'activité des maternités apparaît souvent réduite, notamment lorsque celles-ci ne bénéficient pas de la présence d'une accoucheuse diplômée. Nous avons également emprunté les documents faisant état de l'activité dans ces maternités et la mauvaise tenue des registres, la disparition de certains autres, nous ont révélé la médiocrité des activités relatives aux accouchements. On ne peut donc proposer une image précise de l'utilisation des maternités par les parturientes, mais il est évident que ces établissements sont loin d'être utilisés au maximum de leur capacité.

Quelle est la fiabilité des documents utilisés ?

b- Evaluation de la qualité des statistiques officielles

L'utilisation d'un support unique par les établissements de soins, fourni par la DPS, permet de recueillir les mêmes types d'informations pour l'ensemble des structures. La consultation est toujours réalisée au dispensaire, les visites à domicile sont en théorie interdites et, compte tenu de la charge de travail supportée par le responsable de la formation, elles sont rarement pratiquées. En outre, l'emploi du temps des infirmiers majors est consacré, pratiquement chaque matinée de la semaine, aux consultations curatives. Il est donc permis de penser que l'infirmier ne se disperse pas dans différentes activités qui pourraient le conduire à négliger l'aspect statistique de sa fonction ; malgré tout, nous verrons que les infirmiers exerçant seuls dans le CSPS n'inscrivent pas toutes les informations relatives aux patients.

Les registres sont inégalement tenus à jour. Théoriquement, à chaque visite, les informations relatives aux patients sont notées et le nombre de visites recensées peut donc être considéré comme relativement fiable, avec toutefois des variations selon les CSPS. Les données concernant le lieu de résidence sont moins exactes, un aspect que certains infirmiers négligent puisqu'il a pour eux peu d'intérêt. Il peut donc arriver parfois que le village ne soit pas précisé mais ce n'est pas une habitude. Le lieu de résidence désigne le plus souvent un village, parfois un hameau de culture. Devant le manque de précision des recensements démographiques nationaux, sur la répartition numérique et spatiale exacte de la population, nous avons regroupé systématiquement des hameaux de culture et des quartiers avec les unités villageoises dont ils dépendaient. Cette information aurait pu certainement être riche d'enseignement à une échelle plus fine, mais elle n'est pas toujours indiquée par les infirmiers, elle reste trop approximative pour être utilisée et l'absence de rigueur dans leur relevé ne permet pas une exploitation homogène de l'information. Toussiana est le village le plus représentatif de cette situation, officiellement le recensement de 1985 ne reconnaît que trois villages dans l'aire de responsabilité de ce CSPS : Toussiana, Nianaba, Yorokofesso, ils masquent un habitat très dispersé également caractéristique des terres qui s'étendent au pied de la falaise. Les registres de consultations de Toussiana

identifient les patients selon les hameaux de culture et les quartiers. Ainsi, dans un rayon de 6 km à l'ouest du CSPS, l'attraction est assez importante, pas moins de dix hameaux de culture existent, à l'est elle est pratiquement nulle en raison de la présence d'un escarpement. Il est impossible d'évaluer les taux de fréquentation, compte tenu du regroupement réalisé lors du recensement. Les données par hameaux de culture ne sont utilisables que dans le cas de monographie sur le CSPS.

Les registres de maternité peuvent varier d'un lieu à l'autre, passant du document officiel à un simple cahier d'écolier, faute de régularité dans l'approvisionnement, la qualité des données disponibles peut alors être mise en doute. Si la fréquentation de la maternité par les femmes est faible, il ne nous est pas permis d'évaluer avec exactitude la fréquence des accouchements car le manque de régularité dans la tenue des cahiers servant de registres entraîne des erreurs.

Chaque Direction Provinciale de la Santé a charge de fournir des données statistiques indispensables à la mesure des activités, à l'évaluation de l'extension du réseau sanitaire et au respect des normes définies au cours des politiques mises en oeuvre. Compte tenu du temps nécessaire aux dépouillements des registres, de l'indisponibilité de certains documents, et dans le but d'estimer l'évolution de la fréquentation des CSPS dans le temps, nous avons fait appel aux données informatisées de la Direction Provinciale de la Santé depuis l'année 1990. Il s'agissait également pour nous d'évaluer la validité des informations fournies par ce service. Nous apportons cette précision afin de procéder à une analyse comparative entre les documents de base et ceux exploités par les directions, qui ont valeur de statistiques nationales.

Pour l'année 1992 les mêmes données, c'est-à-dire les consultations curatives par CSPS de trois origines différentes, ont été comparées :

- première source : nos dépouillements pour l'année, réalisés directement sur les registres de consultations au CSPS,
- deuxième source, officielle : les données informatisées de la Direction Provinciale de la Santé,
- troisième source : rapports mensuels des infirmiers, ils servent de base à l'enregistrement des données informatisées à la DPS.

Alors que les résultats devraient être identiques, on observe des totaux fort différents les uns des autres par CSPS. Nos dépouillements ne correspondent pas aux chiffres des rapports mensuels, ces derniers font état de 87 488 épisodes morbides pour l'année, soit une différence de 7% avec nos dépouillements (soit 5 548 épisodes morbides), ce qui correspond en moyenne à la fréquentation annuelle du Centre Médical de Houndé. Nous avons vérifié l'exactitude de nos relevés en empruntant à deux reprises les registres de consultation : au cours de l'année 1993, pour répertorier l'origine géographique et la classe d'âge des visiteurs, puis pendant l'année 1994 où nous avons calculé le nombre d'épisodes morbides mensuels par CSPS. La marge d'erreur de nos

Tableau 42 : Fréquentation des CSPS selon les rapports mensuels en 1992

| Départements | CSPS | nb rapp | Rapports mensuels des infirmiers | | | nb moyen de plaintes/visite | Nb.Moyen de visites |
|--------------|-------------------|---------|----------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------|
| | | | Nv Consultant | Ancien Consultant | Nvle Consultation | | |
| Bama | Bama | 11 | 4425 | 8702 | 4099 | 0,9 | 3,0 |
| Bama | Soungalodaga | 11 | 1220 | 2400 | 1220 | 1,0 | 3,0 |
| Bama | Toukoro | 12 | 1364 | 2971 | 1364 | 1,0 | 3,2 |
| Bama | Vallée du Kou | 10 | 3926 | 4764 | 3285 | 0,8 | 2,2 |
| Bekuy | Bekuy | 12 | 3158 | 2594 | 3158 | 1,0 | 1,8 |
| Bekuy | Sara | 12 | 1631 | 1642 | 1666 | 1,0 | 2,0 |
| Béréba | Béréba | 10 | 2642 | 6232 | 2177 | 0,8 | 3,4 |
| Béréba | Wakuy | 12 | 2094 | 4687 | 2094 | 1,0 | 3,2 |
| Bobo | Baré | 11 | 1129 | 2451 | 1132 | 1,0 | 3,2 |
| Bobo | Karangasso-Sembla | 10 | 754 | 1121 | 746 | 1,0 | 2,5 |
| Bobo | Kotédougou | 11 | 1473 | 705 | 1332 | 0,9 | 1,5 |
| Bobo | Kouentou | 11 | 2570 | 6351 | 2371 | 0,9 | 3,5 |
| Bobo | Koumi | 12 | 2702 | 4027 | 3025 | 1,1 | 2,5 |
| Bobo | Léguema | 12 | 1704 | 4686 | 1861 | 1,1 | 3,8 |
| Bobo | Matourkou | 12 | 1979 | 2007 | 2172 | 1,1 | 2,0 |
| Bobo | Nasso | 12 | 5105 | 10051 | 5491 | 1,1 | 3,0 |
| Bobo | Santidougou | 12 | 2085 | 2029 | 2218 | 1,1 | 2,0 |
| Bobo | Yéguéresso | 12 | 2071 | 1917 | 2071 | 1,0 | 1,9 |
| Foh | Dandé | 12 | 4267 | 3326 | 4267 | 1,0 | 1,8 |
| Foh | Faramana | 10 | 2253 | 975 | 1836 | 0,8 | 1,4 |
| Foh | Foh | 11 | 1149 | 1134 | 1053 | 0,9 | 2,0 |
| Foh | Siankoro | 12 | 1680 | 2469 | 1854 | 1,1 | 2,5 |
| Houndé | Boni | 10 | 1261 | 2426 | 1149 | 0,9 | 2,9 |
| Houndé | Bouahoun | 11 | 1894 | 1739 | 1702 | 0,9 | 1,9 |
| Houndé | Bouéré | 11 | 870 | 844 | 870 | 1,0 | 2,0 |
| Houndé | Dohoun | 11 | 1077 | 2052 | 1077 | 1,0 | 2,9 |
| Houndé | Houndé | 11 | 6078 | 8878 | 5540 | 0,9 | 2,5 |
| Houndé | Kiééré | 11 | 2179 | 4680 | 1997 | 0,9 | 3,1 |
| Houndé | Kari | 9 | 946 | 1438 | 1051 | 1,1 | 2,5 |
| K Vigué | Karangasso-Vigué | 11 | 1928 | 1108 | 1750 | 0,9 | 1,6 |
| K Vigué | Soumouso | 11 | 3193 | 5738 | 3586 | 1,1 | 2,8 |
| Koumbia | Koumbia | 11 | 2450 | 6331 | 2544 | 1,0 | 3,6 |
| Kourignon | Kourignon | 12 | 817 | 1604 | 878 | 1,1 | 3,0 |
| Lena | Lena | 12 | 3403 | 4959 | 3675 | 1,1 | 2,5 |
| Padema | Padema | 12 | 1942 | 3955 | 2304 | 1,2 | 3,0 |
| Péni | Péni | 12 | 1641 | 2309 | 1757 | 1,1 | 2,4 |
| Satiri | Balla | 11 | 1485 | 1712 | 1368 | 0,9 | 2,2 |
| Satiri | Satiri | 11 | 2459 | 2315 | 2421 | 1,0 | 1,9 |
| Toussiana | Toussiana | 12 | 2484 | 2284 | 2494 | 1,0 | 1,9 |
| Totaux | | | 87488 | 131613 | 86655 | 1,0 | 2,5 |

Sources : Rapports mensuels infirmiers 1992

relevés, entre les totaux du premier relevé et la somme des recours mensuels, est d'environ 1%. Les rapports mensuels des infirmiers ont donc tendance à surestimer le nombre de patients en visite, une surestimation que la Direction Provinciale de la Santé corrige apparemment lors de l'informatisation puisque, selon les services statistiques, le total des épisodes morbides pour le Houet est de 82 756 soit une différence de 816 visites avec nos dépouillements (annexe 16).

Pourquoi cette correction ? Plusieurs raisons peuvent être avancées. Tous les rapports mensuels ne parviennent pas aux services centraux à Bobo-Dioulasso : cela peut être dû au manque de rigueur de l'infirmier qui ne rédige pas toujours son document, mais cela peut aussi s'expliquer par la perte de rapports à la Direction Provinciale de la Santé. De plus, la qualité d'archivage laisse à désirer, ainsi pour les rapports les plus anciens le temps fait son oeuvre, l'humidité de la saison des pluies, mais aussi les termites contribuent à faire disparaître ces sources. Les services statistiques corrigent donc souvent les données recueillies. De plus, la conservation des registres dans les CSPS est très variable : lors de notre premier passage en 1993 tous les registres de consultation étaient disponibles, excepté pour Nasso dont une partie des documents avaient été volée avec des médicaments et du matériel pendant un cambriolage. Lors de notre second passage en 1994, ces mêmes registres avaient disparu pour un certain nombre de structures. Ces documents doivent en théorie être "archivés" au CSPS, mais il arrive aussi qu'ils disparaissent lors du départ des infirmiers.

Au niveau des consultations curatives, les rapports mensuels emploient différents termes pour identifier le rythme des visites par CSPS. Les "nouveaux consultants" correspondent au nombre de visites recensées au cours du mois pour une pathologie, ce qui doit, en théorie, être équivalent au nombre d'épisodes morbides que nous avons calculés. Le terme "Anciens consultants" est relatif au nombre de fois qu'un patient vient se faire soigner pour une même pathologie. Enfin les "nouvelles consultations" se rapportent au nombre de pathologies déclarées lors de la visite. Comme on peut le constater les termes diffèrent très peu les uns des autres et les confusions sont faciles.

Dans le tableau 42 nous avons procédé au calcul du nombre moyen de visites pour une pathologie, en rapportant la somme "nouveaux consultants + anciens consultants", aux nouveaux consultants. Le résultat doit toujours être supérieur ou au moins égal à 1. Ici, le nombre moyen de visites pour les soins relatifs à une plainte est de 2,5, ce qui signifie qu'après une première consultation les patients reviennent au moins une fois pour des soins relatifs au même mal et un patient sur deux revient une troisième fois. Toutefois des écarts importants existent entre les CSPS, certains d'entre eux ayant un suivi plus long de leur patient. Mais les statistiques délivrées par la Direction Provinciale de la Santé sont trop imprécises pour tirer des conclusions sur l'indice de qualité des soins, les données ne sont pas exhaustives puisque tous les rapports mensuels ne parviennent pas à la direction.

Le second calcul est relatif au nombre de pathologies déclarées par visite, il est fréquent qu'un patient vienne pour des soins relatifs à plusieurs maux, cependant les chiffres obtenus du rapport :

"nouvelles consultations/nouveaux consultants"

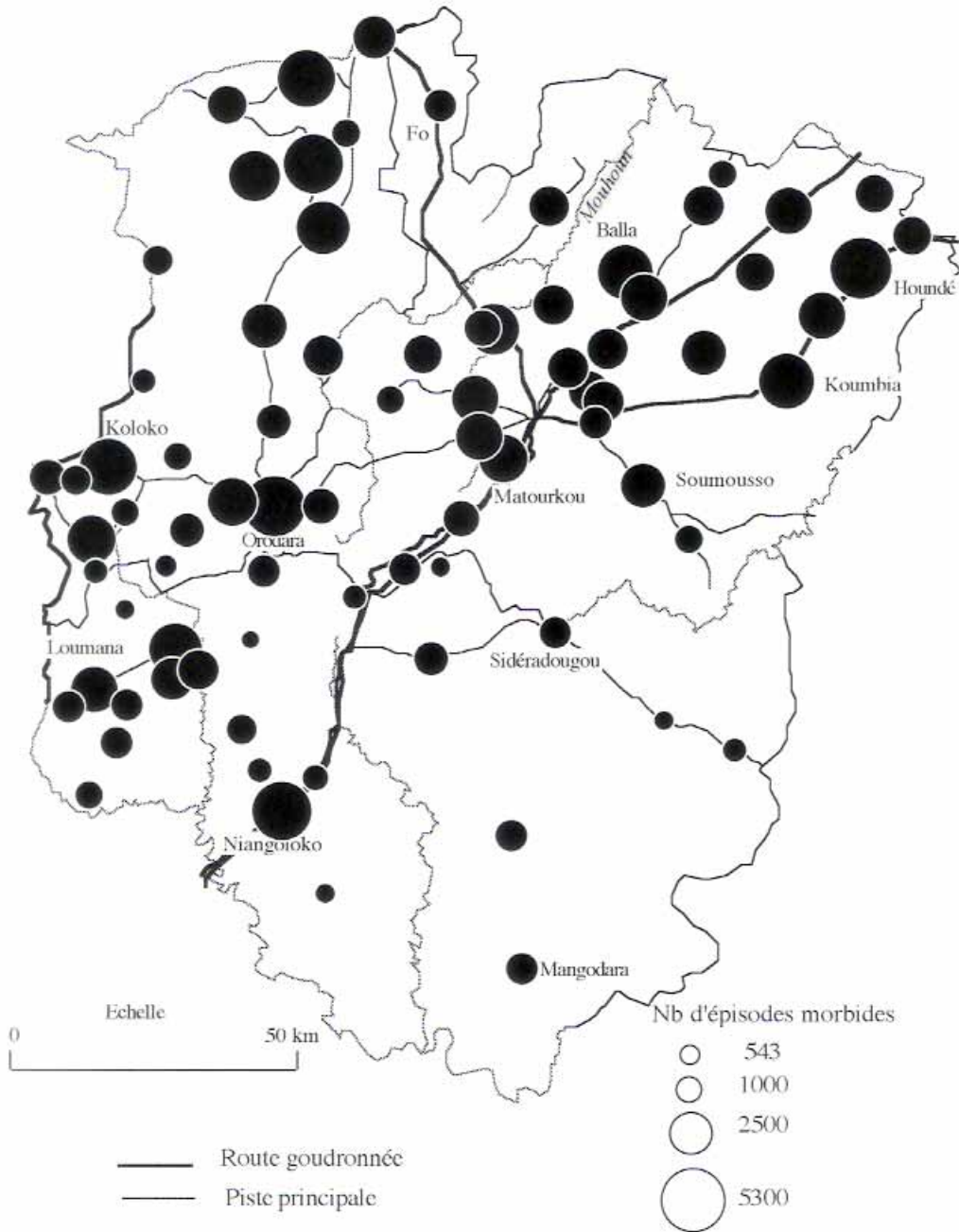
attestent du contraire. Les résultats sont parfois inférieurs à 1, ce qui signifierait qu'un patient sur 10 ne déclare aucune "plainte". La comptabilité des nouvelles consultations nécessite une reprise complète, chaque mois, des registres de consultations, afin de dénombrer les pathologies inscrites dans la colonne créée à cet effet, ce qui peut expliquer les omissions. Malgré la formation des infirmiers pour la rédaction de ces rapports, les écarts peuvent être attribués à la confusion faite entre les rubriques définies dans les rapports mensuels, puisque 15 CSPS sur 39 ont un nombre de plaintes déclarées, inférieur au nombre de visites. M. Hien, chargé du service statistique de la Direction Provinciale de la Santé, nous a confirmé les fréquentes corrections réalisées sur les rapports après avoir observé les erreurs commises par les majors.

Pour plus de certitude, il aurait été utile d'effectuer ces mêmes comparaisons sur l'année 1989 mais les rapports mensuels n'étaient pas disponibles et le fichier sur disquette endommagé. Parmi les statistiques des 39 CSPS en 1992, 16 ont été modifiées par la Direction Provinciale de la Santé ; elles se justifiaient réellement pour dix d'entre elles. En chiffres absolus les différences excédaient les 100 épisodes morbides et même 600 dans le cas du CSPA de Békuy.

Dans leur globalité les marges d'erreur sont assez faibles, elles représentent 1,6% de la population rurale du Houet, toutefois, si l'on peut estimer les données de la Direction Provinciale de la Santé assez représentatives de la réalité, il faut nuancer leur qualité en fonction des CSPA. Nous avons pu relever les nombres d'épisodes morbides pour les dispensaires de Bouahoun, Toussiana, Léna, Dandé et Balla en 1993, les résultats obtenus lors de nos dépouillements sont relativement identiques, exceptés pour Balla. En 1993 la Direction Provinciale de la Santé indiquait 1 071 visites pour ce CSPA et 1 316 pour 1994, nos dépouillements étaient pour les mêmes années de 1 042 et 970. Les différences de résultats se sont creusées et s'expliquent par des registres particulièrement mal tenus, la classe d'âge ou l'origine géographique ne sont pas toujours indiquées, dans ces cas nous avons considéré le patient comme "inconnu". En outre, alors que des visites sont comptabilisées chaque jour dans la majorité des formations sanitaires, à Balla il est fréquent que pendant deux jours l'infirmier n'ait aucune consultation curative à pratiquer. Les copies des registres présentent le cas en février, alors qu'il s'agit d'un des mois où la fréquentation est la plus importante au cours de cette année 1994.

Figure 43

FREQUENTATION DES CSPTS EN 1989 DANS LE HCK



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

3 - Une fréquentation en diminution

a - Volume d'activité des structures de soins

Dans notre analyse, nous avons minoré le rôle des limites administratives internes, en considérant que celles-ci sont souvent tracées de façon aléatoire. Elles ne peuvent constituer un élément de discontinuité dans la distribution de la population ou la fréquentation d'établissements de soins, dans la mesure où les populations n'en tiennent pas compte. L'origine des patients nous permettra dans le point suivant d'observer le rôle réel des limites administratives sur la circulation des populations. Pour l'année 1989, notre zone d'étude couvre trois provinces, soit 15,7% du territoire national. Le fonctionnement du CSPS basé sur une aire de responsabilité théorique pourrait impliquer, si ces limites étaient respectées, des discontinuités, non pas liées aux pratiques de l'espace, mais aux règles mêmes de fonctionnement des structures de soins. La fréquentation des CSPS est très disparate, il ne semble pas y avoir de constance qui s'établisse dans la fréquentation, quel que soit le lieu observé.

On peut s'interroger sur la correspondance de ces limites avec celles définies par l'organisation sociale des populations. Par leur pratique de l'espace les individus peuvent être amenés à se trouver en contact avec des établissements de soins dont ils ne dépendent pas. Les difficultés de déplacement dans certaines régions accidentées contraignent parfois les habitants à favoriser certains lieux au cours de leur déplacement.

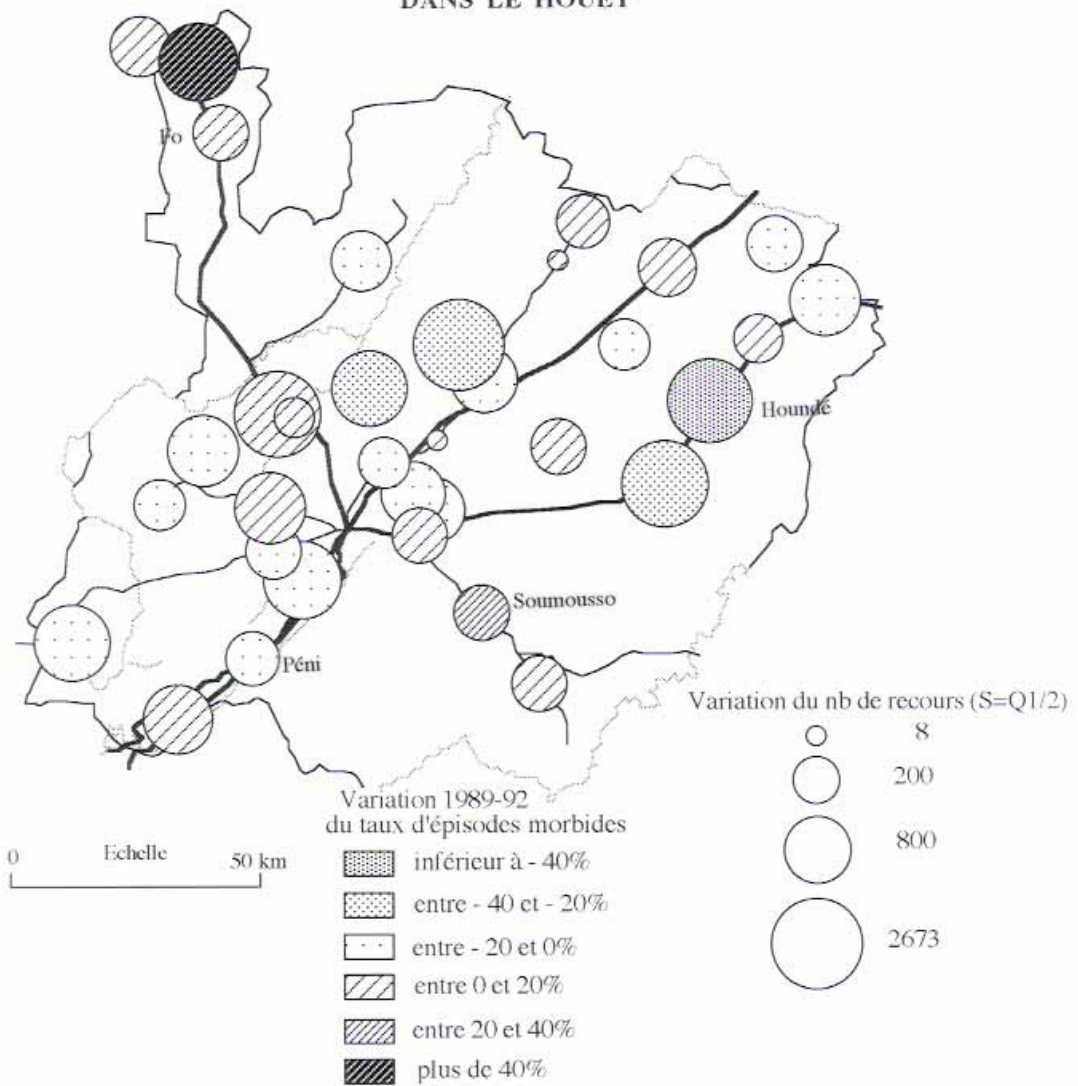
Dans le Houet, la Comoé et le Kéné Dougou, trois espaces sont mis en évidence. Dans le premier au sud-est, la faible présence des centres de santé se conjugue avec une faible fréquentation. Le deuxième occupe le nord et le nord-est de l'ensemble HCK, les CSPS sont nombreux et comptabilisent un nombre d'épisodes morbides élevé par rapport à la moyenne, enfin, le troisième possède un nombre élevé de formations sanitaires au recrutement très disparate.

Le Houet n'échappe pas à la règle généralement observée dans d'autres provinces, comme le Kéné Dougou et la Comoé ou d'autres pays⁴, le volume d'activité est très variable selon les lieux (figure 43). Au-delà des limites provinciales, l'ensemble HCK étudié, pour l'année 1989, présente trois grands ensembles : dans le premier au nord, les CSPS comptent plus de 1500 épisodes morbides pour l'année, dans le deuxième à l'ouest les CSPS très fréquentés, plus de 2500 épisodes morbides côtoient des établissements beaucoup moins attractifs, enfin dans le troisième, au sud-est, on retrouve une unité parmi les situations marquées par une très faible fréquentation.

⁴ Cf études de Daha Chérif, 1996, "Approche géographique de la santé dans la communauté rurale de Bandafassi", DEA de géographie, Université de Dakar ; Kone (A), 1994, "Impact des dispensaires privés sur le recours aux soins dans un espace médical public (arrondissement de Ross-Bothio)"

Figure 44

VARIATION DES EPISODES MORBIDES PAR CSPS
PAR NOMBRE ET EN POURCENTAGE ENTRE 1989 ET 1992
DANS LE HOUET



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

Parmi tous les CSPS, les Centres Médicaux s'individualisent avec une utilisation plus importante de leurs services.

L'opposition géographique marquée dans la fréquentation est superposable à la répartition et à la croissance de la population. Ainsi, dans les villages de petite taille et délaissés à l'ouest et ceux faiblement peuplés au sud-est, la fréquentation des structures de soins est faible. Par contre dans les espaces de forte croissance démographique, au nord du Houet, la fréquentation des structures de soins modernes reste limitée, elle est liée au faible nombre de ce type d'établissement. Enfin, l'attraction plus importante des Centres Médicaux, serait le signe de l'impact de la qualité des soins offerts. Nous jugeons ici de l'activité du service des consultations curatives. Toutefois, par son niveau dans la hiérarchie sanitaire, l'implantation du CM implique une localisation dans un centre urbain, ou semi-urbain, et la masse démographique entraîne donc un nombre de "consultants" potentiel beaucoup plus important que dans les CSPS, où le village d'implantation y est de plus petite taille.

L'étude diachronique 1989-92 dans le Houet met en évidence deux faits majeurs :

- une sous-utilisation des services offerts
- une diminution de la fréquentation

Le bilan de l'observation diachronique met en évidence la désaffection progressive de la population pour les structures de soins modernes, elle est particulièrement visible le long d'une bande centrale qui prend le Houet en écharpe du sud-ouest au nord-est (figure 44). Les marges du territoire administratif sont moins fréquentées mais elles accueillent des individus plus nombreux chaque année. Ces disparités sont liées à des spécificités physiques, humaines ... Si l'Etat est à l'origine de la plupart des structures de soins, leur utilisation dépend essentiellement des populations. Dans le Houet, il est intéressant de constater que l'opposition spatiale, observée au niveau de la fréquentation, s'apparente à celle des densités démographiques. La première catégorie de CSPS au nombre de patients en diminution concerne des villages au terroir déjà densément occupé qui accueillent peu ou pas de migrants depuis quelques années voire plus longtemps. A l'opposé les CSPS au nombre de "consultants" croissant se situent au sein d'espaces faiblement peuplés dans le passé et dont les terres sont accordées aux étrangers venus du centre du Burkina Faso. Les voies de communication, destinées à faciliter l'accès, ne sont pas un facteur explicatif de l'attrait exercé par certains établissements dont les causes sont à rechercher ailleurs (type d'habitat, distance à parcourir, présence de reliefs obstacles aux déplacements...), comme au nord où un axe goudronné n'améliore pas la fréquentation.

Parmi l'ensemble des structures du Houet, l'une d'elles se démarque par l'importance de sa fréquentation supérieure à 5 000 épisodes morbides, c'est le Centre Médical de Houndé dont le service consultation ne fonctionne pourtant qu'à 30% de sa charge théorique (si l'on estime que ce

sont réellement les villages sous sa responsabilité qui consultent)⁵. Balla, Houndé, Koumbia les plus fréquentés (en chiffres absolus), ont des taux d'épisodes morbides qui restent relativement faibles par rapport à la population estimée dans leur aire de responsabilité (respectivement 29,9 ; 32,8 ; 36%). En 1992, le nombre de visites a diminué, les villages qui comptabilisaient moins de 10 épisodes morbides par an se sont accrus par rapport à 1989, alors que le nombre de CSPS a augmenté passant de 33 à 39, rapprochant ainsi la population des structures de soins. Le désintérêt porté à ce type d'équipement par les populations est plus marqué ; spatialement il concerne des espaces différents, en outre la superficie des secteurs sanitaires concernés et leur densité démographique sont très variables. Ainsi Dandé qui recouvre 302 km², avec deux infirmiers responsables de plus de 15 000 habitants, accuse les mêmes taux de fréquentation que Kourignon 641 km² et 8 640 personnes à charge, ou Karangasso-Vigué 1 091 km² et 1 140 habitants recensés en 1985. Pour certains, la surcharge de travail de l'infirmier peut justifier un manque de disponibilité à l'égard des malades, entraînant un long temps d'attente, d'où l'abandon du CSPS. Pour d'autres, les longues distances à parcourir pour atteindre le centre peuvent être avancées comme explication. On notera aussi la faible attraction des CSPS de Péni et de Fo au cours des deux années, accentuée pour le dernier par des problèmes relationnels entre population et infirmier.

Il n'y a pas de règle pour décrire la fréquentation très disparate, à la fois par rapport à la présence des voies de communication, au milieu physique..., par ailleurs, les établissements de soins modernes ont connu une diminution de la fréquentation qui n'est cependant pas généralisée pour l'ensemble du territoire. Il faut donc nuancer les explications. Le nombre d'épisodes morbides est passé de 85 308 en 1989, à 81 940 en 1992, une diminution de 3 368 épisodes morbides soit 1,3% par an alors que la croissance démographique est estimée à 4% par an. On peut évaluer que 24,1% des habitants effectuaient une visite en 1989, et 23,2% en 1992, l'infirmier pouvait espérer les voir une fois tous les quatre ans. Si l'on tient compte de la croissance démographique, les taux doivent être ramenés à 20,6% pour 1989 et 17,6% pour 1992⁶.

⁵ Nous verrons plus loin que rares sont les villages consultant hors de l'aire à laquelle ils sont rattachés

⁶ Calculs effectués par rapport à la population estimée en 1989 et 1992. Le choix du taux de croissance peut être critiqué, on peut s'interroger sur la validité du taux de croissance estimé à 4% par an pour la période 1985-95 qui correspond pour la province à une augmentation de population équivalente à celle de Vallée du Kou chaque année. Les flux d'immigrants peuvent se tenir compte tenu de l'afflux important au cours de la décennie précédente et de la diminution de terres disponibles qui en résulte. En outre toute la province ne constitue pas un espace d'accueil dans les mêmes proportions que la région de Padéma (nord du Houet), le sud-ouest plus particulièrement a vu sa population diminuer pendant la décennie 1975/85. Nous sommes conscients des limites de ces estimations de croissance, cependant il convient de tenir compte de l'évolution de la population. Face à un nombre d'épisodes morbides approximatif, on ne peut surestimer la fréquentation, même si les écarts de population restent peu importants par rapport aux chiffres officiels du recensement de 1985

b - Représentation des "consultants" : des limites naturelles et administratives exacerbées

Chaque CSPS a un impact différent sur les villages qui l'entourent. Les aires de responsabilité des CSPS sont des aires "théoriques" définies par la DPS. La formation des secteurs sanitaires dépend de critères prédéfinis dans le cadre de la programmation sanitaire. Les villages ont été attribués au CSPS le plus proche, de façon à éviter l'encombrement des structures implantées. L'aire de responsabilité n'est pas stricte dans le cas de la consultation, elle constitue davantage une limite dans le cadre de la campagne de vaccination organisée par l'infirmier. Un responsable de formation ne pourra jamais refuser de soigner un patient ne dépendant pas de sa responsabilité, l'aire est un moyen détourné de juguler l'afflux dans certaines structures. La multiplication des structures de soins de base au cours des années 1980, a contribué à réduire les distances entre population et lieux de soins. Dans le Houet, les aires de responsabilité respectent, en majorité, les normes OMS d'éloignement entre CSPS et villages dont le maximum est fixé à 15 km, en plus des seuils de population. Les aires d'attraction correspondent à l'influence réelle des structures de soins, elles recouvrent en général partiellement les aires de responsabilité.

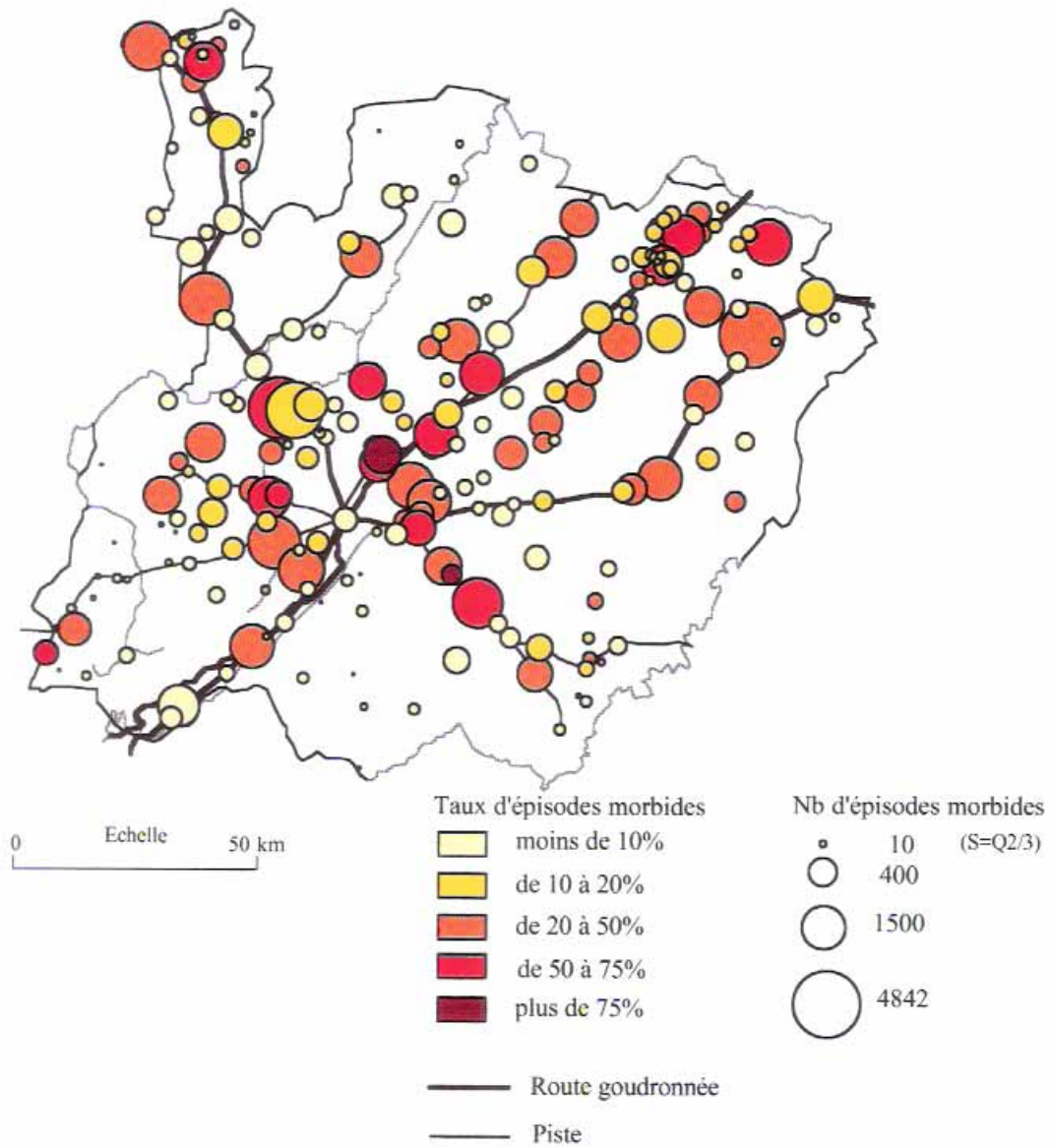
Les données générales de fréquentation masquent la domination de la population du village d'implantation et donc la faible utilisation des structures de soins modernes par les habitants de la province en général.

Les tracés des aires de responsabilité qui s'appuient sur les frontières départementales sont communs, de sorte que les secteurs ne se superposent jamais. Cependant, les statistiques dévoilent l'absence de respect des limites sanitaires et la variation du nombre de villages touchés selon le CSPS. Nous ne prendrons en compte que les villages qui recensent plus de dix épisodes morbides pour l'année d'étude. Nous avons établi qu'au-dessous de dix, le nombre de visites correspond davantage à des consultations "accidentelles", liées à une maladie apparue lors d'un déplacement. L'utilisation d'une structure de soins moderne peut se faire également à l'occasion d'une visite rendue à la famille résidant dans un village équipé d'un CSPS, le but principal du voyage n'étant pas la consultation. Nombreux sont les villages où une seule visite est mentionnée, ce qui suppose que la médecine moderne n'est qu'une étape occasionnelle qui résulte le plus souvent d'un concours de circonstances dans l'itinéraire thérapeutique du patient, ce n'est pas un mode de soins systématiquement envisagé par certaines populations.

Pour les villages proches d'une structure de soins, une fréquentation réduite à dix épisodes pathologiques peut témoigner du faible intérêt que la population accorde à la médecine moderne. Cumulés, les faibles épisodes morbides par villages représentent un nombre de patients très variable selon les établissements. Dans le cadre de ces consultations "occasionnelles" ou "de passage", une opposition se dessine entre les CSPS éloignés des voies de communication et ceux implantés le long des routes, dont le nombre de malades venus occasionnellement est plus élevé.

Figure 45

NOMBRE ET TAUX D'ÉPISODES MORBIDES PAR VILLAGE EN 1992 DANS LE HOUET



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

Parmi eux, il faut distinguer les CSPS implantés dans un espace à l'habitat dispersé, les patients viennent de hameaux de culture peu peuplés, d'où la diversité de l'origine des malades, que l'on observe dans le sud-est (Soumouso, Karangasso-Vigué). Plus généralement les consultations occasionnelles sont en partie dépendantes des transports de voyageurs, c'est pourquoi Houndé, Toussiana, Bama, Fo et Faramana sont les plus touchés par ce phénomène, ce sont en effet des arrêts imposés par les barrages de police, ou décidés par la compagnie de transport. Enfin à Nasso et Koumi, situés sur des pistes en terre, les consultations occasionnelles concernent également des personnes ne résidant pas dans le Houet pour la majorité d'entre elles, il s'agit de deux pistes reliant les localités du Kéné Dougou.

Le pourcentage de consultants par village est très variable dans la province du Houet. Globalement la répartition paraît confuse cependant, la figure 45 met en évidence plusieurs phénomènes.

Du point de vue de l'habitat, une opposition se révèle entre un sud et un sud-ouest aux faibles taux d'épisodes morbides et un nord-est dans la situation inverse. Dans le sud-ouest, les CSPS se font plus rares et les distances sont plus longues pour les atteindre, les populations se contentent donc d'utiliser l'établissement le plus proche. Autour de Bobo-Dioulasso la situation est différente les formations sanitaires sont plus denses et du fait de leur proximité relative avec la ville, certaines offrent des compléments de services que d'autres ne peuvent fournir, comme les médicaments ; aussi les CSPS les mieux équipés arrivent à détourner les populations des villages d'implantation des autres CSPS, comme Nasso où l'on recense dans les registres de consultations des habitants de Bama, Dandé, Karangasso-Sembla, Koumi, Matourkou, Soungalodaga dans des proportions, certes parfois réduites, mais assez nombreuses pour que l'on puisse noter la particularité de Nasso.

Les faibles taux d'épisodes morbides au nord ne sont pas liés au type d'habitat autochtone beaucoup plus groupé que dans le sud, ils révèlent le biais imposé par des données démographiques anciennes dans un espace en mutation. En effet, dans le recensement de 1985, base d'application de la PSN, l'immigration apparaissait comme un phénomène majeur, exacerbé dans les années qui suivent ce dénombrement. Or, la localisation de l'habitat intercalaire des migrants a été complètement ignorée ; ainsi en 1992, la "pauvreté" de l'offre de soins dans le nord du Houet justifie un faible recours aux structures de soins modernes par les populations. L'éloignement définit l'importance du recours.

La faible fréquentation s'observe même dans les dispensaires qui présentent à priori les meilleurs atouts pour attirer les populations. Ainsi Vallée du Kou, proche de Bama situé sur une route goudronnée, confirme une situation préexistante en 1989 qui indique qu'une bonne accessibilité n'implique pas toujours une forte fréquentation. En effet seulement 25,4 visites pour

100 habitants étaient recensées en 1989 et 25,3 en 1992. En 1971, ce village a bénéficié d'un aménagement hydro-agricole qui regroupe une population importante sur le site, l'habitat est ici concentré. Doit-on chercher les raisons de ce faible recours aux structures de soins modernes "au niveau des distances socioculturelles entre paysans autochtones et la coopérative rizicole instigatrice de la création du CSPS", comme le suggère S. Chateil ?⁷ Si tel est le cas rien n'explique leur absence ou presque des registres de consultations du CSPS de Bama distant d'environ 2 km. L'ethnie de l'infirmier peut-elle être une explication, cela est peu probable car le responsable de la formation sanitaire jusqu'en 1989 était bobo, il a été remplacé l'année suivante par un Gurunsi. A Vallée du Kou l'infirmier mossi en poste jusqu'en 1990 a été relayé jusqu'en 1992 par un Sembla, ce qui n'a pas eu d'influence directe sur la fréquentation. Au-delà de la personnalité de l'infirmier, il faut chercher des raisons dans ce que représente la structure elle-même pour les populations.

c - Impact de la création de nouveaux CSPS ou de leur réouverture

La diffusion des structures de soins a été évoquée, elle se développe au début des années 1980 et touche davantage les dispensaires qui constituent la base de la nouvelle hiérarchie sanitaire. Pour aboutir aux résultats escomptés, c'est-à-dire à un rapprochement entre population et structures de soins, la politique de soins de santé primaires est passée par la multiplication et la dispersion spatiale des établissements de soins de base.

Plusieurs CSPS ont vu le jour au début de la décennie : Dandé, Baré, Bouéré, Dohoun et Sara ont été ouverts en 1990 dans le Houet ; d'autres ont été réouverts comme Wakuy. On remarquera que la majorité de ces établissements est située dans le nord-est du Houet. Leur création a permis un rapprochement de la population de ce type d'équipement par leur redistribution spatiale. Mais le bilan général du Houet montre leur inutilité puisque la fréquentation des structures de soins modernes a diminué.

La phase de déconcentration sanitaire s'est réalisée en même temps que la déconcentration administrative remise en cause par certains auteurs. Dans la forme, on mobilise le peuple sans lui laisser de champ de décision, la participation communautaire reste un objectif idéal difficilement réalisable dans ces conditions. Cette opposition mobilisation/participation mise en avant par C. Savonnet-Guyot a des effets dans le domaine sanitaire⁸. Ainsi la mobilisation des populations lors de la création d'un CSPS, à laquelle doivent collaborer les futurs utilisateurs, ne se solde pas par une utilisation effective. Et l'on peut s'interroger alors sur l'utilité de la diffusion des structures

⁷ Chateil (S), 1994,

⁸ Savonnet-Guyot (C), op. Cité, p 197

de soins dans l'espace, elle répond aux besoins de proximité des services de santé ; mais ce modèle rencontre ses limites, en France il a abouti à la création d'hôpitaux ruraux "ce sont alors des bourgs ou des petites villes qui sont ainsi promus au rang de "pôle hospitalier" ... même s'ils ne comptent qu'un seul établissement doté de moins de 20 lits". A une autre échelle de la pyramide sanitaire, celle des CSPS, on peut se demander s'il n'existe pas un seuil de création au-delà duquel, malgré leurs nombres, les dispensaires ne sont pas utilisés au maximum de leurs capacités.

Le phénomène de diffusion des CSPS s'appuie sur les densités de population et la taille des villages, il aboutit à des situations très disparates dans la province du Houet. Ainsi de vastes espaces sans structures de soins, ou presque, peuvent côtoyer des espaces densément équipés, voire suréquipés.

Tableau 43 : Fréquentation des structures de soins du nord-est du Houet en 1992

| CSPS | Ouverture | Total | Total | Part | Taux e.m. | Nb | Nb |
|----------|-----------|-------|-------|-------|-----------|---------|---------|
| | | e.m. | e.m. | | | | |
| | | 1989 | 1992 | 1992 | 1992 | AA 1992 | AR 1992 |
| Béréba | 1954 | 3056 | 2597 | 42,3% | 92,2% | 20 | 15 |
| Sara | 1989 | | 899 | 94,5 | 34,7 | 3 | 3 |
| Wakuy | 1990 | | 1975 | 60,1 | 73,0 | 13 | 13 |
| Dohoun | 1990 | | 1122 | 97,9 | 46,9 | 2 | 1 |
| Kiéré | 1967 | 2275 | 1847 | 89,2 | 67,4 | 4 | 4 |
| Kary | 1963 | 3068 | 938 | 83,6 | 28,8 | 3 | 2 |
| Bouahoun | 1986 | 2093 | 1778 | 63,9 | 38,3 | 5 | 3 |
| Bekuy | 1984 | 2530 | 2522 | 46,7 | 34,2 | 10 | 2 |
| Bouéré | 1990 | | 864 | 97,0 | 23,9 | 1 | 3 |
| Boni | 1960 | 2261 | 1153 | 74,9 | 14,1 | 6 | 3 |
| Houndé | 1969 | 5238 | 5505 | 87,9 | 57,2 | 12 | 4 |
| Total | | 20521 | 21200 | | | | |

Source : enquêtes personnelles, Houndé est considéré du point de vue des consultations générales (AA : aire d'attraction pour les villages de plus de 10 e.m. par an, AR : aire de responsabilité, e.m.=épisodes morbides)

A Wakuy, le personnel en place s'était retiré en raison des conflits croissants avec les autochtones qui avaient entraîné la fermeture du dispensaire pendant cinq ans. Le nouveau major, dans l'armée auparavant, semble avoir de bons contacts avec la population qui accuse des taux de fréquentation élevés. Cette multiplication des structures de soins a eu des conséquences très variables sur les rapports entre les populations et la médecine moderne. Parmi ces quatre

formations sanitaires, seul Wakuy a eu un réel impact spatial. La réouverture du CSPS s'est faite au profit des habitants du village d'implantation comme partout ailleurs, toutefois, parmi les entités qui appartiennent à son secteur sanitaire, près des deux tiers ont été attirés par la médecine moderne alors qu'en 1989 ces populations utilisaient peu la formation de substitution, qui était celle de Béréba ; très peu de villages ont conservé un taux d'épisodes morbides faible comme à Koura et Wani. Par ailleurs, Béréba a toujours une attraction assez importante, même si elle est en baisse, si l'on tient compte des treize villages que compte désormais Wakuy dans son aire de responsabilité ; Béréba, à la même date, en comptait quinze.

L'ouverture des CSPS de Sara, Bouéré, Dohoun n'a pas eu les mêmes conséquences, ils ne profitent qu'à la population du village d'implantation. Certes, leur aire de responsabilité est réduite, mais c'est un atout pour l'infirmier qui a alors plus de temps à consacrer à ses patients potentiels.

On a voulu donner une légitimité à Bouéré en lui conférant une aire de responsabilité étendue à trois villages. Cependant, les populations n'ont pas modifié leur pratique de l'espace et ont continué de fréquenter le CSPS de Béréba en priorité et celui de Bouahoun en second ressort. Le taux d'épisodes morbides plus élevé du village de Dohoun comparé au village-CSPS de Bouéré, ne doit donc pas masquer la taille réduite de l'aire de responsabilité de ces deux structures, respectivement 2 342 et 3 986 habitants, selon le recensement national de 1985. Avec celle de Kouentou ce sont les plus petites de la province et elles offrent un contraste saisissant avec celles de Dandé ou Koumbia pour ne citer qu'elles, qui regroupent plus de 10 000 personnes chacune, moyenne de patients potentiels que doit supporter un CSPS. L'aire d'attraction révèle la médiocrité des activités à Dohoun et Bouéré. Si les populations de ces deux localités ont davantage recours aux établissements de soins modernes ; l'unique utilisation du CSPS par les populations du village d'accueil ne justifie pas son maintien.

On peut d'ailleurs s'interroger sur le rôle des responsables politiques dans la couverture sanitaire du pays ; nous en avons une illustration avec Bouéré qui ne respecte pas les normes. Selon la Directrice Provinciale de la Santé, les CSPS doivent être distants d'au moins 10 km alors que Bouéré, imposé par un homme politique, n'est éloigné que de 8 km de Bouahoun. La limite physique n'est pas stricte, d'autres cas dans la province du Houet existent comme les CSPS de Bama et Vallée du Kou proches de 1 km ; mais ils répondent à des critères démographiques plus importants. Dans le nord-est, l'attraction réduite des nouveaux CSPS infirme l'idée que la multiplication des établissements sanitaires augmente la fréquentation. Les taux d'épisodes sont faibles alors que l'infirmier n'a pour charge qu'un nombre limité de villages et l'objectif d'équité spatiale est bien loin d'être atteint, tout comme dans les espaces où la densité sanitaire est moins forte. Cette situation contribue à accentuer les besoins en personnel des autres CSPS puisque ces

établissements, qui ne disposent toutefois que d'un infirmier breveté, monopolisent un major pour des villages de moins de 3000 habitants.

Il faut se garder de conclusions hâtives car les chiffres peuvent être faussés par les erreurs des infirmiers lors des relevés. Ainsi, en 1992 au CSPS de Kiéré plusieurs dizaines d'enfants ont été inscrits sur les registres pour des soins relatifs à la rougeole, il ne s'agissait pas là d'une démarche volontaire des écoliers mais d'une action de l'infirmier, en accord avec le directeur de l'école, pour enrayer une épidémie potentielle. L'importance que l'on pourrait attribuer à la fréquentation "spontanée" des enfants est donc faussée par ces aspects qui ne sont toutefois pas fréquents.

La localisation préférentielle au sein d'espaces fortement peuplés conduit à une offre de soins différentielle et renforce les disparités spatiales.

II - LA DISTANCE PHYSIQUE : UNE NOTION RECURRENTE DANS L'ANALYSE DE LA FREQUENTATION

Les considérations de l'Etat sont de deux ordres : physique, la politique nationale considère la route comme le lieu le plus favorable à l'implantation et à l'utilisation d'une structure de soins ; humain, les villages les plus importants en nombre d'habitants sont susceptibles d'accueillir une formation sanitaire. Les deux constats servent d'appui au développement du réseau sanitaire développé à l'image des réseaux des pays occidentaux. Or, les modes de vie africains diffèrent dans la mesure où les moyens de déplacement sont limités, dans ces conditions la route n'a plus le même impact sur les déplacements locaux de courte distance.

L'état privilégie la notion d'accessibilité ou d'accès ; l'accès aux soins désigne "*la capacité matérielle d'accéder aux services de santé*"⁹. Cette capacité implique des moyens de déplacement pour les populations. R. Brunet¹⁰ définit le terme accessibilité comme "*la capacité à être atteint par une clientèle. Elle dépend de moyens de transport et représente un coût*". Selon ces auteurs l'accès est donc défini suivant l'utilisateur et le concept d'accessibilité par rapport au lieu fréquenté. J.L. Richard¹¹ a constaté la multiplicité des définitions relatives à ces termes lesquels privilégient les moyens donnés au malade, fonction du type de transport, de la qualité des routes.

⁹ Picheral (H), Cahiers GEOS, n°2, 1984

¹⁰ Brunet (R), 1992, "Les mots de la géographie", p 152

¹¹ Richard (J.L.), 1995, "Accès aux soins de santé en milieu tropical", Société Neuchâteloise de géographie, n°39

1 - La route, une accessibilité facilitée

Les structures de soins sont perçues par l'Etat comme un équipement public dont toute ville doit disposer. Le réseau de soins de base a anticipé le réseau urbain dans la mesure où il s'est développé et a servi d'appui à la localisation des chefs-lieux administratifs en 1983, désignés ensuite commune urbaine. L'antériorité des dispensaires sur les équipements accordés par l'Etat est à corréler à la politique d'Alma-Ata, comme nous l'avons développé précédemment. En tant qu'équipement public il doit être facilement accessible par les populations, donc proche des voies de communication qui assurent la desserte, au-delà des implications liées au statut public, l'accessibilité est une notion récurrente dans le domaine de l'offre de soins. A travers la diffusion des CSPPS l'objectif est donc d'assurer l'accessibilité aux services de santé à l'ensemble des populations.

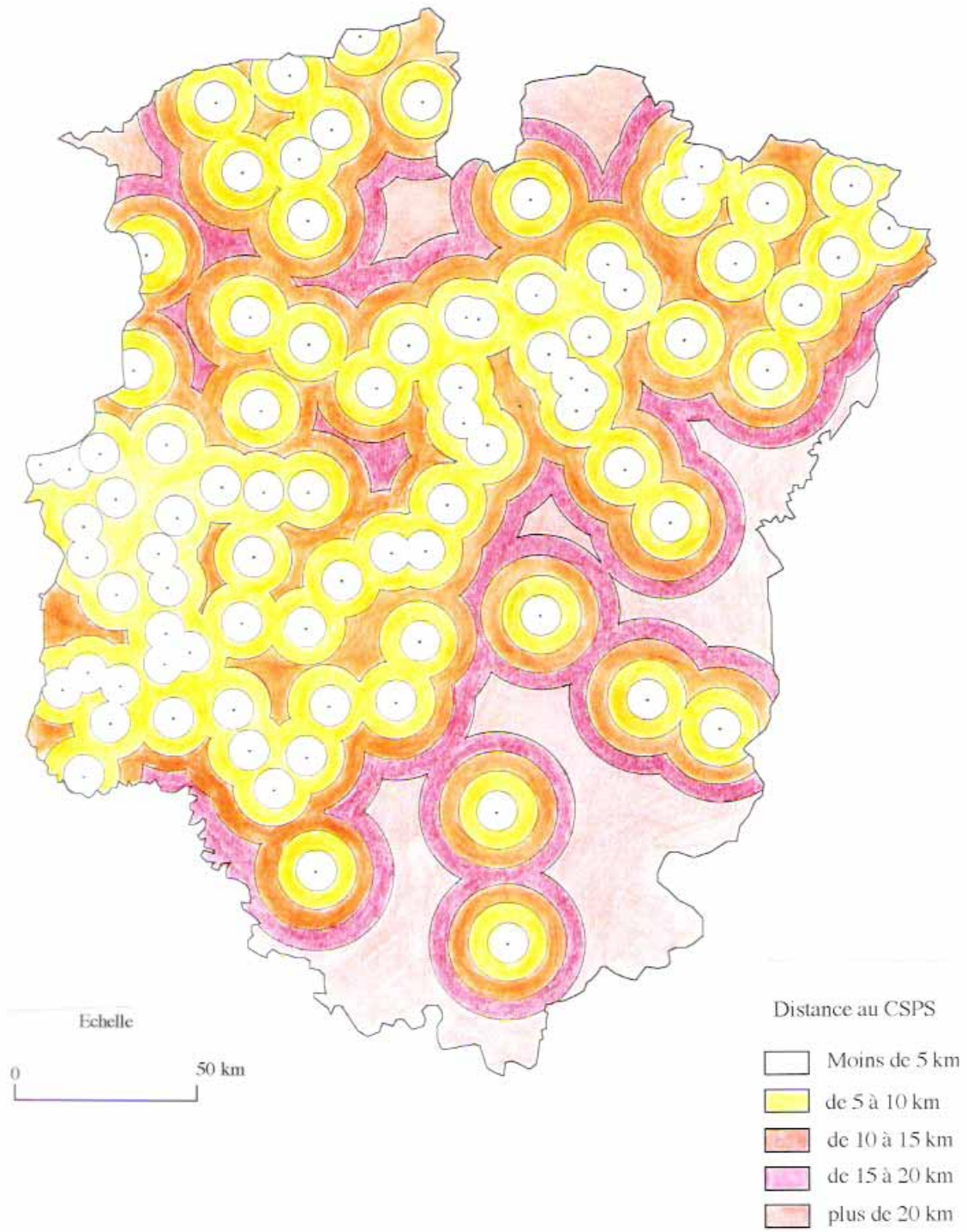
La corrélation entre axe de circulation et présence de structures de soins est certainement plus importante pour l'accès aux structures de soins de type secondaire ou tertiaire. Les routes goudronnées jouent un rôle moins important dans les déplacements vers les structures de base, elles ne forment pas d'axes de peuplement et les populations en sont plus ou moins éloignées. Les moyens de déplacement des plaignants se résument le plus souvent à la marche ou à la bicyclette ; les raccourcis sont donc empruntés et il n'est pas certain que la route soit un axe d'accès au CSPPS, excepté pour les villages implantés le long de la voie de circulation.

L'équité "supposée", du fait de la localisation des structures de soins le long des voies de communication, reste donc très aléatoire ; rappelons que selon H.Picheral l'équité territoriale "*transposée en termes géographiques, se traduit en théorie par la recherche d'une égale distribution spatiale des ressources sanitaires pour assurer ou garantir une égale accessibilité aux soins*"¹². Dans le cadre de la consultation dans un CSPPS, la notion d'accessibilité n'est pas évaluée par rapport au type de route mais en fonction de la distance à parcourir et dans certains cas de l'intérêt du village-CSPPS en tant que lieu d'échanges commerciaux. Lorsque la hiérarchie sanitaire est respectée, la qualité des voies de communication intervient sur la capacité du CSPPS à évacuer un patient dont la situation dépasse ses compétences, vers un centre de soins plus spécialisé. Les évacuations sanitaires participent indirectement à la fréquentation des CSPPS, puisqu'une évacuation réussie confère au dispensaire une image positive auprès des populations, même si S. Chateil a montré que les temps d'évacuation étaient souvent très longs, plusieurs facteurs interviennent : le moyen de déplacement (ambulances rares, transporteurs pas toujours présents),

¹² Picheral (H), 1992, "Les médecins aux Etats-Unis : équité et justice territoriale", p 283

Figure 46

DISTANCE "A VOL D'OISEAU" PAR RAPPORT AUX CSPS



la distance à parcourir, le type de voie (annexe 17). En dehors des routes goudronnées, de qualité relativement constante, l'acheminement dure souvent plus de deux heures. On peut également voir que la distance joue différemment en fonction de l'état physique du patient. Au premier stade de la maladie, il fréquente des structures de proximité, au dernier stade il utilise des structures spécialisées et la notion de distance n'est plus perçue comme un nombre de kilomètres à parcourir mais comme le temps qui sépare le malade de son lieu de soins. L'évacuation vers un établissement de niveau supérieur suppose la présence à proximité de transporteurs privés, ce qui n'est pas toujours évident, ou public (ambulance) ce qui est encore plus rare. La route intervient avant tout sur l'utilisation des niveaux supérieurs de la hiérarchie sanitaire mais plus rarement dans la fréquentation des structures de base, hors des situations extrêmes.

2 - La distance physique, obstacle à l'accessibilité le plus cité

a - Les distances euclidienne

Avec la notion d'accessibilité, la Politique Sanitaire Nationale a développé la notion de proximité, elle est à l'origine de la multiplication des CSPPS sur le territoire. Des inégalités sont alors apparues car la notion de distance a été associée à la taille et à la densité de l'habitat. La figure 46 propose une représentation de la distance métrique moyenne à parcourir pour accéder aux structures de soins ; la "région" a servi de cadre pour le tracé des isolignes de distances. Il s'agit de distances "à vol d'oiseau" qui n'intègrent aucun élément physique dans leur calcul ; elles indiquent uniquement le trajet en ligne droite, entre chaque village recensé en 1985 et les formations sanitaires existantes en 1989 (CSPPS et Centres Médicaux font partie de l'analyse). Elles offrent peu d'intérêt puisqu'elles considèrent le territoire comme une surface plane et ne tiennent compte en aucun cas de la qualité des voies de communication et du temps de parcours qui en découle ; ni des distances et du relief influant sur la fréquence des déplacements vers le CSPPS. Il aurait été plus intéressant de connaître le temps réel de déplacement des habitants pour accéder au CSPPS. Ce travail aurait demandé une recherche à grande échelle pour obtenir des informations précises et sans biais ; mais faute de temps nous n'avons pas pu effectuer d'enquête sur ce thème. En outre, la DPS utilise cette même représentation pour localiser ses dispensaires et définir leur aire de responsabilité, comme en témoigne la situation du CSPPS de Péni.

La distance métrique est à double titre un facteur de disparité dans l'accès aux soins : pour le malade dont l'état physique ne permet pas de parcourir un grand nombre de kilomètres, pour l'infirmier qui doit se déplacer dans le cadre des campagnes de vaccination. Ainsi, il n'est pas rare que pour des raisons d'emploi du temps ce dernier ne se rende pas dans les villages les plus éloignés de son aire de responsabilité.

Une relative proximité des populations apparaît, par rapport aux structures de soins, puisque 73% des villages regroupant 50% de la population sont situés à une distance inférieure à 15 km d'un CSPS, ce qui satisfait aux normes définies par l'OMS, adoptées par le Burkina Faso lors de la réforme instaurée par la révolution de T. Sankara. L'opposition régionale nord-ouest sud-est est assez évidente. Sur le plateau, à l'ouest et au sud-ouest, les distances maximales à parcourir sont d'environ 15 km, par contre dans la plaine, il faut marcher au moins pendant 20 km pour espérer consulter.

Tableau 44 : Distances des habitants du Houet par rapport au CSPA en 1989 et 1992

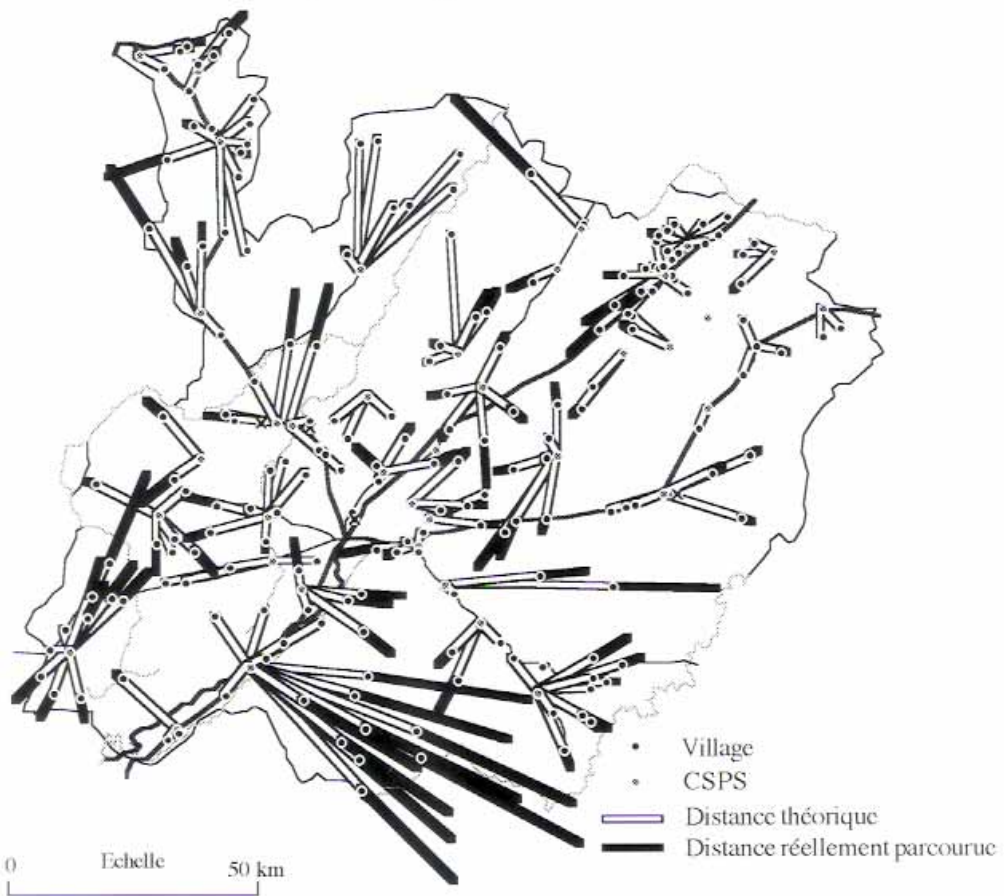
| Distance village/CSPA | Nb villages | pop concernée année 1989 | % pop | Nb villages | pop concernée année 1992 | % pop | croissance 1975/85 |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|-------------|--------------------------|-------|--------------------|
| villages avec structures | 33 | 111487 | 31,6 | 39 | 130687 | 37 | 5 |
| moins de 5 km | 41 | 35075 | 9,9 | 46 | 37156 | 10,5 | 2,9 |
| de 5 à 10 km | 81 | 85751 | 24,3 | 84 | 87721 | 24,8 | 5,8 |
| de 10 à 15 km | 49 | 57693 | 16,3 | 40 | 50759 | 14,4 | 6,9 |
| de 15 à 20 km | 10 | 24930 | 7,1 | 11 | 30794 | 8,7 | 11,9 |
| de 20 à 25 km | 10 | 17527 | 4,9 | 6 | 8623 | 2,5 | 20,3 |
| de 25 à 30 km | 8 | 19777 | 5,6 | 6 | 6500 | 1,8 | 8,5 |
| plus de 30 km | 1 | 814 | 0,2 | 1 | 814 | 0,2 | |
| total | 233 | 353054 | 100 | 233 | 353054 | 100 | |

La multiplication des CSPA entre 1989 et 1992 a permis de rapprocher les populations des lieux de soins de santé moderne ; les villages éloignés de plus de 20 km ne représentent plus que 4,5% en 1992 de la population alors qu'ils concernaient 12,5% des habitants du Houet en 1989. Toutefois, ces pourcentages ne tiennent pas compte de la croissance démographique. Avec 20,3% de croissance annuelle pour les villages éloignés de 20 à 25 km et 8,5% pour ceux distants de 25 à 30 km, il apparaît que les zones faisant l'objet d'une forte immigration sont peu ou mal équipées, comme au nord, de part et d'autre de la vallée du Mouhoun. Le dynamisme démographique de la province du Houet fait que malgré la multiplication des structures de soins modernes, la population dépendante d'un CSPA est à peu près identique entre 1989 et 1992, respectivement 11 033 personnes et 11 912 ; si l'on tient compte du taux de croissance de 4% par an pour l'ensemble de la province.

Le nombre d'habitants ne diminue pas progressivement du lieu de soins vers la périphérie. En effet l'auréole 5-10 km fait état d'une population plus importante que la précédente (tableau 44), elle regroupe près du quart de la population du Houet. Les villages concernés n'ont pas de

Figure 47

DISTANCES ENTRE VILLAGES ET STRUCTURES DE SOINS
(déclarées par les infirmiers)



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

caractéristiques particulières, hormis celle de se situer en majorité au nord d'une ligne traversant Bobo-Dioulasso, il s'agit d'un espace beaucoup plus touché que le reste de la province par les mouvements migratoires mossi. L'augmentation de la population dans la deuxième et non pas dans la première auréole entourant le CSPS est également liée à l'espace agricole disponible. Comme nous l'avons déjà indiqué en deuxième partie, les villages de grande taille ont la préférence pour accueillir une structure de soins, la densité d'occupation sur les terroirs est donc plus importante que pour les petits villages. Ces derniers sont situés dans la première auréole autour des villages-CSPS ; les habitants prêtent parfois leurs terres aux populations des villages voisins, lorsque des relations sociales existent, mais le plus souvent, l'étendue réduite de leur terroir ne leur permet pas d'accorder des parcelles aux immigrants. Dans la troisième auréole, au-delà de 10 km, l'importance de la population diminue à nouveau, le phénomène se justifie par la répartition des habitants. Les structures de soins ont été principalement créées au sein des aires les plus densément peuplées, les fortes densités se présentant sous forme d'aires discontinues dans le sud-ouest du Burkina Faso, séparées les unes des autres par des aires de faibles densités. Dans le Houet, les faibles densités concernent essentiellement les marges provinciales, mais un changement d'échelle permet de remettre en cause certains "vides sanitaires". Si l'on tient compte des CSPS situés en limite administrative avec le Houet, les disparités d'équipement sont effectives dans le sud-ouest.

La distance à parcourir pour atteindre un dispensaire est inversement proportionnelle à l'importance de la population qui réside aux alentours. Cette corrélation se vérifie également avec le type d'habitat qui oppose deux grands ensembles : la plaine où les unités résidentielles sont dispersées et le plateau où l'habitat est groupé. La superposition des deux représentations cartographiques est assez représentative des options adoptées par la politique sanitaire qui implique une relative concentration d'individus autour du lieu d'implantation. Les régions de Kieré, au nord-est, et de Margabasso-Gnafongo-Dissine, au sud-est, en sont une illustration.

b - La distance pas toujours un obstacle pour les populations

La figure 47 reflète de façon plus concrète les distances à parcourir et les difficultés pour accéder à certains lieux. Elle ne correspond pas tout à fait à la situation vécue par la population, puisqu'il s'agit des distances que doivent parcourir les infirmiers depuis leur centre pour atteindre les villages dans lesquels ils doivent vacciner les femmes et les enfants chaque mois. Les données quantitatives fournies par les majors sur l'éloignement des villages peuvent être considérées sans marge d'erreur, très faible, car elles conditionnent la fourniture de carburant par la DPS, une fourniture proportionnelle aux kilomètres à parcourir en motocyclette. Deux distances sont représentées : la distance théorique, c'est-à-dire la distance euclidienne entre le village et le lieu de soins auquel il est officiellement rattaché ; la distance réellement parcourue par l'infirmier pour rejoindre les localités où il doit vacciner. Même si le major du CSPS n'effectue pas le trajet avec

des moyens de déplacement identiques à ceux des malades, ce qui peut influencer sur le type de voie emprunté et la distance parcourue, la carte met en évidence les espaces où les déplacements sont rendus difficiles par le relief.

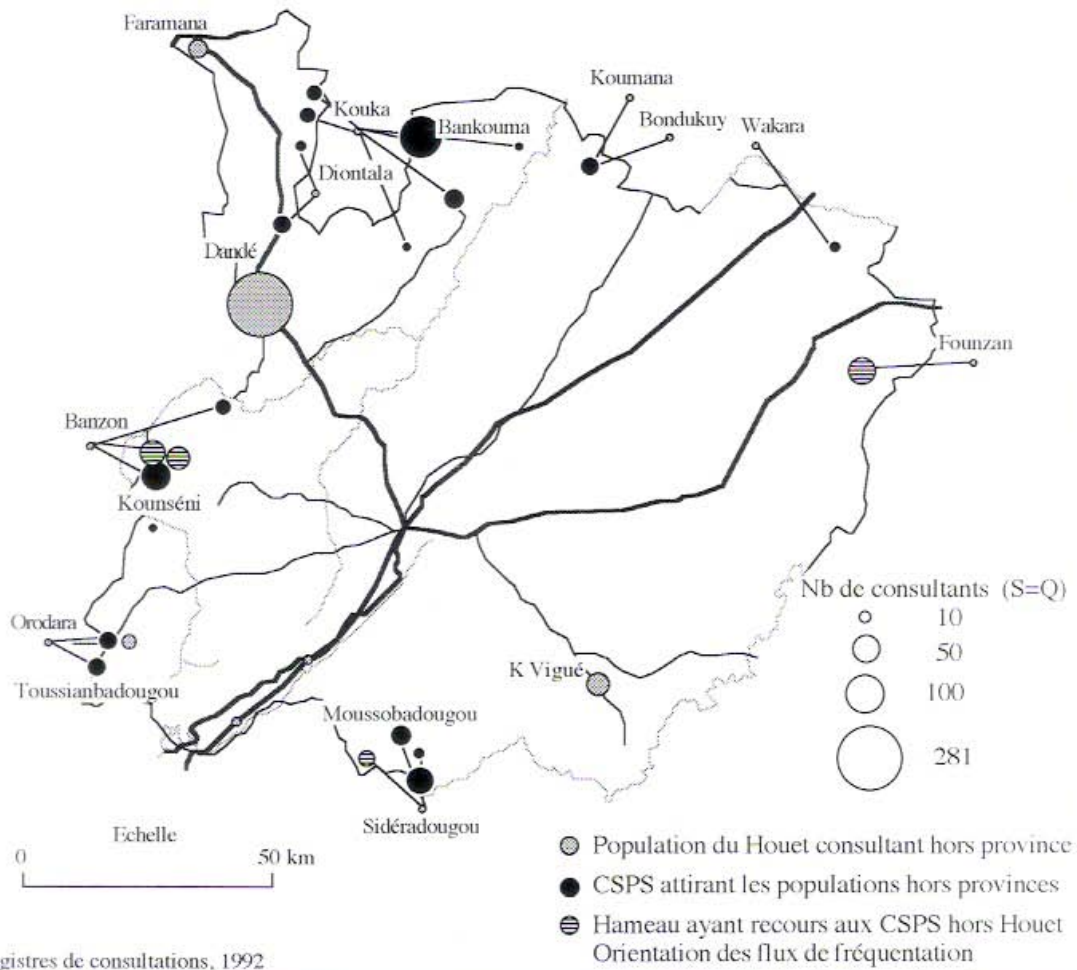
Le relief constitue un obstacle important aux déplacements des infirmiers comme des malades. Ce sont les dispensaires sur les marges sud, ouest et nord qui le subissent : au sud près de la falaise (CSPS de Péni), à l'ouest en raison du réseau hydrographique encaissé (CSPS de Kourignon, Karangasso-Sembla, Soungalodaga), au nord par la présence de collines (CSPS de Fo). Pour certains, ce n'est pas tant leur localisation que leur aire de responsabilité qui a été mal définie comme pour les formations de Fo et Péni. La localisation des CSPS, fonction de la répartition spatiale des populations, n'offre pas les conditions optimales d'accès à tous les habitants puisque certains sites sont plus difficiles d'accès.

Ainsi au sud et à l'est de Fo, la présence de nombreux escarpements rend les déplacements à bicyclette difficiles. A 2 km au sud du village une côte assez abrupte oblige à poser pied à terre. Le village de Koundougou, le plus en marge de l'aire de responsabilité du CSPS de Fo, cumule donc un double handicap : d'abord l'éloignement, il est distant du CSPS de 18 km ; puis les collines qu'il faut franchir pour atteindre la formation sanitaire. Les temps de parcours sont longs et cela malgré la présence d'une route goudronnée. En outre, d'un point de vue économique et échanges locaux, les déplacements s'effectuent davantage vers le sud, vers Bobo-Dioulasso. Péni, au sud de la province, présente le même type d'inconvénient, à cette différence près que l'escarpement, en l'occurrence la falaise de Banfora, n'est franchissable qu'à pied. Pour accéder aux villages dans la pénélaine granitique, les voitures doivent emprunter la voie goudronnée menant jusqu'à Banfora, puis la piste de Sidéradougou. Les personnes qui se déplacent à vélo peuvent descendre le long de la paroi rocheuse où l'érosion du grès a fait apparaître des "marches". Pour les mobylettes l'ascension de la falaise comme la descente sont pénibles. Un Mossi, nommé Ghana, résidant à Péni offre, ainsi, ses services pour transporter la mobylette du pied de l'escarpement jusqu'à son sommet, soit 150 m de dénivelée, moyennant une somme de 500 F. CFA, dont la moitié est utilisée à l'achat de médicaments destinés à lui fournir la force nécessaire pour assurer le parcours.

La falaise est donc un obstacle réel à la fréquentation du dispensaire de Péni et il n'est pas rare que les malades se rendent directement à Bobo-Dioulasso par une voie beaucoup moins escarpée, quoique difficile à emprunter parce que très caillouteuse. Celle-ci passe par Dingasso (au sud de Bobo-Dioulasso) ou encore par le village de Koro, elle est un peu plus longue, mais de meilleure qualité. L'enclavement et les difficultés de circulation sont les caractéristiques majeures de cette région.

Figure 48

**RELATIONS DES DISPENSAIRES ET DES POPULATIONS
AVEC LES PROVINCES LIMITOPHES**



La distance comme facteur limitant la fréquentation est très variable. Dans la plupart des cas la distance est un obstacle aux déplacements, et explique l'attraction interprovinciale des CSPS. La proximité influe sur le choix du lieu de soins, à fortiori si le relief est escarpé.

A travers la carte des relations avec les villages et CSPS hors province du Houet, il apparaît que les marges nord-ouest, ouest et sud-ouest sont particulièrement marquées par des fréquentations hors province (figure 48). La région de notre étude apparaît donc comme le reflet d'un espace construit par l'Etat en fonction de données supposées cohérentes, mais ses frontières s'estompent pourtant dès que l'on se penche sur l'espace vécu par les populations : le sociétal apparaît ici comme l'élément déterminant de l'organisation spatiale.

A l'inverse quelle influence les formations sanitaires du Houet exercent-elles sur les habitants du Kéné Dougou, de la Comoé, du Mouhoun... ? Si l'on excepte les consultations exceptionnelles qui sont très nombreuses pour l'ensemble de la province et plus particulièrement dans les CSPS situés le long des voies de communication, ce peut être pour les maladies déclarées lors de voyages, à l'occasion d'un arrêt comme à Dandé, Toussiana, qui sont des haltes pour les transporteurs et pour les barrages de police qui s'établissent souvent à l'entrée de ces deux villages. Mais le total des visites n'atteint pas la vingtaine pour chaque structure, comme pour le Centre Médical de Houndé. Quelques villages ont choisi les CSPS du Houet comme lieu de soins : Faramana, recruté dans le Kéné Dougou et Siankoro est utilisé par les habitants de la Kossi. La création de Dandé semble avoir également été accueillie favorablement par plusieurs villages du Kéné Dougou, il s'agit là de relations favorisées par la proximité. De même, Didié, Kopoï, Voho, villages du Mouhoun fréquentent régulièrement le CSPA de Boni, ce qui leur évite de traverser la forêt classée de Pâ pour consulter la formation dont ils dépendent officiellement. Par contre l'attraction interprovinciale exercée par le CSPA de Karangasso-Vigué semble résulter davantage des relations sociales et économiques entretenues avec le village de Dérégoué (Comoé) dont les habitants se déplacent à l'occasion du marché.

Mais les critères de compétence, de qualité d'accueil, d'équipement peuvent l'emporter sur la proximité comme à Nasso où un grand nombre d'individus parcourt près de 25 km pour consulter.

La distance physique a donc des conséquences variables, elle résulte en général d'une faible utilisation des équipements de soins ou du non respect de la carte sanitaire, cependant elle peut être complètement ignorée lorsque la structure offre plus d'avantages que les autres établissements du même rang.

c - Un faible recours aux structures de soins

L'observation des moyennes de fréquentation montre une diminution du nombre d'épisodes morbides à mesure que l'on s'éloigne du centre de soins. La légère remontée entre la première et la deuxième auréole de distance est liée à la taille des villages. La baisse n'est pas constante et deux seuils se dessinent, le premier au niveau des villages-CSPS qui accusent les plus grands nombres d'épisodes morbides, le second au-delà de 10 km où les consultants se font rares ; mais l'espace n'est pas isotrope et les moyennes masquent des variations riches d'enseignements.

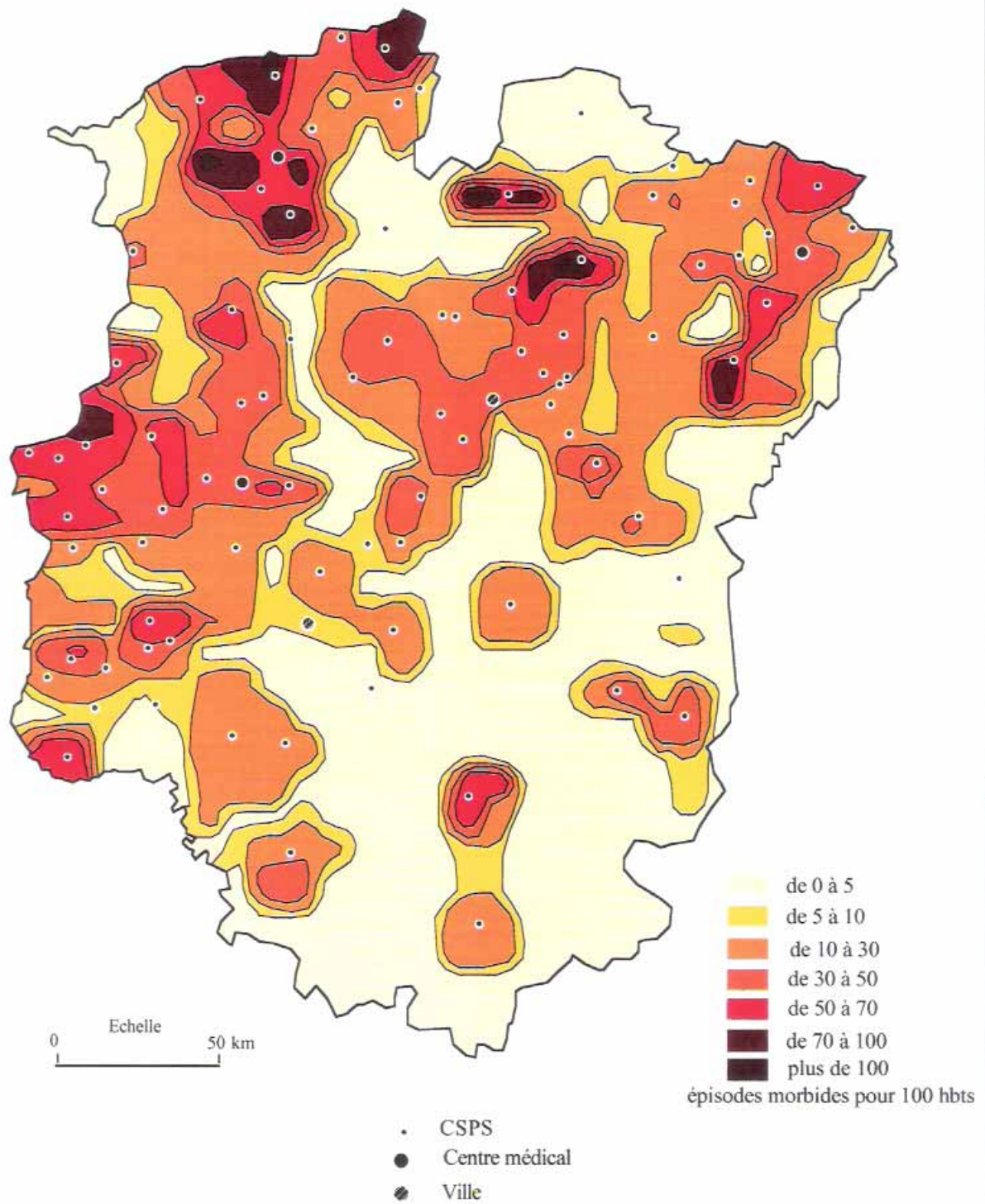
Tableau 45 : Nombre d'épisodes morbides en fonction de la distance des villages par rapport au CSPS dans la province du Houet uniquement

| Distances | 1989 | | | 1992 | | |
|---------------|-------------|--------------|------|-------------|--------------|------|
| | Nb villages | ép. morbides | % | Nb villages | ép. morbides | % |
| Villages-CSPS | 34 | 66362 | 76,3 | 39 | 55655 | 69,2 |
| moins de 5 km | 44 | 6629 | 7,6 | 46 | 8405 | 10,4 |
| 5 à 10 km | 82 | 8930 | 10,3 | 84 | 10331 | 12,8 |
| 10 à 15 km | 46 | 3592 | 4,1 | 41 | 3864 | 4,8 |
| 15 à 20 km | 9 | 1194 | 1,4 | 11 | 1991 | 2,5 |
| 20 à 25 km | 10 | 183 | 0,2 | 6 | 122 | 0,2 |
| plus de 25 km | 9 | 78 | 0,1 | 7 | 62 | 0,1 |
| Total | | 86 968 | 100 | | 80 430 | 100 |

Les types de structures sont identiques, on pourrait donc penser que les aires d'attraction le sont également, or il n'en est rien, les CSPS ont des aires d'attraction variables. Si la distance physique joue effectivement un rôle sur la fréquentation moyenne, une longue distance ne constitue pas un obstacle absolu. Par contre, la localisation géographique détermine partiellement l'attractivité exercée par la structure dans le cas où il existe un relief. Ainsi l'origine des patients sera moins éloignée pour les CSPS situés dans une région escarpée ou enclavée. Fo, Kourignon, Péni, Karangasso Sambla sont dans cette situation et comptent les taux de fréquentation les plus faibles de la province en 1992. Les populations dépendant, en théorie, de ces établissements fréquentent souvent les CSPS des provinces limitrophes comme en fait état la figure 48. La présence d'un relief influe donc sur l'importance de la fréquentation mais surtout sur le choix de la structure de soins.

Figure 48b

DISTRIBUTION DES TAUX D'EPISODES MORBIDES EN 1989
DANS LE HCK



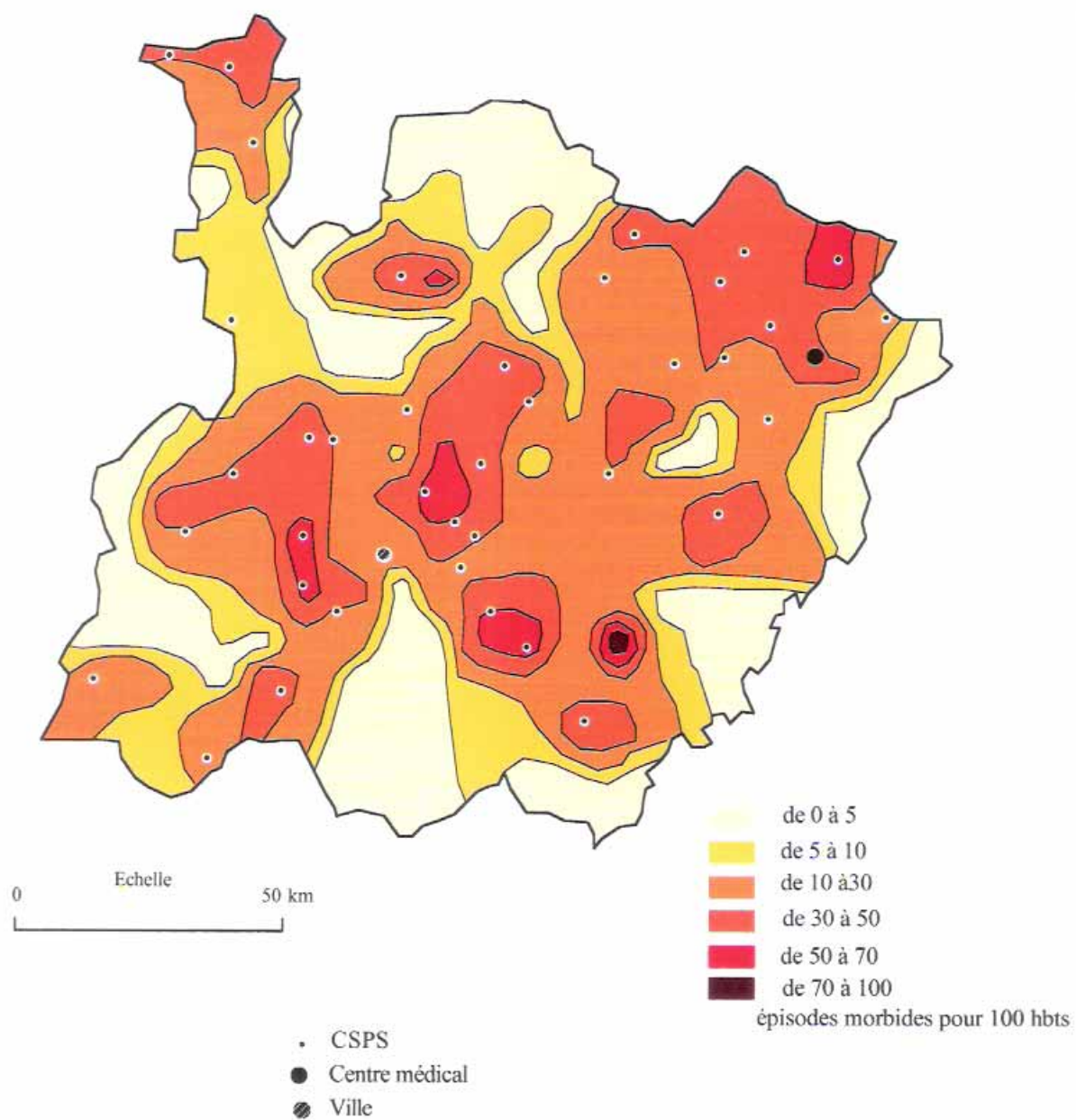
L'orientation des flux de consultations ne correspond pas systématiquement à celle définie par la politique sanitaire nationale. Le CSPS ne joue le rôle de structure de référence que pour une partie de la population la moins enclavée. Le relief influe doublement dans la mesure où tout déplacement devient une réelle contrainte pour l'infirmier également. Les conséquences sont assez importantes pour le programme maternel et infantile, priorité de la politique sanitaire, la vaccination n'est pas pratiquée dans les villages les plus isolés. En effet, si les limites territoriales ne constituent en rien un obstacle à la fréquentation des populations, l'infirmier représentant du cadre institutionnel, les respecte strictement. La situation des villages dépendant du CSPS de Péni est assez significative, pour l'infirmier dont le centre est établi au sommet de la falaise à proximité du talus, la campagne de vaccination se transforme en véritable "parcours du combattant". La moitié des villages dont il a la charge se situe dans la plaine, au pied de la falaise ; leur visite contraint l'infirmier à contourner la falaise par Banfora. Ceci augmente les distances et place les villages, à une moyenne de 50 à 60 km de Péni, contre 20 et 30 km à vol d'oiseau. Le type d'habitat contribue à accentuer la "contrainte" ressentie par l'infirmier. L'habitat est très dispersé, il est composé pour l'essentiel de hameaux de culture distants les uns des autres, aussi l'information passe difficilement et les femmes ne sont pas toujours présentes au lieu de rendez-vous. L'infirmier de Péni a donc demandé l'autorisation aux autorités supérieures de remettre une partie de ses villages au CSPS de Sidéradougo, dépendant d'une autre province, mais physiquement plus proche. Après acceptation, l'infirmier de Sidéradougo a été rapidement découragé par le manque d'implication des populations souvent absentes lors de son passage, il a refusé de poursuivre sa tâche sur cette partie du territoire.

La distance, associée aux difficultés de déplacement, est à l'origine des rares recours de certains villages. Trois grands ensembles se dessinent au nord et au sud, les reliefs sont effectivement un obstacle aux déplacements. Au sud-ouest l'encaissement des cours d'eau accentue les difficultés de circulation, mais certains individus se sont tournés vers des structures plus accessibles appartenant à la province du Kénédogou. Au nord comme au sud l'habitat dispersé et l'éloignement des CSPS incitent les habitants à se tourner vers les établissements physiquement proches ; Sidéradougo (dans la Comoé) offre des conditions d'accès plus faciles pour les villages de la pénéplaine dépendant du dispensaire de Péni, situé sur le plateau. Les limites des secteurs sanitaires sont donc très souples en ce qui concerne les consultations curatives, mais un handicap subsiste au niveau de l'action préventive qui n'est pas pratiquée au sein des localités très reculées.

Les villages à l'ouest de la province se trouvent dans un contexte physique difficile, le réseau hydrographique très développé complique les déplacements. Nous avons eu l'occasion de nous rendre à Fon depuis Karangasso-Sembla, il s'agit d'un village isolé dont la piste d'accès, mal tracée, traverse de nombreux cours d'eau, qui en saison des pluies interdisent tout passage. Les pistes du Kénédogou ne sont pas de meilleure qualité mais la proximité du Centre Médical

Figure 48c

DISTRIBUTION DES TAUX D'ÉPISODES MORBIDES EN 1992 DANS LE HOUET



d'Orodara, qui dispose d'une pharmacie, est un élément favorisant la consultation dans une structure de soins moderne. Ces déplacements sont, malgré tout, limités et orientés vers la province du Kéné Dougou ; Fon fournit seulement 10 épisodes morbides au Centre Médical d'Orodara, 1 au CSPS de Djigouéra et 4 à celui de Banzon. Ce dernier constitue également une alternative pour d'autres villages, appartenant à l'aire de santé de Karangasso-Sembla, qui étaient très nombreux à consulter en 1992. Enfin les formations sanitaires de la Kossi s'ouvrent également aux habitants du Houet.

Force est de constater que le CSPS de Fo, malgré sa position sur un axe goudronné, est difficilement accessible. Afin d'éviter le contournement des reliefs gréseux à l'ouest de Fo, les habitants de Kiébani, Bouboura, ont sollicité des soins auprès des CSPS de Kouka et Diontala. Ce phénomène est plus rare entre le Houet et la Bougouriba, compte tenu des faibles densités humaines qui caractérisent les espaces orientaux ; toutefois le hameau de Man a fortement sollicité le CSPS de Founzan en 1992. La grande majorité des habitants concernés ignore ce mode de soins, que ce soit dans la Kossi, le Kéné Dougou ou la Comoé, aucun habitant de certains villages désignés par la carte n'était recensé. Enfin quelques villages au centre du Houet sont absents des registres de consultation. Nous ne pouvons avancer comme hypothèse que les aléas de l'enregistrement. Certaines localités sont en effet désignées sous un autre nom que le nom officiel ou orthographiées différemment, d'où l'impossibilité de les identifier.

La volonté d'associer routes et structures de soins est un choix spécifique à l'Etat, il doit en théorie, entraîner une fréquentation plus élevée pour les établissements près des routes. Ce phénomène ne se confirme pas dans la province du Houet. La figure 46 fait état de variations importantes dans les CSPS situés le long des routes goudronnées ou des pistes de terre principales, fonction du niveau d'équipement (Houndé, Nasso) où des densités de population (Dandé, Bama, Vallée du Kou).

En 1992, la fréquentation, observée uniquement à l'échelle du Houet, a peu changé. Le traitement statistique permet de déterminer l'indépendance entre la présence d'un CSPS le long d'une route et la fréquentation.

Tableau 46 : Indépendance entre situation observée en 1992 et situation théorique

| | Faible fréquentation < 1500 em | Fréquentation moyenne 1500-2500 em | Forte fréquentation > 2500 em | |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|------|
| CSPS situés sur ou près d'une route goudronnée ou d'une piste principale | 0,01 (0,4%) | -0,31 (13,1%) | 0,57 (24,1%) | 0,88 |
| CSPS éloignés d'au moins 5 km d'une route principale | -0,004 (0,08%) | 0,55 (23,3%) | -0,92 (38,9%) | 1,47 |

(Les chiffres entre parenthèse correspondent à la contribution relative)

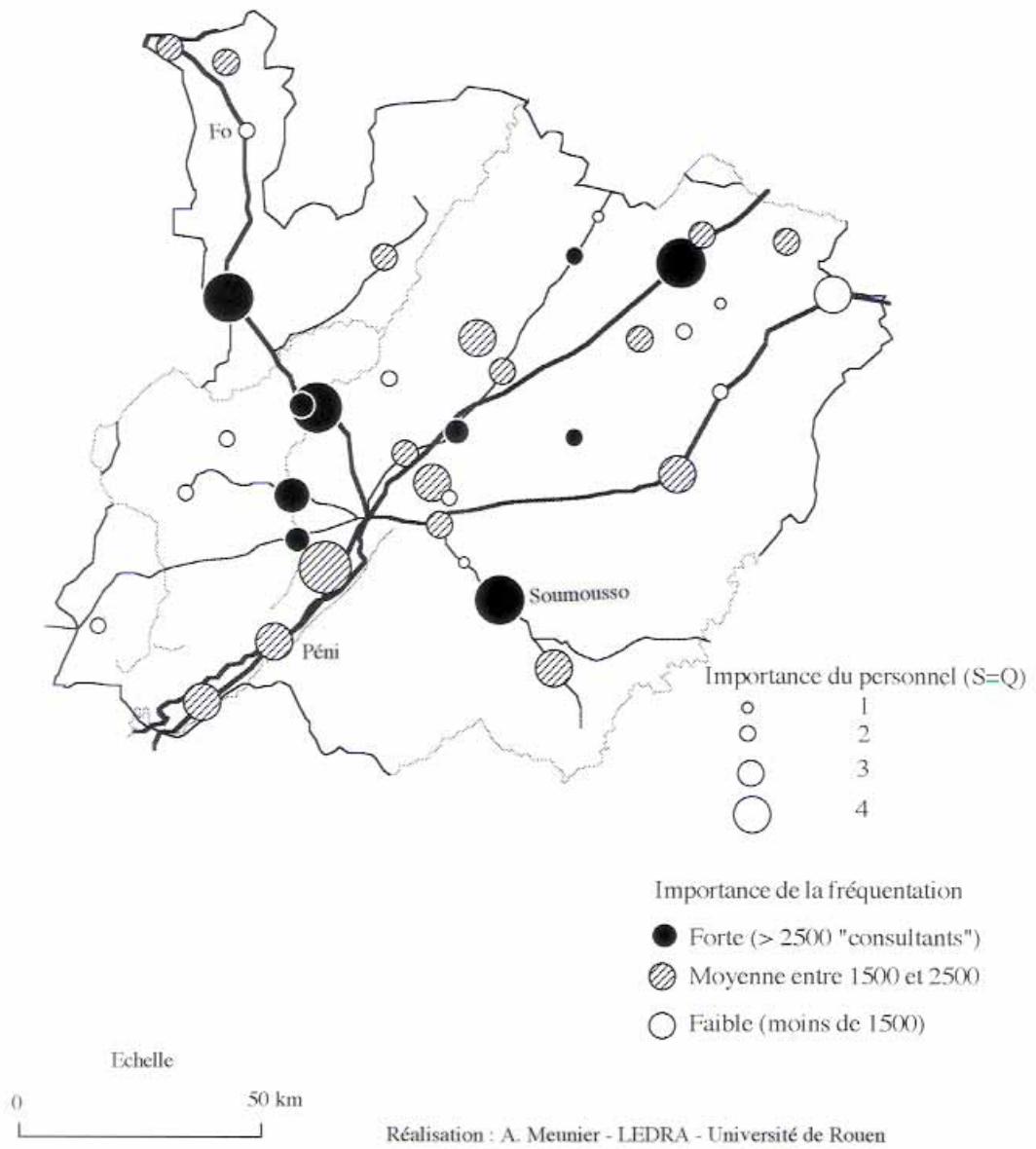
L'analyse de l'indépendance des situations observées tend à conclure qu'il existe une "hiérarchie" de la fréquentation en fonction de la distance de la structure de soins par rapport à la route, mais elle ne peut en aucun cas justifier la faible utilisation des CSPS. Ce tableau exprime le rapport entre une situation vécue et ce qu'une situation théorique exprime. En 1992, 25 des 39 CSPS du Houet étaient situés à proximité d'une route. Trois situations sont observées. Les écarts sont nuls, ils correspondent à une situation où il y a indépendance entre les individus, ce qui signifie que la faible fréquentation ne peut donc s'expliquer par l'éloignement du CSPS d'un axe de circulation principal. La relation est négative, c'est une association répulsive ce qui indique que les CSPS éloignés de plus de 5 km d'une route ont tendance à attirer moins d'individus que ceux situés le long de cette route, pour lesquels la relation entre situation observée et théorique est positive.

Cependant il ne faut pas conclure à une corrélation étroite entre fréquentation et voies de communication car d'autres variables interviennent. Par ailleurs, en terme de charge potentielle les structures de soins situées le long d'une route ont en moyenne 10 700 personnes contre 5 700 pour les autres.

Les populations s'affranchissent assez facilement du cadre territorial et sanitaire pour consulter dans le lieu qui leur convient. Leur comportement dépend tout à la fois des distances physiques et de l'image qu'offrent les structures de soins en question. Dans certains villages, les populations ne font pas cas des secteurs sanitaires. La direction des flux dépend de l'équipement et de leur pratique de l'espace. Certains centres se démarquent des autres par leur forte influence, d'autres sont loin de tenir leur rôle. Les recours d'un même village dans plusieurs CSPS sont assez fréquents, ils touchent indifféremment les villages sans et avec structure mais ne concernent pas un nombre d'épisodes morbides important.

Figure 49

PERSONNEL DE SANTE NOMME PAR L'ETAT



III - AUTRES DISTANCES

1- Les distances psychologiques et le personnel de santé

L'accès aux soins est moins physique que social.

a - Entre soins curatifs et soins préventifs

Avant d'aborder les relations qui peuvent exister entre les infirmiers et les populations, il faut rappeler l'étendue des activités pratiquées par les majors des formations sanitaires.

L'adoption d'un lieu de soins par un patient est déterminée par la qualité des services offerts et les relations établies avec le personnel soignant. A l'échelle du CSPS c'est l'infirmier qui assure les soins. L'établissement est composé de deux bâtiments : un dispensaire et une maternité. Les activités sont en théorie assurées par deux infirmiers, pour le premier, aidés d'un Agent Itinérant de Santé pour les tournées de vaccination, et pour le second par une accoucheuse auxiliaire. La figure 49 montre que les normes ne sont pas toujours respectées, *"à l'École Nationale de Santé Publique, les places sont limitées"* comme le précise le *Ministre de la santé* comme le précise un article de Jeune Afrique. Or, compte tenu de la croissance rapide des structures de soins de base, la demande en personnel est forte d'où un sous-équipement de ces structures.

Le système de santé public présente une double dichotomie entre curatif/préventif, médecine fixe/médecine mobile. Le système curatif concerne l'essentiel des soins réalisés par les infirmiers dans le CSPS, il s'agit d'un lieu de soins fixe où doivent se retrouver les malades. A l'opposé, le système préventif qui concerne la vaccination est assuré par une équipe mobile. Toutefois, c'est l'infirmier aidé d'un Agent Itinérant de Santé (AIS) qui se déplace jusqu'au village, il n'y a donc pas une adoption définitive pour un mode de soins. Déjà à l'époque coloniale les autorités sanitaires hésitaient entre service mobiles et itinérants pendant la lutte contre la trypanosomiase. L'infirmier doit donc aujourd'hui se partager entre des soins pratiqués dans un lieu fixe et une prévention assurée selon une périodicité mensuelle. Il résulte de ce système de fortes disparités dans les services offerts aux populations, les plus isolées ne pouvant bénéficier des soins préventifs ; se pose alors la question de la possibilité d'assurer le préventif par un programme dit "vertical" qui n'aurait donc en charge qu'un type de maladie ou d'activité. On peut donc voir que l'infirmier doit se partager entre différentes tâches, le plus souvent seul, ce qui nuit à la qualité des services offerts et entraîne souvent le mécontentement de la population qui regrette le manque de disponibilité du major.

b - Des fonctionnaires qui se sentent délaissés

En 1992, seulement 4 des 39 CSPS étaient occupés par les 4 agents désignés par la Politique Sanitaire Nationale, pour les autres les situations étaient assez variées, entre les établissements où exerçait un infirmier aidé de deux personnes ou un infirmier seul pour assurer toutes les activités. Le Centre Médical de Houndé dispose d'un médecin qui prend en charge les actes de petite chirurgie, toutefois les opérations sont assez rares. Quatre autres formations sanitaires bénéficient de la présence de deux infirmiers, sans Agent Itinérant de Santé, ceci reste un avantage pour le dispensaire. Les établissements les mieux équipés en personnel, sont tous situés le long des axes goudronnés, sauf Béréba près de la voie de chemin de fer. Ces attributions correspondent aux choix effectués lors de la programmation sanitaire, les formations ayant le plus de personnel ont également les charges, les plus importantes en nombre d'habitants. Les villages plus éloignés des routes sont les moins bien "dotés" en personnel, de même que ceux qui ont une aire de responsabilité réduite. Plusieurs CSPS sont dirigés par un seul infirmier, cela nuit à la fois à la tenue des registres et à la réalisation de l'ensemble des activités, certaines ne pouvant être menées à bien.

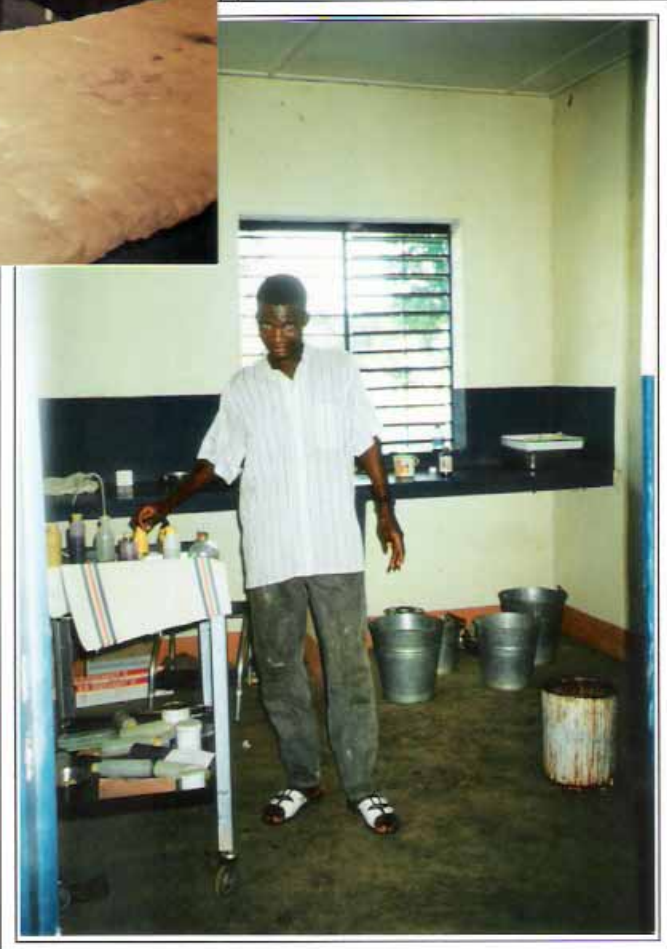
Parmi les 39 établissements, 9 dispensaires possèdent un seul bâtiment destiné aux consultations curatives, l'accoucheuse auxiliaire assure les accouchements dans une petite pièce, mais nous verrons que la maternité, quand elle existe est rarement utilisée, car dans la majorité des cas l'enfant naît au domicile de ses parents.

A l'insuffisance numérique du personnel en milieu rural s'ajoute la concentration en milieu urbain ou semi-urbain, qui accueille les services spécialisés, lesquels requièrent pour leur fonctionnement un personnel qualifié. Ce phénomène n'est pas récent, son origine est à situer à l'époque coloniale qui offrait le privilège de l'équipement aux postes administratifs. A la politique de diffusion des structures de base s'oppose la concentration du personnel d'où la pénurie du personnel.

La formation des jeunes infirmiers se fait à l'Ecole de Santé Publique de Ouagadougou. Depuis 1981, de par sa position géographique en pays mossi, elle accueille majoritairement des élèves de cette ethnie. Si pour certains il s'agit d'une véritable vocation, pour d'autres l'école de santé offre souvent une porte de sortie et surtout un emploi de fonctionnaire pour les jeunes bacheliers au chômage. Plusieurs infirmiers en service nous ont dit avoir tenté plusieurs concours, notamment celui d'instituteur, l'option définitive étant fonction de la réussite au concours. Les majors en place ne sont donc pas toujours motivés par leur fonction. Après deux ans d'enseignement pour les Infirmiers Brevetés et trois ans pour les Infirmiers Diplômés d'Etat, les jeunes diplômés seront affectés à un poste rural dans lequel ils devront effectuer au minimum six ans de service, dont trois ans dans le premier dispensaire où ils sont affectés.



La rénovation des locaux n'est pas synonyme d'une meilleure qualité d'équipement. Salle d'hospitalisation à la maternité du CSPS de Dandé (nord-ouest de la province du Houet) et sa sage-femme



Salle de soins au CSPS de Bouahoun (nord-est province du Houet) et son infirmier

L'affectation en milieu rural est souvent mal perçue, B. F. Gnessien précise que cette affectation en brousse "a souvent été utilisée comme un moyen de se débarrasser des agents jugés indésirables par les supérieurs hiérarchiques"¹³. Compte tenu du nombre d'établissements à pourvoir, le passage par des établissements de brousse est obligatoire ; mais certaines nominations sont, en effet, vécues comme des "punitions" surtout dans les CSPS les plus enclavés. A titre d'exemple le responsable du service statistique de la Direction Provinciale de la Santé nous a informé que Dohoun était un dispensaire où on pouvait nommer le personnel "paresseux pour le punir". Dans ces espaces, éloignés de la ville, plus ou moins difficiles d'accès, l'infirmier ne peut profiter des divertissements de la ville, une situation pénible à vivre, surtout pour ceux dont la famille est absente. Leur appartenance au système public ne leur permet pas de choisir leur lieu d'activité comme les médecins en France. La qualité de vie ne détermine pas l'installation mais elle influe sur la durée d'exercice dans le Houet. Un mouvement qui implique pour la population une réadaptation permanente au personnel soignant dont l'expérience est plus ou moins longue.

Les infirmiers ont résidé en ville pendant plus ou moins longtemps et ils désirent souvent pratiquer en ville, d'où les fréquentes demandes de mutation des majors, cependant ces postes sont très demandés. Se rapprocher de sa famille devient donc l'objectif pour certains mais il n'est pas facile à obtenir. Les nominations respectent peu les régions d'origine des infirmiers, c'est pourquoi il n'est pas rare de voir un Mossi du Yatenga affecté dans un dispensaire du Houet parmi les Bobo. Le privilège social "recommande que des époux fonctionnaires, ne soient pas, du fait de leur affectation, séparés"¹⁴. La Directrice Provinciale de la Santé nous a informé que "les femmes infirmières sont souvent en ville car on tient compte du lieu d'exercice de leur mari", c'est pourquoi seul le CSPS de Boni est tenu par une infirmière. Par contre l'accoucheuse auxiliaire doit servir obligatoirement en milieu rural pendant six années.

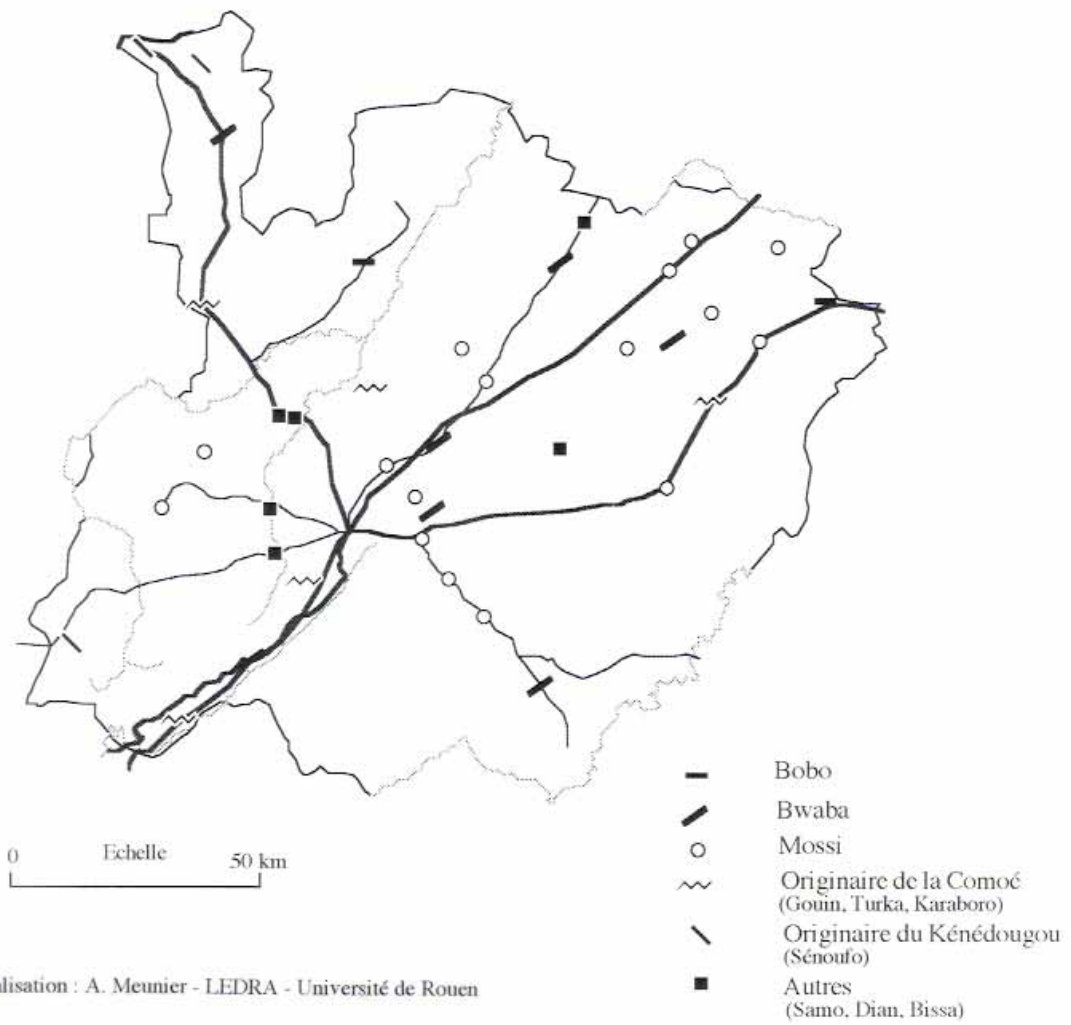
La solitude qui résulte de l'éloignement familial, d'autant plus au sein d'une population étrangère qui perçoit l'infirmier comme un agent de l'Etat, peut démotiver le personnel. Ceci rend les contacts plus difficiles, l'absentéisme est fréquent parmi le personnel en milieu rural, l'infirmier ne réalise plus les tâches comme il devrait, changeant les heures de consultation, les conditions d'accueil se dégradent et la population ne vient plus consulter. L'infirmier de Bouahoun nous déclarait : "parfois les agents des PSP sont plus reconnus par la population que l'infirmier lui-même car ils sont là depuis plus longtemps et souvent ils appartiennent à la famille du chef où ont une place reconnue au village". Mais, le PSP, dont T. Sankara souhaitait équiper chaque village du Burkina Faso, n'a pas les capacités d'assurer des soins spécialisés, étant tenu par un villageois

¹³ Gnessien (B.F), "Réflexions sur les fondements d'une politique sanitaire dans un pays en développement : le Burkina Faso", 1996, p84

¹⁴ Op. Cité, p 83

Figure 50

ETHNIE DE L'INFIRMIER EN 1992



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

sans grande expérience médicale. A Gnafongo¹⁵, l'agent de santé communautaire responsable du PSP fait partie de la famille du chef de village, c'est un moyen d'intégrer le contrôle administratif au contrôle traditionnel du village. De réels problèmes d'intégration se posent parfois au major comme à Koumi : ce village qui est un site touristique indiqué dans tous les bons guides, a conservé son habitat traditionnel et ses coutumes, les rapports avec les étrangers sont parfois mal vécus par la population ; indirectement ceci peut se répercuter sur l'infirmier qui pratique la "médecine des blancs". A Satiri on peut également observer un phénomène de rejet des fonctionnaires.

Le rapprochement familial n'est pas le vœux de tous les infirmiers. Nous avons rencontré à Bouahoun un major mossi qui ne souhaitait pas être affecté dans un CSPS près de sa famille, laquelle solliciterait ses services et son financement pour toutes sortes d'occasions. Dans son étude relative aux médecins, I. Gobatto relatait le même phénomène : *"les salaires que les médecins estiment trop bas, ne leur permettraient pas toujours d'assumer les obligations liées à la grande famille, qui va de la prise en charge des études des cadets, à l'achat de nourriture pour la famille restée au village lorsqu'une saison est mauvaise"*¹⁶. L'éloignement de la grande famille dans certains cas n'est donc pas une entrave à l'épanouissement de l'infirmier dans sa profession.

Malgré tout les demandes de changement sont fréquentes et contribuent à l'instabilité du personnel de santé. Avec l'aide des majors en poste et du personnel local nous avons essayé de remonter dans le temps pour identifier l'ethnie de l'infirmier et le nombre d'années durant lesquelles leurs prédécesseurs sont restés en place. Malheureusement l'absence d'archives dans certains CSPS ne nous a pas permis de répondre à ces questions, surtout pour les structures les plus anciennes. Elles nous ont permis d'évaluer la fréquence des mutations et l'origine géographique approximative des majors en fonction actuellement et dans le passé. Nous ne voulons pas faire de déterminisme en précisant l'ethnie de l'infirmier, l'ouverture d'esprit du personnel soignant étant un facteur plus influant sur la fréquentation que son appartenance ethnique, cependant les traditions variées selon les groupes de population sont parfois à l'origine de mésentente entre soignants et soignés.

Les statistiques témoignent en outre de la forte représentation des Mossi : au sein d'aires ethniques dont ils ne connaissent pas toujours la langue, les infirmiers effectuent des services de durées de plus en plus courtes, mais on rencontre malgré tout des exceptions (figure 50). Parmi les 39 infirmiers, 9 ont obtenu leur mutation au cours du dernier trimestre 1992. 43% des infirmiers exerçant dans le Houet au début de l'année 1992 étaient Mossi, les autres appartenaient à des

¹⁵ Un village qui fait partie de notre seconde zone d'étude au pied de la falaise de Banfora

¹⁶ Gobatto (I), 1996, "Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement, le cas du Burkina Faso", thèse de doctorat, p 163

groupes ethniques géographiquement proches de ceux recensés dans la province du Houet dont 15% sont originaires (Bobo, Bwaba, Sembla). Comme on peut le constater l'origine géographique des infirmiers n'est pas prise en compte dans leur affectation. Si les changements de poste s'opèrent facilement au sein même de la province, les mutations interprovinciales sont moins fréquentes, en nommant un infirmier dans une autre province, la Direction Provinciale de la Santé ne sait pas si elle obtiendra son remplacement, ce qui réduit son personnel. En effet, le personnel médical est pris en charge par l'Etat, le budget santé relativement réduit mais pourtant consacré à plus de 80% au paiement des salaires, limite le nombre de créations de postes. Les nouvelles promotions d'infirmiers sont annuelles, la distribution du personnel est fonction de l'équipement, chaque province doit gérer le nombre de nouveaux infirmiers en fonction des besoins des CSPS.

Si l'ethnie de l'infirmier peut influencer sur la consultation, il en est de même de sa personnalité. Le CSPS de Balla a été ouvert en 1988 par un infirmier mossi, dans un espace où la croissance démographique est à conjuguer avec l'immigration, même si elle est moins importante qu'à l'ouest (Padéma, Banwaly). L'infirmier a été bien accueilli par la population du village d'implantation qui représentait la majeure partie des 4 186 épisodes pathologiques recensés en 1989. Après avoir été remplacé pendant un an par un major gurunsi, en octobre 1991 un nouvel infirmier d'origine mossi a été nommé à Balla. En 1992 la fréquentation avait chuté à 1 512 épisodes morbides. Malgré l'Initiative de Bamako instituée en mars 1994 elle n'a cessé de diminuer, seulement 970 épisodes morbides en 1994 selon nos enquêtes. L'infirmier expliquait cette diminution par la dévaluation de février 1994 à laquelle sont venus s'ajouter des problèmes d'approvisionnement en médicaments. La pharmacie communautaire, construite par Pharmaciens Sans Frontières, n'était pas réapprovisionnée par cet organisme, la société de distribution de médicaments génériques devait en effet le relayer. Cependant ces difficultés n'étaient que temporaires et la fréquentation n'a cessé de diminuer au cours de l'année, les quatre premiers mois de 1995 ne laissaient pas présager d'un redressement de la situation car les visites dénombrées n'étaient guère plus importantes que les années précédentes. En outre, lors de notre entretien en 1994 l'infirmier de Balla nous signalait l'arrêt de la vaccination *"la Yamaha date de 1986, aujourd'hui elle est trop vieille, je ne peux donc plus circuler"*. Les Yamaha sont fournies par la DPS et elles sont prévues pour être utilisées un certain nombre d'années. Le mauvais état du deux roues à Balla a décidé l'infirmier à ne plus pratiquer la vaccination, d'autant plus qu'il est toujours chargé de couvrir les villages du nouveau CSPS de Bossora (ouvert en mai 1993) autrefois sous sa responsabilité, et que cette formation ne dispose pas de chaîne du froid pour conserver les vaccins.

c - Des infirmiers en perpétuel mouvement

La durée d'exercice des infirmiers est très variable entre 1 et 5 ans, cependant certains sont établis depuis plusieurs années comme à Léna où l'infirmier dirige le CSPS depuis 1980, sa

femme est originaire de ce village. Compte tenu des changements fréquents des responsables de formations sanitaires il est difficile de juger de leur impact sur la fréquentation, par contre si l'infirmier en poste depuis de très longues années est remplacé, ceci peut avoir des conséquences sur le recours aux soins, comme à Kourignon où l'infirmier siamou¹⁷, après 18 années passées à soigner les populations, a été remplacé en 1990 ; depuis la fréquentation a diminué.

A travers les informations dont nous disposons, il est apparu que les infirmiers, en activité au cours des années 1970, avaient tendance à rester plus longtemps alors que depuis les années 1980 le maintien en poste est de plus courte durée, en moyenne moins de cinq ans. Ceci est sans aucun doute à mettre en relation avec la création d'écoles de santé au Burkina Faso. Auparavant les étudiants qui se destinaient à une carrière médicale devaient suivre un enseignement à l'étranger mais le financement n'était pas à la portée de tous. L'Ecole Nationale de Santé Publique et l'Ecole Supérieure des Sciences Sociales créées à Ouagadougou ont donné la possibilité à de nombreux jeunes d'embrasser une carrière de médecin ou d'infirmier. Les difficultés économiques des pays en développement ont poussé de plus en plus les jeunes vers la profession paramédicale pour éviter le chômage, comme nous l'avons déjà dit. La multiplication des établissements de santé et des postes à pourvoir a contribué à disperser le personnel soignant sur tout le territoire. Les majors en poste, éloignés de leurs régions d'origine, paraissent plus instables.

En matière de soins la proximité de la ville n'est pas toujours un atout pour les villageois encadrés par des infirmiers parfois peu scrupuleux. En effet certains d'entre eux profitent du peu de kilomètres qui les séparent de Bobo-Dioulasso pour s'y rendre régulièrement, parfois plusieurs jours dans le mois, alors que rien ne le justifie. Ce phénomène est moins fréquent pour les infirmiers éloignés de la ville, les majors disposent en effet d'une dotation en essence, calculée en fonction des kilomètres qu'ils ont à parcourir pour réaliser leurs campagnes de vaccination mensuelles, les déplacements trop fréquents sont à leur charge. Ils ont donc en théorie des contacts avec Bobo-Dioulasso une fois par mois, lors du dépôt des rapports mensuels à la Direction Provinciale de la Santé, ces déplacements entraînent la fermeture temporaire du dispensaire sauf dans le cas où le CSPS est tenu par deux infirmiers. Les responsables de la Direction Provinciale de la Santé se rendent eux mêmes rarement dans les CSPS, leurs déplacements se limitent souvent à l'unique visite de supervision annuelle. Du fait du manque de supervision les infirmiers se sentent délaissés, surtout pour les formations les plus enclavées, et ils ne suivent pas toujours les directives qui leurs sont imposées.

Les distances psychologiques se concrétisent également par les difficultés de communication. La figure 50 fait état de la forte représentation des infirmiers mossi. Or la

¹⁷ Ethnie présente dans le Kéné Dougou

nomination d'un infirmier dans un lieu donné n'implique pas la connaissance de la langue des populations.

L'ethnie n'est pas le seul élément qui oppose population et infirmier, et les Mossi ne sont pas les seuls en cause. En 1992, trois CSPS ont vu plus que les autres, leur fréquentation diminuer, en l'espace de trois ans le nombre d'épisodes morbides recensés a diminué de près de 30% chaque année à Balla, Kary et Kourignon. Alors que les trois CSPS attiraient une population assez importante en 1989, le changement de responsable de chacune des formations a eu des conséquences négatives sur leur fonctionnement.

Tableau 47: Ethnie et temps d'exercice des infirmiers de trois CSPS du Houet

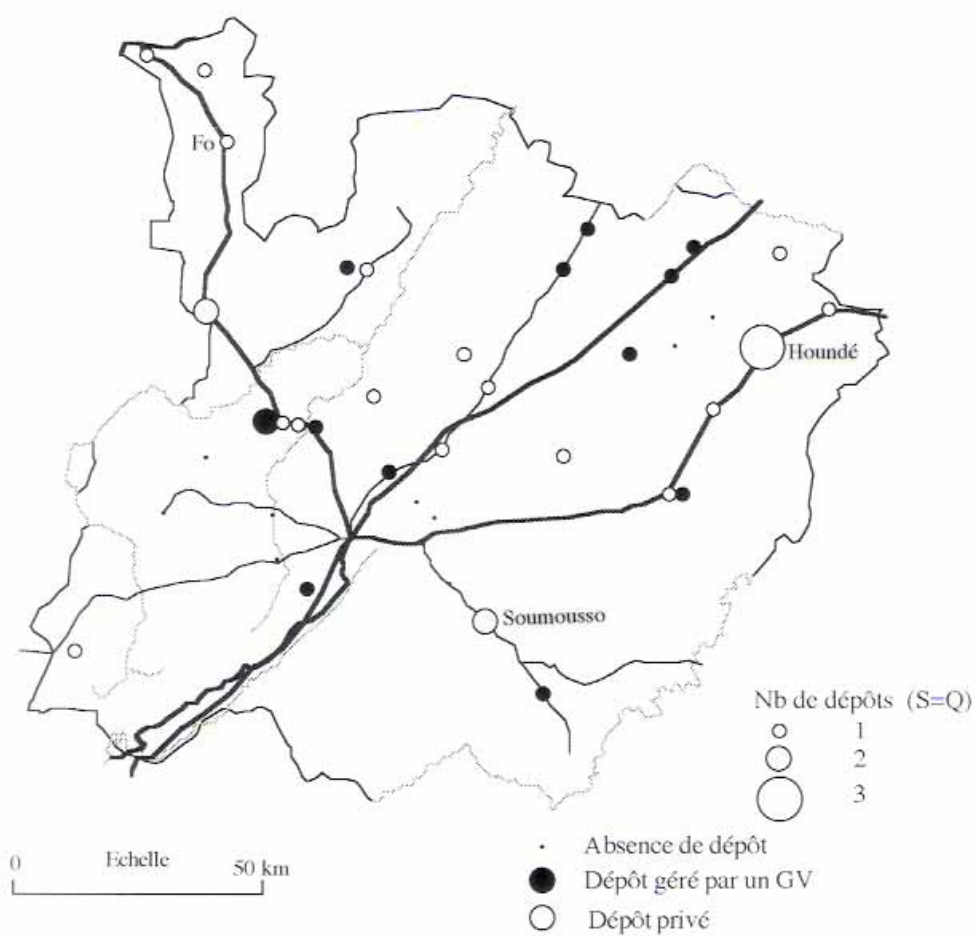
| CSPS | Ethnie et temps d'exercice de l'infirmier | Nombre d'épisodes morbides | Ethnies présentes dans le village |
|-------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|
| Balla (Bobo, Mossi) | Mossi 1988-90 | 4186 (en 1989) | Bobo |
| | Gurunsi 1990-91 | | Mossi |
| | Mossi fin 1991 | 1513 (en 1992) | |
| Kary (Bwaba, Mossi) | Mossi plus 20 ans | 3068 (en 1989) | Bwaba |
| | Bobo 1990-91 fermé 11/91 à 3/92 | | |
| | Gouin mars 1992 | 938 (en 1992) | |
| Kourignon (Toussian) | Siamou 18 ans | 2060 (en 1989) | Toussian |
| | Senoufo 1990-95 | 761 (en 1992) | |

(ethnies entre parenthèses sont les plus importantes dans l'aire de responsabilité)

Si l'ethnie peut parfois être la raison de la faible fréquentation, c'est plus souvent la personnalité du major qui incite les populations à ne pas consulter dans une structure de soins moderne. Aucune structure n'est venue concurrencer Balla, Kary ou Kourignon. Les problèmes relationnels entre population et infirmier expliquent la baisse de la fréquentation, elle s'inscrit toutefois dans une diminution pratiquement générale, liée à différents éléments. L'effet de nouveauté découlant de la rénovation des locaux s'est atténuée, et l'année 1992 est peut-être mauvaise en matière économique et climatique, d'où une baisse de revenu des populations. A Balla comme à Kary se pose le problème du logement de l'infirmier, lors de la rénovation des locaux sanitaires dont Kary n'a pas bénéficié, un bâtiment était en théorie destiné à loger l'infirmier et sa famille, mais il n'a pas été ouvert. Quant à Kourignon l'infirmier siamou pratiquait fréquemment les visites à domicile, auxquelles son remplaçant s'est refusé dès 1990. En outre, le premier est resté en

Figure 51

LOCALISATION DES DEPOTS PHARMACEUTIQUES EN 1992



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

exercice au sein de la population, pendant 18 ans, ce constat met en évidence les problèmes liés à la durée du séjour d'un major dans un CSPS, et le changement fréquent implique aux patients de s'adapter sans cesse.

2 - De l'influence des dépôts pharmaceutiques

a - Des dépôts privés aux dépôts "associatifs", une localisation spécifique

Nous l'avons vu la distance physique intervient sur la fréquentation des établissements. Il existe cependant des exceptions où elle intervient indirectement, sur la qualité des services offerts. Dans le cas de la province du Houet, si les CSPS bénéficient du même type d'équipement, des disparités existent, liées au dynamisme de l'infirmier et à l'action d'organisations caritatives. Ces deux facteurs contribuent à l'amélioration des soins en offrant des médicaments sur place parfois à moindre coût que dans les dépôts pharmaceutiques habituels.

La dotation trimestrielle en médicaments, accordée par l'Etat, se transforme bien souvent en dotation semestrielle. Elle fournit à l'infirmier des médicaments peu variés et pas toujours appropriés aux types de pathologies qu'il a à soigner ; les majors que nous avons rencontrés l'ont souvent déploré. L'achat des médicaments par les patients doit donc se faire en pharmacie, une infrastructure qui n'est pas toujours proche du lieu de soins. En l'absence de celle-ci, certains CSPS deviennent alors des centres de distribution d'ordonnances plus que de réels centres de soins, ils orientent leurs patients vers le dépôt le plus proche. Les dépôts sont établis en des lieux variés, ou en fonction de la qualité des personnes qui les ont créés.

La figure 51 met en évidence l'origine variée des dépôts pharmaceutiques en 1992. Dans toute la province rurale seul Houndé, où se trouve le Centre Médical, possède une pharmacie, succursale d'une pharmacie de Bobo-Dioulasso. Elle justifie ses multiples dépôts de médicaments par la présence d'une clientèle salariée importante puisqu'elle accueille l'usine d'égrenage du coton de la SOFITEX. Du fait de leurs revenus réguliers les salariés (SOFITEX, banque) et les fonctionnaires très nombreux (CNCA, ONT, ONP, police), sont une clientèle appréciée par les pharmaciens, pour des raisons évidentes de rentabilité.

Les cartes des dépôts officiels se superposent donc à celles des CSPS puisque la logique spatiale veut que les lieux d'approvisionnement en médicaments soient plus proches des malades. Leur localisation dépend des sources de financement et de l'importance des utilisateurs potentiels. Ainsi les dépôts privés sont situés principalement le long des voies de communication goudronnées. La route permet un approvisionnement rapide du dépôt, et en raison de l'intensité de la circulation, les clients potentiels sont d'autant plus nombreux. L'automédication moderne est l'occasion de vendre des médicaments en plus de ceux prescrits sur ordonnance. Il existe quelques dépôts privés hors des voies de communication comme à Balla, Kourignon ou Kiéré, ils sont

souvent mal approvisionnés ; les gérants pratiquent également des prix prohibitifs du fait de l'éloignement du CSPS de tout autre dépôt ou pharmacie. A quelques exceptions près ils se situent tous au nord de Bobo-Dioulasso, dans des espaces de fortes densités démographiques marqués par la présence de populations mossi. Soumouso, par sa situation plus méridionale, fait exception ; les deux dépôts qui existaient en 1992 alimentaient une population allochtone très importante dans la région. Les dépôts privés sont créés plus dans un but d'enrichissement que dans un élan d'altruisme, puisqu'ils impliquent des moyens financiers personnels assez importants pour l'ouverture d'une "officine". Une activité assez lucrative, avant l'Initiative de Bamako, à entendre une gérante de Soumouso dont le mari infirmier à Bobo-Dioulasso a financé l'achat des médicaments, pour les revendre dans un petit local ouvert à cet effet.

En 1992, il existait également des dépôts gérés par les groupements villageois. La création des GV s'est faite à l'initiative des Organismes Régionaux de Développement (ORD) dès 1971. La majorité des groupements a été créée sous l'impulsion des agriculteurs concevant cette structure comme un moyen de pallier les problèmes de crédits ou d'approvisionnement en intrants. Créés à partir d'un seuil minimal de 15 personnes, ils sont de plus ou moins grande taille. L'intérêt du GV se situe également au niveau du village pour lequel il réalise des actions sociales diverses avec les primes reçues de la production cotonnière ; il participe ainsi à la construction d'écoles, de centres de santé, au développement et à l'entretien de l'hydraulique villageoise. C'est pourquoi ces types de dépôts pharmaceutiques sont assez concentrés spatialement, on les retrouve essentiellement dans le nord-est de la province, où la culture cotonnière est très développée, la SOFITEX exige l'existence d'un GV pour reverser les fruits de la vente du coton. Bama, Matourkou, sont des exceptions ; à Bama et Vallée du Kou, la production de riz offre des revenus substantiels dont une partie a servi à la dotation du dépôt. La vente de médicaments, est une activité assez rémunératrice compte tenu des prix élevés des produits ; elle fait l'objet de l'intérêt des cambrioleurs qui pillent les dépôts, cause de la fermeture en 1992 de certains magasins collectifs comme ceux de Karangasso-Sembla, Péni, Toussiana, les plus touchés par les vols.

D'autres lieux privilégiés disposent de plusieurs dépôts : comme les CSPS de Koumbia, Soumouso, Vallée du Kou, Bama, Dandé, ce sont les dispensaires les plus fréquentés du Houet. L'existence de plusieurs pharmacies est un atout indéniable pour les formations sanitaires qui ont à charge une population importante.

b - Une relation étroite entre la présence d'une pharmacie et la fréquentation

Le tableau 48 permet de suivre la relation établie entre la présence de médicaments près du CSPS et l'importance de la fréquentation. Il résulte des écarts calculés entre la situation observée et la situation théorique d'indépendance (annexe 18).

Tableau 48 : Indépendance : Ecart entre situation observée en 1992 et situation théorique

| | Faible fréquentation (y1) < 1000 em | Moyenne fréquentation (y2) 1000 à 2500 em | Forte fréquentation (y3) >2500 em | X |
|--|---|--|--------------------------------------|------|
| Absence de pharmacie, dépôt ou armoire (x1) | 1,5 | 0,02 | -1,16 | 2,68 |
| Présence d'un dépôt privé ou GV (x2) | 0,45 | 0,41 | -0,13 | 0,99 |
| Présence d'une pharmacie, ou d'un dépôt, d'une armoire alimenté par une ONG (x3) | -0,03 | -1,38 | 3,5 | 4,91 |
| Somme Y | 1,98 | 1,81 | 4,79 | 8,58 |

Sources : enquêtes personnelles, e.m = épisodes morbides

On peut conclure à une forte dépendance entre la présence de pharmacies bien pourvues et une forte fréquentation des CSPS, elle est pratiquement systématique, c'est pourquoi on rencontre rarement dans un tel cas des formations peu utilisées.

Les écarts proches de 0 signifient l'indépendance des situations les unes par rapport aux autres, elles concernent les CSPS qui, malgré l'absence d'une "armoire à pharmacie" ou d'un dépôt dans le même village, ont une fréquentation moyenne, ils sont essentiellement situés autour de Bobo-Dioulasso. Les relations commerciales fréquentes avec la ville et les nombreuses pharmacies permettent de s'approvisionner sans difficulté, dans un rayon de 15 km autour de Bobo-Dioulasso. Les villageois se déplacent aussi en ville pour acheter leurs médicaments et l'infirmier achète parfois lui même les produits qu'il prescrit régulièrement pour les revendre à ses patients.

Les valeurs négatives sont synonymes de "répulsion", l'absence de pharmacie dans les villages-CSPS du Houet (x1y3) apparaît comme un facteur important de non-fréquentation. L'écart avec une situation théorique est encore plus marqué pour (x3y2) et s'explique par la très forte attraction qu'exerce une pharmacie bien équipée dans le Houet (x3y3). Il existe véritablement une relation très étroite entre l'approvisionnement en médicaments et la consultation. Dans la partie opposée du tableau (x1y1), l'écart positif et assez élevé signifie qu'un CSPS sans pharmacie est faiblement fréquenté alors qu'une pharmacie bien alimentée entraîne une forte utilisation. Les cas

de CSPS sans pharmacie à proximité, et faiblement fréquentés, sont plus nombreux que la théorie. Une dépendance existe et montre que l'absence de médicaments est un facteur démotivant la consultation dans une structure de soins moderne. Plus on tend vers une qualité de l'approvisionnement en médicaments et plus l'utilisation du CSPS est importante. L'absence de médicaments à proximité explique le report d'une partie de la population vers d'autres dispensaires, comme on peut l'observer à Soungalodaga, Dohoun ou Bouéré, dans des proportions plus ou moins importantes. Le dispensaire de Kary qui dispose de deux dépôts, était une exception, en tant que formation peu fréquentée en 1992, à l'opposé, Dandé éloigné des autres structures de soins, présente une aire d'attraction relativement étendue équipée de deux dépôts pharmaceutiques au sein d'un espace très peuplé.

Le recours auprès de CSPS est lié à une conjonction de circonstances dont l'absence de dépôt n'est qu'un élément instigateur. Par contre les vastes aires de recrutement en nombre de villages de certaines formations sanitaires : Kouentou, Nasso, se justifient principalement par la présence de médicaments à proximité, en quantité et à un coût abordable. A distance égale un patient préférera consulter dans une structure près d'un lieu d'approvisionnement en médicaments moins chers, tel est le cas entre Karangasso-Sembla, qui présente un des plus petits nombres de visites de la province, et Nasso, qui accueille une partie des patients de ce dernier. Bouendé, Koumbadougou appartenant à l'aire de responsabilité de Karangasso-Sembla fréquentent plus assidûment le dispensaire de Nasso dans lequel une ONG française, Terre d'Amitié, envoie des médicaments.

Toutefois si les CSPS sans dépôt sont moins fréquentés, on ne doit pas associer uniquement l'absence de médicaments à ce recours médiocre, les difficultés d'accès, les relations entre infirmier et population sont des arguments supplémentaires. Une exception sur cette carte le CSPS de Kouentou où les patients peuvent s'approvisionner en produits auprès de la mission catholique toute proche : jusqu'en 1994, les Pères français offraient aux populations des médicaments à un coût moins élevé que ceux vendus dans les autres dépôts et pharmacies, ce qui a entraîné une augmentation de la fréquentation de ce CSPS. Les patients du village de Soungalodaga, qui ne possèdent pas de dépôt, ne sont pas plus nombreux à consulter aux dispensaires de Bama ou Vallée du Kou pourtant proches et équipés en médicaments : les malades vont plutôt aux dispensaires de Nasso et Kouentou dont l'atout est d'offrir à proximité des villages des médicaments à un coût inférieur à ceux vendus sur le marché.

Tableau 49 Importance du recours par village selon les CSPS
villages appartenant à l'aire de responsabilité de Karangasso-Sembla

| Villages | CSPS de Karangasso-Sembla | | | CSPS de Nasso | | |
|--------------|---------------------------|---------|----------|---------------|---------|----------|
| | em-1989 | em-1992 | distance | em-1989 | em-1992 | distance |
| Bouendé | 40 | 14 | 6 km | 76 | 62 | 19 km |
| Koumbadougou | 12 | 6 | 7 km | 3 | 23 | 17,5 km |

On pourrait également indiquer sur cette carte les villages où les agents de santé communautaires, responsables d'un PSP, se sont transformés en fournisseurs de médicaments et de soins. A Lamba, hameau de culture dépendant de Békuy et transformé en village au dernier recensement de 1985, l'agent de santé gère son poste comme un infirmier ; il reste toutefois en contact avec le CSPS dont il dépend puisque l'infirmier lui rend visite, ce qui n'est pas le cas dans la plaine où les PSP ont le mieux résisté¹⁸ en l'absence de dispensaires. La liste ne serait pas complète si l'on n'évoquait pas brièvement les marchands ambulants qui se déplacent de village en village pour vendre, entre autres produits, des médicaments, achetés le plus souvent au Ghana, que les villageois utilisent comme automédication moderne. Les personnes proches de Bobo-Dioulasso seraient peut-être plus concernées par ce phénomène, quoiqu'il en soit nous ne connaissons pas assez les dimensions de ce marché pour l'aborder plus en profondeur.

Certains lieux sont donc perçus comme moins attractifs en l'absence de dépôt pharmaceutique. Le privilège accordé à la construction d'établissements de soins n'a-t-il pas conduit à délaisser tous les aspects relatifs à leur équipement pour satisfaire les objectifs d'équité spatiale des populations face aux soins modernes ?

L'absence de participation de l'Etat à la construction de dépôts pharmaceutiques (avant l'Initiative de Bamako), n'est pas liée à la politique de gratuité des soins. La présence d'une pharmacie aux médicaments payants ne remet pas en cause la politique sanitaire, contrairement au budget accordé au secteur sanitaire par le Burkina Faso. Les sommes allouées à la santé sont en baisse constante par rapport au budget de l'Etat, ce dernier s'appuyant sur l'aide internationale pour financer ses actions (tel le programme de vaccination financé par l'UNICEF). On peut à juste titre s'interroger sur la place que tient la santé dans la politique menée par le gouvernement. L'Initiative de Bamako et les dépôts communautaires sont un moyen pour l'Etat de se désengager totalement, pour ne financer que les salaires du personnel. C'est également un moyen de revaloriser effectivement les CSPS aux yeux des populations, puisque le montant des consultations devenues payantes (les tarifs de consultation sont décidés par la communauté et

¹⁸ Ailleurs ils ont pratiquement disparu en même temps que l'ASC et le matériel vendu ou emporté

varient donc en fonction des formations sanitaires) servira à équiper les dispensaires. Un système qui pourrait bien accentuer davantage les disparités entre les formations sanitaires ; l'absence de médicaments n'étant pas la seule cause de non fréquentation. Les faibles recours constatés dans certains CSPS ne vont pas favoriser leur développement auquel doit prétendre l'autofinancement de ces établissements. L'Initiative de Bamako est la conclusion logique ou le sauvetage d'une politique menée à partir de la directive d'Alma-Ata. On peut en conclure, pratiquement vingt ans après, qu'elle s'est soldée par un échec, non pas au niveau de la proximité physique des populations par rapport aux soins, mais en ce qui concerne le recours aux structures de soins modernes, resté très faible. L'ensemble des CSPS du Houet, et du pays, fait partie du projet Initiative de Bamako qui a pris fonction effective fin 1995, début 1996.

CHAPITRE II

L'IMPACT DES ACTIVITES ECONOMIQUES SUR LA FREQUENTATION

La qualité des services offerts et de l'accueil est sans aucun doute un facteur fondamental des variations de fréquentation. Cependant, l'observation de la carte de l'activité des CSPS en 1992 permet de distinguer les CSPS du nord-est du Houet où, nous l'avons vu précédemment, l'attraction a peu variée depuis 1989. Cette "stabilité" dans une évolution générale à la baisse est-elle liée aux activités économiques de la population ?

Nous nous appuierons sur l'étude du CSPS de Kiéré pour observer le comportement des habitants du nord-est de la province du Houet face aux structures de soins modernes.

I - UN CSPS DE LA ZONE COTONNIERE : KIERE

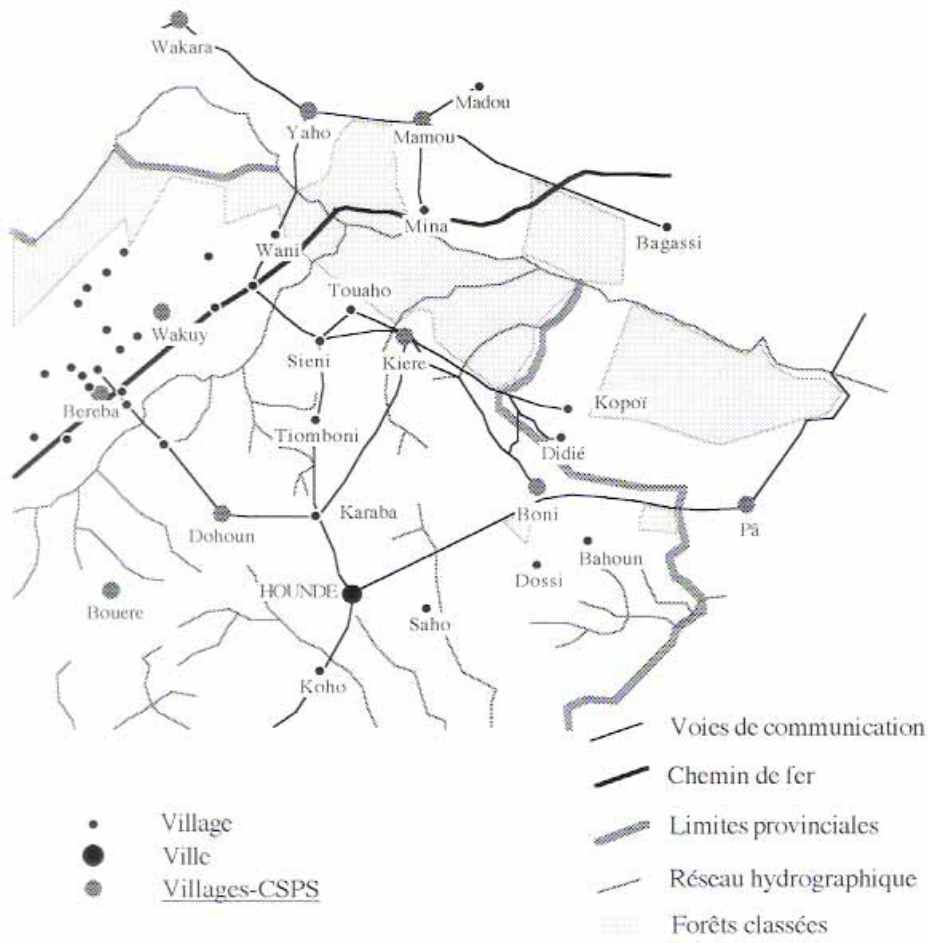
1 - Un établissement isolé

Nous nous intéresserons au nord-est de la province qui regroupait, en 1992, sur trois départements (16% de l'unité administrative) 10 CSPS parmi les 39 existants et le seul centre médical du Houet. Au total un quart des équipements sanitaires est présent sur cette portion de territoire ne rassemblant que 20,1% de la population rurale et des mûles de densités dépassant 50 hbts/km² autour de Houndé et Boni et atteignant 30 hbts/km² entre Bouahoun et Béréba, et oscillant entre 10 et 20 hbts/km² sur les pourtours. Cet espace constitue la partie méridionale d'un ensemble beaucoup plus vaste s'étendant vers le nord et qui regroupe les populations bwa. A ce fond autochtone sont venus se surimposer deux groupes ethniques, les Mossi, et les Peul en moins grand nombre. Ces derniers sont généralement dispersés sur les terroirs sous forme de hameaux de culture permanents, plus rarement à proximité du village. Avec un infirmier pour 5 915 personnes, le nord-est apparaît privilégié par rapport au reste de la province où un infirmier à la charge de 7 800 patients potentiels et satisfait presque aux normes OMS fixées à 5 000 habitants par infirmier.

Le pays bwa, dans le nord-est fut équipé très tôt en établissements de soins, sept d'entre eux avaient été créés avant la fin des années 1960, alors que dans un rayon de 30 km autour de Bobo-Dioulasso, espace également densément peuplé, seulement cinq CSPS avaient été ouverts. Au-delà des limites administratives le pays bwa, pris dans son ensemble, est bien équipé en

Figure 52

PRESENTATION DU CSPS DE KIÈRE
DANS LE NORD-EST DE LA PROVINCE DU HOUEY



Selon la carte topographique de Houndé 1954 - 1/200 000 ème

0 Echelle 10 km

Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

structures de soins mais faute d'informations plus précises il est difficile d'affirmer qu'il est mieux équipé que des espaces occupés par d'autres ethnies dans l'ouest du Burkina Faso. La "précocité" de l'équipement sanitaire, parmi les populations bwa du Houet, est corrélée aux fonctions administratives passées et à la présence de points d'appuis catholiques, depuis les années 1920-1930, dans les villages. La présence des missionnaires, très importante dans le pays bwa, a contribué au développement dans les villages du catholicisme et les localités qualifiées de "stations" catholiques sont aujourd'hui équipées d'un CSPS (annexe 19). La correspondance est liée davantage au dynamisme des populations et à leur adaptation à des pratiques imposées par des "Blancs" dont les structures de soins font partie. Dans ces villages il n'y avait pas de représentant de l'église établi à demeure, et les colonisateurs n'ont jamais reconnu les objectifs divergeants des missionnaires. Quatre CSPS (Bouéré, Dohoun, Sara, Wakuy) sont ensuite venus compléter entre 1989 et 1990 un espace déjà favorisé.

Le CSPS de Kiéré construit au début des années 1960 est responsable des villages de Siéni, Touaho et Tiomboni. Il est isolé au sein de la carte sanitaire de la province du Houet. Malgré sa relative proximité avec Houndé, 15 km, il est enclavé par un réseau de communication de mauvaise qualité, aucune voie n'est goudronnée. L'absence de moyens de transports dans le village augmente les temps de déplacement.

Kiéré est situé en périphérie administrative, conséquence d'un espace organisé par l'Etat, cependant si l'on ne se limite plus aux unités territoriales étatiques mais que l'on considère un espace beaucoup plus vaste, le village-CSPS et les trois localités qui en dépendent sont isolés à l'intérieur de la boucle que forme le Tui (ou Grand Balé) qui conflue vers l'est avec le Mouhoun (figure 52). Ainsi, Kiéré est l'illustration des difficultés de déplacement et de leurs conséquences sur l'utilisation des structures de soins modernes. Les populations de Kiéré couvertes par le dispensaire, font-elles plus appel aux soins de santé modernes dans leur itinéraire thérapeutique ?

Ce village-CSPS est également représentatif de l'organisation villageoise bwaba. L'isolement de Kiéré et des villages de son aire de responsabilité, au sein d'un espace peu densément peuplé, a contraint l'Etat à ne plus se fonder sur les facteurs d'implantation habituels basés sur la taille des localités. Enfin, dans le cas de Kiéré, on se rapproche de l'organisation politique bwa, celle du village dont les liens avec les autres localités sont plus d'ordre social qu'économique. Les relations qu'entretiennent les quatre villages désignés sont avant tout d'ordre matrimonial. L'aire de responsabilité du CSPS mieux adaptée à l'organisation traditionnelle a-t-elle un rôle sur la santé des populations ? Enfin l'ensemble de ces villages inclus dans la zone cotonnière, partie la plus dynamique du Houet, on peut se demander si les revenus accrus des paysans sont réinvestis dans la santé. Nous tenterons de mettre en évidence le rôle des revenus du coton dans l'utilisation des soins modernes.

2 - Localisation et organisation des villages

Le relief est marqué par une succession de collines birrimiennes, dont certaines ont fait l'objet d'une exploitation minière du manganèse, elle est aujourd'hui arrêtée. La végétation correspond à une savane arborée à arbustive. Au nord, la forêt du Tui limite, en théorie, l'étendue des terroirs. Cette forêt classée a été dessinée, à l'image de beaucoup d'autres, le long d'un cours d'eau soupçonné, dans le passé, d'être un lieu de développement du vecteur de la trypanosomiose. A ces cours d'eau a été associée une autre endémie à vecteurs, l'onchocercose. Le village le plus proche du Tui est Kiéré, situé à 6 km. Compte tenu de la masse démographique, on ne peut considérer l'onchocercose comme un facteur supplémentaire de risques sanitaires. D'ailleurs la carte d'endémicité de l'onchocercose inclut ce cours d'eau dans une zone d'hypoendémicité dans sa partie orientale et la partie amont se situe hors de l'espace où sévit la simulie. En outre, *"il y a de grandes différences entre les aires potentielles (celles de la distribution du vecteur) et leurs aires fonctionnelles, c'est-à-dire celles où le système pathogène se développe et se régénère"*¹⁹ ; compte tenu de la distance par rapport au cours d'eau, de l'importance de la population, groupée, et des pratiques agricoles intensives sous parcs arborés, les habitants du village de Kiéré sont peu susceptibles de contracter la maladie.

Les villages ne sont pas accessibles toute l'année, ils communiquent entre eux, et avec ceux des autres départements, par des pistes de terre dont certaines traversent des marigots difficilement franchissables pendant la saison des pluies, notamment la piste reliant Kiéré à Houndé. Il s'agit le plus souvent de petits chemins empruntés par les deux roues et occasionnellement par les camions de la SOFITEX, société cotonnière.

Les Bwaba sont autochtones, installés sur des terres non saturées. Ils ont progressivement délaissé leurs cultures traditionnelles et leur technique intensive de mise en valeur de l'espace, basée sur le *Faidherbia albida*, au profit de la culture cotonnière. Attirés par cette disponibilité en terres, qui leur fait défaut dans leur province d'origine, les Mossi sont venus en masse demander des parcelles aux autochtones qui ne leur ont pas ou peu refusé. Depuis, de nouvelles familles de migrants viennent régulièrement s'installer sur les terroirs bwaba dont les terres disponibles diminuent de plus en plus. Ces groupes se répartissent différemment dans les villages.

¹⁹ Hervouët (JP), 1992, "Les bases du mythe du dépeuplement des vallées soudaniennes par l'onchocercose", p 271

Tableau 50 : Répartition ethnique à Kiéré et ses environs

| Ethnies | Kiéré | Siéni | Tiomboni | Touaho | Total |
|----------|-------|-------|----------|--------|-------|
| Bwaba | 2250 | 521 | 104 | 266 | 3141 |
| Mossi | 506 | 520 | 681 | 319 | 2026 |
| Peul | 245 | 228 | 105 | | 578 |
| Dafin | 43 | | | | 43 |
| Samo | 17 | | 9 | | 26 |
| Pougouli | | | 7 | | 7 |
| Total | 3061 | 1269 | 906 | 585 | 5821 |

Source : enquêtes personnelles, 1993-94

Nous nous référons aux travaux de J. Capron sur les communautés bwaba, afin de mieux comprendre les éléments qui sous-tendent la vie sociale et politique de ces sociétés dont *"l'éthique villageoise a fait la solidité de leurs communautés (et) leur a sans doute permis, tout au long de leur histoire, de résister à toute tentative d'invasion guerrière, d'assimilation politique et de conversion religieuse"*²⁰. Des discussions avec les anciens nous ont permis de préciser l'ancienneté de l'implantation des populations dans cet espace. Kiéré a été fondé il y a trois siècles par les Bobo de la famille des Sanou venus de Bobo-Dioulasso, ils sont aujourd'hui en petits nombres ; plus tard les familles Bambio de l'ethnie bwaba ont quitté Béréba et s'y sont installées. Quatre quartiers ont été créés, celui qui domine aujourd'hui n'est pas le plus ancien du village ce qui crée quelques tensions lors d'actions communautaires telles que la construction de bâtiments destinés à l'usage collectif. Selon C. Savonnet-Guyot *"le commandement du village revient au représentant le plus âgé du lignage fondateur"*, mais à Kiéré la famille fondatrice, les Sanou du quartier de Zoumbaba, a été détrônée et remplacée par un chef de la famille Bambio du quartier de Mamoukuy, numériquement plus important que tous les autres. A Dossi, également village bwaba à une quinzaine de kilomètres au sud-est, la chefferie semble être détenue par une famille qui n'est pas la plus ancienne du village comme le veut la tradition. Enfin les villages de Touaho et Tiomboni ont été créés il y a environ 200 ans, respectivement par des habitants de Karaba et Yaho, et Siéni par les habitants de Koura.

L'organisation sociale des Bwaba est telle, que malgré la proximité des villages il n'existe pas de conscience politique collective de l'espace, les populations ont davantage la notion d'appartenir à un village autonome par rapport aux autres et plus exactement à *"la maison, unité économique autonome, et (au) village, consensus politique de l'ensemble des maisons. Aujourd'hui les grandes maisons n'existent plus et ont été remplacées par de plus petites unités"*

²⁰ Capron (J), 1971, op. cité

*d'exploitation autonomes*²¹. Les habitants de Kiéré et des autres localités entretiennent des relations avec d'autres villages bwaba, essentiellement du Mouhoun, comme Mamou, Yaho, Mina, Didié ou Boni dans le Houet, où les hommes choisissent souvent leurs femmes, il en est de même entre Siéni et Touaho ; selon C. Savonnet-Guyot "*le village (bwaba) apparaît comme une unité politique autonome et repliée sur elle-même, ce qui n'exclut pas la possibilité d'alliances intervillageoises pouvant naître d'un service rendu, d'un accord politique, d'un pacte de défense mutuelle ou d'un courant d'échanges matrimoniaux*". C'est ainsi que dans le village de Tiomboni des relations sont maintenues avec Wakuy auquel il est subordonné, aux dires des anciens, en raisons des relations de protection établies entre ces deux localités dans le passé ; aujourd'hui certains habitants de Tiomboni choisissent encore leur femme à Wakuy et les anciens nous ont déclaré fréquenter son marché. C. Savonnet-Guyot précise que "*le paysage (bwaba) traduit la volonté de vivre ensemble*" ; toutefois nous avons remarqué l'existence de deux noyaux de population installés à des dates différentes dans les villages de Kiéré et Siéni. Ils ne se comportent pas comme des communautés ayant conscience d'appartenir à une même unité villageoise puisqu'ils ont chacun leur chef et ne reconnaissent pas vraiment ceux du noyau voisin. Leur comportement vis-à-vis des Mossi illustre cette situation, Dora prêle ses terres depuis 28 ans et le noyau le plus peuplé de Kiéré, seulement depuis 5 ans, l'installation n'est accordée que par le chef de quartier de Zoumbaba.

Le village de Kiéré est composé de quatre quartiers agglomérés et d'un cinquième, Dora, à 800 m de distance. L'habitat est de type groupé. Au centre du village les habitations sont accolées les unes aux autres et ne laissent place qu'à de petites ruelles destinées, autrefois, à rendre le passage difficile aux attaquants et à assurer la défense du village. Elles ne laissent pas de place pour les jardins de case que l'on retrouve surtout en périphérie, là où les maisons commencent à s'espacer. Les habitations bwa sont de forme rectangulaire, généralement en banco. On trouve de plus en plus de maisons en "bancô amélioré", les murs sont cimentés, ou en briques de latérite. Les migrants Dafin et Samo se sont intégrés au sein de cet habitat, les Mossi ont reconstitué à distance leur habitat en nébuleuses.

²¹ De Plaen (R), 1994, "Dossi : étude géographique de la dynamique d'un système d'exploitation agricole chez les Bwaba du sud-ouest du Burkina Faso", p 30

II - DISPARITES ECONOMIQUES

1- Des pratiques agricoles diverses

Les cellules familiales sont "libres de gérer à leur guise leur domaine foncier"²². Se présentant en auréoles concentriques autour du village le terroir accueille différents types de champs. Les champs de case près des habitations concernent essentiellement la culture du tabac, les champs villageois situés en périphérie du village où se cultivent le maïs et le sorgho sous parc à *Faidherbia albida*, puis les champs de brousse ; telle est la description du terroir faite par J. Capron²³. Dans une étude récente R. De Plaen²⁴ précisait que "les terroirs bwa se trouvent aujourd'hui en mutation, et bien que les champs de case et les champs villageois se retrouvent encore dans plusieurs régions, il semble que l'on assiste à un déplacement de plus en plus rapide de la production en direction des champs de brousse", un phénomène lié à l'adoption massive de la culture commerciale du coton largement pratiquée sur les champs de brousse, plus rarement sur les champs villageois, dont quelques uns existent à Touaho. Cette culture implique l'utilisation de la culture attelée, pour des rendements maximums, ²⁵"le problème de la compatibilité entre la culture attelée et les techniques agraires utilisées sur les terrains situés à proximité du village est sans doute en grande partie responsable de la baisse d'intérêt que les jeunes manifestent aujourd'hui pour les champs villageois", l'auteur conclut à un abandon progressif des techniques de culture intensive basée sur l'utilisation des parcs arborés, en l'occurrence à *Faidherbia albida*, des cultures en terrasses et de l'organisation du travail. Le travail collectif a disparu et sur l'exploitation on ne trouve plus la grande famille mais plus souvent "un homme, ses femmes et ses enfants", le travail d'entraide fait place peu à peu à la main-d'oeuvre salariée. Les emplois comme salariés agricoles sont donc source de revenus, ils concernent souvent les familles disposant de plus de temps parce qu'elles ne détiennent que de petites superficies où elles pratiquent des cultures vivrières. Les changements constatés à Dossi sont également valables à Kiéré. Le parc à *Faidherbia albida* en périphérie du village, est actuellement en cours d'abandon : les arbres présentent tous des signes de vieillissement et aucun rejet n'est entretenu pour permettre son renouvellement. Selon les anciens cette zone est délaissée en raison du trop grand nombre de porcs qui détruisent les cultures. Il est vrai que les porcs sont très nombreux à Kiéré, ils appartiennent uniquement aux femmes qui les nourrissent en partie avec les déchets résultant de la fabrication du dolo (boisson alcoolisée), ils sont une source de revenu pour les femmes bwaba.

²² Savonnet-Guyot (C), op. cité

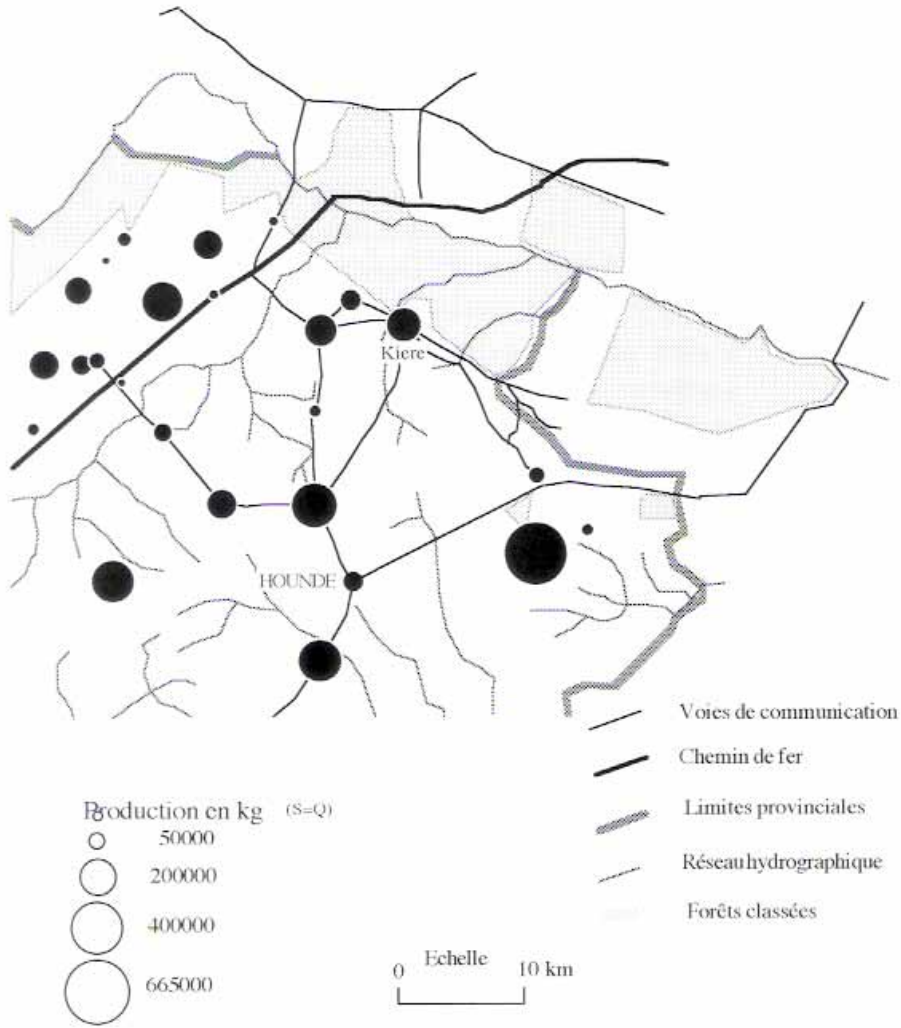
²³ Capron (J), 1971, "Communautés villageoises Bwa-Mali-Haute Volta"

²⁴ De Plaen, op. Cité, p 31

²⁵ ibidem, p 142

Figure 53

PRODUCTION COMMERCIALISEE DE COTON EN 1993
DANS LE NORD-EST DU HOUET



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

La situation des femmes n'est pas enviable, elles ne possèdent pas de champ et réalisent les travaux sur les parcelles de leur mari. La polygamie est une constante, c'est également un moyen pour l'homme d'avoir une main-d'oeuvre abondante et gratuite. D'ailleurs l'indice de masculinité montre chez les populations bwaba de plus de 50 ans, la prédominance des femmes par rapport aux hommes alors que chez les Mossi cet indice est en faveur des hommes. Les femmes peuvent se faire employer comme main-d'oeuvre salariée sur d'autres champs, leurs revenus restent toutefois limités, surtout en saison sèche. La vente du dolo rapporte en moyenne 2 000 à 2 500 F. CFA par semaine, lorsqu'elles sont payées par les consommateurs, et la vente d'un porc peut varier entre 3 000 et 7 000 F. CFA, selon la taille. Leurs revenus ne leur permettent pas une autonomie financière, et elles dépendent de leur mari en matière de santé.

Kiééré est longé, au sud-ouest, par un bas-fond peu utilisé ; seules trois personnes pratiquent la culture du riz inondé mais l'engorgement des parcelles limite leur rendement, un autre paysan a délimité un périmètre sur lequel il a planté quelques manguiers et bananiers. Les principales cultures pratiquées sont celles du sorgho et du maïs pour les cultures "vivrières". Les années de bonne récolte, le maïs est vendu aux marchands bobolais le plus souvent, ou sur le marché de Houndé. Le coton est la culture commerciale par excellence à Kiééré et dans cette partie de la province du Houet en général ; elle a entraîné la multiplication des animaux de trait. Lors de nos enquêtes des informations ont été recueillies sur les pratiques agricoles, les productions et les revenus perçus de la vente du coton ainsi que sur l'importance des crédits. En effet, la culture du coton implique l'utilisation d'engrais pour obtenir de bons rendements, or, selon les encadreurs agricoles, les agriculteurs n'utilisent pas la totalité des engrais pour le coton ; cette pratique, associée à des conditions climatiques parfois mauvaises, entraîne une chute de la production et l'endettement des paysans auprès de la SOFITEX, organisme de commercialisation, et de la CNCA (Caisse Nationale de Crédits Agricoles) organisme payeur.

Le coton joue sans conteste un rôle important dans l'enrichissement des populations et le développement des espaces où cette culture est pratiquée (figure 53). En effet, si l'on observe les départements de Houndé et Béréba dans leur ensemble occupés par les Bwaba, grands producteurs de coton, l'équipement scolaire s'est développé au cours des années 1980. La SOFITEX a été créée peu avant, en 1979, prenant la tête du secteur cotonnier, après une légère stagnation de la production les tonnages ont régulièrement augmenté dépassant désormais les 100 000 tonnes.

Tableau 51 : Evolution du nombre d'écoles dans le nord-est du Houet

| Périodes | Nb d'écoles | Villages |
|-------------|-------------|---|
| Avant 1950 | 1 | Houndé |
| 1950-1960 | 2 | Béréba, Boni |
| 1960-1970 | 0 | |
| 1970-1980 | 3 | Kiééré, Houndé, Kary |
| 1980-1990 | 11 | Boni, Dossi, Houndé, Bouéré, Karaba, Dohoun, Wakuy, Popioho, Dimikuy, Douro, Maro |
| Depuis 1990 | 3 | Boho Béréba, Tiombio, Houndé |

La politique menée par T. Sankara au profit du développement social a été l'élément instigateur de la croissance du nombre d'écoles, comme dans l'ensemble du Houet où le nombre de constructions a dépassé dix par an entre 1984 et 1987 ; il n'en dépassait pas cinq avant cette période et a retrouvé ce niveau après la chute du président. Les revenus encaissés par les GV ont contribué à leur multiplication. Parmi les onze établissements la moitié avait vu le jour avant 1983, année d'accession au pouvoir de T. Sankara.

Tableau 52 : Evolution des prix du coton

| Périodes | Prix en F. CFA/kg |
|------------|-------------------|
| Avant 1977 | 40 |
| 1977-1978 | 55 |
| 1981-1982 | 62 |
| 1983-1984 | 70 |
| 1984-1985 | 90 |
| 1985-1986 | 100 |
| 1987-1988 | 95 |

Source : Schwartz (A), 1993, "Brève histoire de la culture du coton au Burkina Faso", p 215

Cette culture n'intervient pas de la même façon dans le domaine de la santé, parce que les CSPS ont été construits pour la plupart au début des années 1960. Les revenus du coton influent-ils sur l'itinéraire thérapeutique des Bwaba ?

Les populations bwa sont très nombreuses à pratiquer la culture du coton, qui assure des revenus variables selon la qualité du coton, la productivité du champs et le climat. La vente du coton à la SOFITEX permet également au village de s'enrichir par l'intermédiaire du GV (Groupement Villageois). Cette "association" est exigée par la société textile, pour la collecte de la

matière première ; A. Schwartz²⁶ précisait "conditionnement et pesée sont en particulier effectués par des membres du GV spécialement formés à ces tâches, moyennant versement à celui-ci d'une ristourne (3500 F. CFA/t) dont le montant est proportionnel au tonnage de coton commercialisé". Les villages qui pratiquent la culture cotonnière disposent donc d'une manne financière que n'ont pas les autres localités. Le GV permet de réaliser les travaux d'intérêt public comme la construction d'une préfecture, d'un collège, et les autorités publiques sollicitent souvent sa participation à l'équipement ; dans le nord-est du Houet, les GV ont ouvert des dépôts pharmaceutiques.

Le cours du coton entre 1990 et 1992 s'est maintenu à 95 F. CFA/kg, il était de 85 F. CFA/kg en 1992-93, 112 F. CFA/kg en 1993-94, suite à la dévaluation. La fluctuation des cours entraîne bien évidemment une variation des bénéfices qui restent toutefois assez importants pour inciter les paysans à poursuivre cette culture. Les statistiques de la SOFITEX permettent d'évaluer l'importance des richesses accumulées. Les données concernant la production ne peuvent être remises en cause puisqu'elles sont à la base de la rémunération, par contre les surfaces cultivées ne sont que des estimations réalisées par les encadreurs agricoles du Centre Régional de Production Agricole (CRPA).

Tableau 53 : Campagne cotonnière à Kieré

| Campagne 1993/94 | | | | | |
|------------------|-------------------|----------|------------------|---------------|-----------------|
| Villages | Nb de producteurs | ha semés | Production en kg | Kg/producteur | Rendement kg/ha |
| Kieré | 168 | 391,5 | 213 996 | 2 980 | 547 |
| Siéni | 71 | 177,5 | 184 936 | 1 274 | 1 042 |
| Touaho | 29 | 90,5 | 86 436 | 746 | 955 |
| Tiomboni | 46 | 58 | 34 058 | 2 605 | 587 |

Source : Statistiques SOFITEX, Houndé

Les rendements par producteur varient beaucoup selon les villages. A raison de 112 F. CFA/kg de coton payés par la SOFITEX, les producteurs de Touaho disposent d'un revenu moyen beaucoup plus faible que ceux des autres villages de l'aire sanitaire. Ceci est certainement lié à l'utilisation d'engrais en moins grande quantité sur les champs de coton, d'où la diminution des rendements, et à la qualité des sols où est pratiquée la culture ; Touaho est le village le moins peuplé de l'aire, son terroir est limité en surface. Les populations qui ne pratiquent pas la culture du coton n'ont donc pas les mêmes moyens financiers pour se soigner. La production de maïs peut également assurer un revenu, 1 sac de 50 kg de maïs était vendu, selon les paysans, 3 000 F. CFA, en janvier 1993. Mais tous les cultivateurs ne la pratiquent pas à des fins commerciales, soit

²⁶ Schwartz (A), 1993, op. Cité, p 227

parce qu'ils ont des parcelles trop petites ou parce qu'ils ont une grande famille à nourrir ; la vente d'un sac de maïs ne servira qu'en cas de besoin urgent. Le prix est très variable au cours de l'année et il peut doubler, voire tripler en période de soudure, surtout lorsque la récolte a été mauvaise.

Le développement des activités agricoles commerciales est donc lié au milieu naturel favorable et au dynamisme des populations. L'existence d'un CSPS n'a pas entraîné de changement pour le village dont l'enclavement constitue un grand handicap. La présence de Kiéré au sein d'un espace faiblement humanisé et la préférence accordée aux cultures commerciales non vivrières n'ont pas permis à ce marché, de petite taille, d'être attractif pour le CSPS, pas plus que le CSPS par ses services n'a entraîné la venue d'acheteurs potentiels dans le village ; l'absence d'une pharmacie est sans aucun doute un handicap dans ce domaine. Le village reste isolé, la taille et la qualité des voies de communication sont médiocres, quel que soit le village d'où l'on vient.

2 - La fréquentation du CSPS de Kiéré

A Kiéré, le CSPS est implanté en périphérie de l'espace construit en limite des champs villageois, la surface a été bornée de façon à ce qu'aucun habitant ne cultive ou construise près des locaux. Le site est généralement choisi en périphérie de la zone de construction ; il regroupe le dispensaire, la maternité, les latrines, le forage, le logement de l'infirmier. Construit pour la première fois en 1963 à l'initiative de la population, le CSPS de Kiéré ne semble pas influencer sur le dynamisme économique du village. Le centre de soins n'a pas de statut particulier dans l'esprit des populations, il est considéré simplement comme un lieu où la guérison peut être rapide mais coûteuse.

Selon le dépouillement des registres de consultations sur plusieurs années, la fréquentation du CSPS de Kiéré s'affaiblit à l'image de la fréquentation des structures de soins dans le Houet.

Tableau 54 : Fréquentation du CSPS de Kiéré en 1989, 1992 et 1993

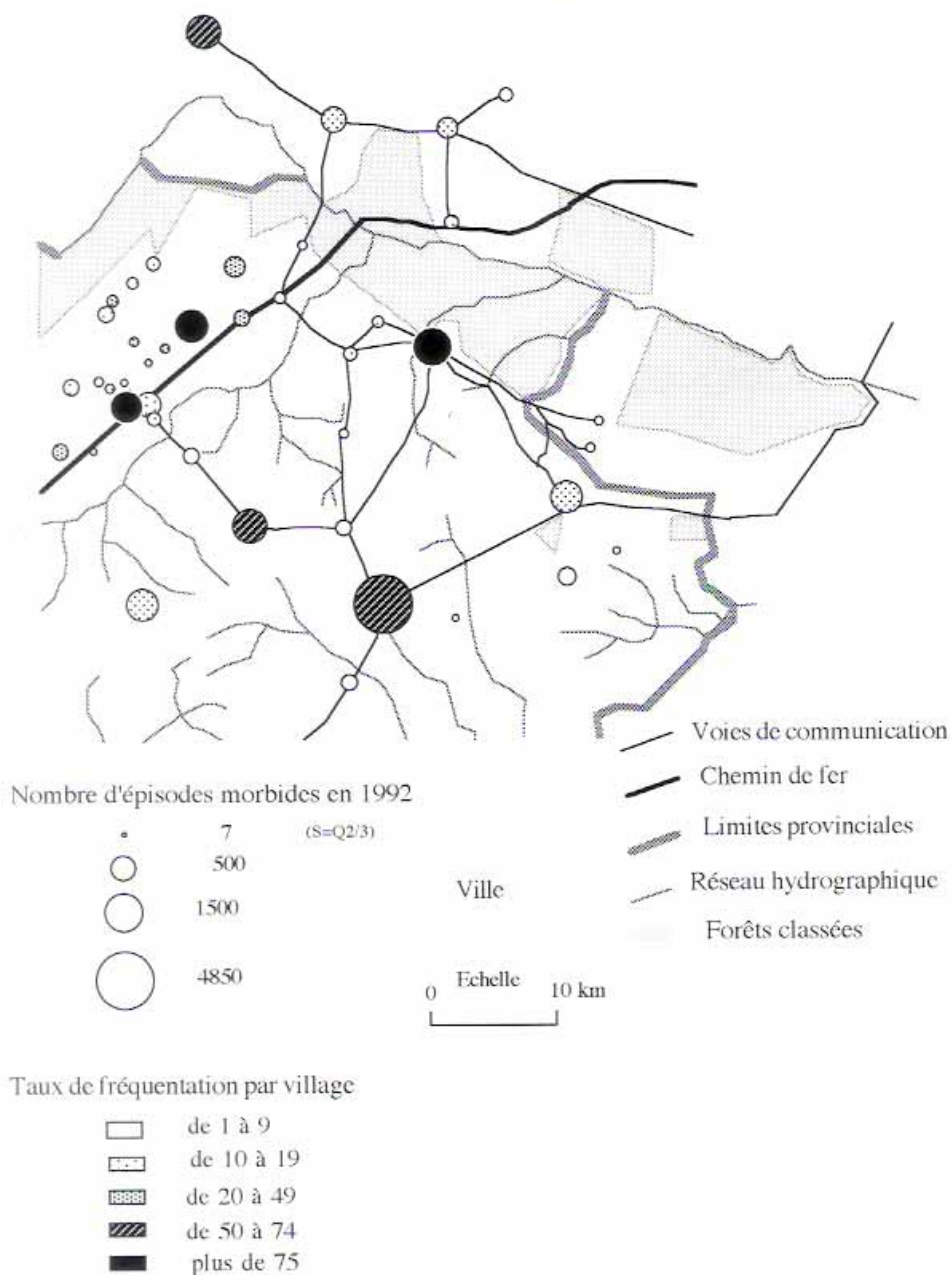
| | 1989 | 1992 | 1993 |
|------------------------|-------|-------|-------|
| Nb d'épisodes morbides | 2275 | 1847 | 1127 |
| Part de Kiéré | 91,6% | 89,0% | 87,6% |

Source : enquêtes personnelles

La couverture sanitaire de Kiéré est relativement restreinte du point de vue distance à parcourir et la population à couvrir ; selon nos enquêtes en 1993, 5821 habitants étaient concernés.

Figure 54

FREQUENTATION DES CSPS PAR VILLAGES
ET TAUX D'EPISODES MORBIDES EN 1992



Réalisation : A. Meunier - LEDRA Université Rouen

Tableau 55 : Distances des villages avec le CSPPS de Kiéré

| Villages/hameaux | Distance de Kiéré |
|------------------|-------------------|
| Touaho | 4,7 km |
| Siéni | 6,9 km |
| Gnimyere | 14,6 km |
| Tiomboni | 9 km |

Source : enquêtes personnelles, Gnimyere est un hameau de culture de Siéni

Compte tenu du nombre d'habitants dans l'aire de responsabilité du CSPPS, la fréquentation de la structure de soins moderne a considérablement diminué ; elle concernait près de 1 habitant sur 2 en 1989 (52,6% selon le taux de croissance estimé pour le Houet), près de 1 sur 3 en 1992 (37,9%) et seulement 1 sur 5 en 1993 (19,3% selon nos recensements). Cette baisse apparaît alors que la croissance démographique est forte. Quel est le comportement des immigrants face aux établissements de soins publics ? La force d'attraction s'est affaiblie d'environ 7% par an entre 1989 et 1992, elle reflète le comportement général de la population du Houet qui se détourne des dispensaires mis à sa disposition. En 1993 la chute de la fréquentation est encore plus spectaculaire, 39% de moins que l'année précédente, le changement de personnel intervenu au cours de cette période justifie sans aucun doute ce fort recul (figure 54).

Le nouveau responsable de la formation sanitaire de Kiéré est révélateur des difficultés de communication avec la population. La pratique du dioula permet à l'infirmier mossi de communiquer avec les populations, mais sa jeunesse, il a une vingtaine d'années, et son inexpérience, c'est son premier poste, ont créé des tensions avec des anciens du village. Il a peu d'autorité et de reconnaissance auprès de la population, surtout auprès des anciens qui doutent de ses compétences. Il est établi dans un village bwaba qui compte environ 16% de migrants de la même ethnie que lui, contre 73% d'autochtones. Les coutumes et l'organisation sociale diffèrent d'un groupe à l'autre, elles entraînent des intolérances qui sont avant tout liées à la personnalité de l'infirmier, en effet son prédécesseur était de la même ethnie et entretenait de bons contacts avec les villageois, et beaucoup regrettent son départ.

En tant que Mossi le nouvel infirmier juge durement la liberté sexuelle accordée aux femmes bwaba et leur comportement. La société bwaba est permissive et le "vagabondage" des femmes n'est pas condamné par l'opinion publique ; C. Savonnet-Guyot explique : l'organisation politique de cette société et le fait que "*lorsqu'un homme décide de prendre une femme, il n'y a pas de compensation matrimoniale, ce qui entraîne peu de conséquences lors de rupture d'union*", un comportement qui ne se rencontre pas chez les Mossi. Cette situation est souvent un sujet de remontrance de la part de l'infirmier, découragé à donner tout conseil en matière de contraception (car, selon le major, l'utilisation d'un moyen contraceptif risque "d'aggraver" la liberté sexuelle

des femmes). Les pratiques matrimoniales "souples" sont considérées à l'origine de la diffusion des maladies sexuellement transmissibles, des maladies étudiées par A. Retel-Laurentin²⁷ au cours des années 1970, après avoir constaté la faible fécondité qui touchait les femmes bwaba. Déjà en 1953 *"le service médical des grandes endémies, soupçonnant un foyer de maladies vénériennes, avait fait pratiquer une enquête"*.

L'infirmier appartient à la communauté protestante du village. Comme les catholiques, elle compte peu de fidèles puisque le village est essentiellement animiste, les musulmans se rencontrent parmi les Mossi. Les protestants bénéficient de l'aide des Américains qui viennent séjourner parfois dans le village, ils ont financé la construction du lieu de culte. Nous avons pu noter quelques traits d'hostilité de la part d'un certain nombre de personnes ; il s'agit là certainement plus d'une jalousie que d'un refus de la religion, mais les protestants sont plus ou moins bien perçus, ce qui est un nouveau point négatif pour l'intégration parfaite du major.

Un autre problème, d'ordre financier, est apparu entre population et infirmier. En l'absence d'accoucheuse auxiliaire, il n'existe qu'une accoucheuse villageoise, le major doit assurer également les accouchements. Pour éviter les déplacements, la seule pharmacie se trouve à Houndé à 15 km, et afin de rendre les actes plus rapides, le responsable de la formation s'est fourni en coton, bouteille d'alcool et gants auprès d'un pharmacien de Houndé. L'initiative de l'infirmier qui vendait le "kit" accouchement pour 1500 F. CFA, a donc été bien accueillie, mais la satisfaction a rapidement fait place au mécontentement lorsque l'infirmier a conservé les produits non utilisés. Pour éviter que s'instaure un climat de méfiance, il a arrêté la vente de produits.

Les Bwaba sont plus ouverts aux influences extérieures que les Bobo, plus conservateurs, ce qui explique sans doute la forte présence des missionnaires dans les villages de la région pendant la colonisation. L'ouverture d'esprit et la capacité d'adaptation n'ont pas entraîné un abandon des cultes traditionnels et il est fréquent de voir un Bwaba se déclarer catholique et maintenir des pratiques religieuses traditionnelles. Par contre, les techniques agricoles et l'organisation du travail ne sont pas soumises au même maintien, à l'image du village de Dossi ; la population se situe donc entre conservatisme religieux et changements économiques. Le domaine de la santé a-t-il profité de l'évolution des mentalités et de l'adoption de nouvelles pratiques dans le CSPS ?

Le CSPS de Kiérou connaît une fréquentation endogène comme le confirme le tableau 56, très peu de personnes n'appartenant pas à l'aire de santé viennent consulter dans ce dispensaire. En 1989, Dohoun se démarquait toutefois, ce village a été équipé la même année d'un CSPS, auparavant ses habitants dépendaient de Houndé mais certains profitaient de leur passage sur le

²⁷ Retel-Laurentin (A), 1979, "Causes de l'infécondité dans la Volta Noire", p2

marché de Kiééré, un marché de petit taille qui réunit une dizaine de marchands venus souvent de Houndé. Quant aux habitants de Boni, Mamou ou Yaho ce sont les relations sociales (matrimoniales) qui justifient certainement leur passage à Kiééré, dont certains profitent pour consulter au dispensaire.

Tableau 56 : Fréquentation du CSPS de Kiééré par village

| Villages | 1989 | 1992 | 1993 |
|----------|------|------|------|
| Kiééré | 2086 | 1647 | 990 |
| Touaho | 60 | 68 | 60 |
| Siéni | 69 | 86 | 40 |
| Tiomboni | 8 | 21 | 15 |
| Dohoun | 17 | 1 | 3 |
| Boni | 5 | 1 | 0 |
| Mamou | 7 | 2 | 0 |
| Yaho | 4 | 3 | 2 |
| Houndé | 2 | 1 | 3 |
| Béréba | 2 | 0 | 1 |
| Kopoi | 1 | 2 | 0 |
| Mina | 1 | 3 | 4 |
| Bagassi | 3 | 2 | 1 |
| Karaba | 2 | 1 | 4 |
| Wakuy | 0 | 4 | 0 |
| autres | 8 | 5 | 6 |

Source : registres de consultation 1992, 1993 ; dépouillement S. Poda, 1989

Ces chiffres de fréquentation reflètent la situation dans laquelle se trouve la majorité des CSPS du Houé. L'enclavement de Kiééré, la présence d'étrangers en nombre plus ou moins important sur les terroirs bwaba, la pratique d'une culture commerciale, ne semblent pas entraîner un comportement différent des populations. Il y a prédominance des habitants du village d'implantation dans la fréquentation, alors que les autres localités de l'aire de responsabilité représentent à peine 10% du total d'épisodes morbides recensés et la fréquentation est endogène à l'aire de santé. Le réseau de relations sociales qui se tisse entre certains villages profite tout de même peu au CSPS qui reste peu utilisé par les personnes extérieures à l'aire de responsabilité, mais ceci paraît logique pour deux raisons. La politique sanitaire exige ce respect, sans toutefois réussir à le faire observer strictement, comme le montre la situation du CSPS de Nasso ; en outre,

les villages avec lesquels Kiéré entretient des relations, disposent également d'un CSPS. La formation de Kiéré présente peu d'intérêt dans la mesure où elle ne possède pas de pharmacie ni de dépôt, ce qui diminue son attrait.

De même les habitants de l'aire sanitaire ont rarement recours aux autres établissements, le CM de Houndé est le plus sollicité mais dans de faibles proportions.

Tableau 57 : Le recours à d'autres CSPS

| | Kiéré | | Siéni | | Touaho | | Tiomboni | |
|------------------------|-------|------|-------|------|--------|------|----------|------|
| | 1989 | 1992 | 1989 | 1992 | 1989 | 1992 | 1989 | 1992 |
| Autres CSPS sollicités | | | | | | | | |
| Houndé | 17 | 11 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Wakuy | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Béréba | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mamou | a | 3 | a | 0 | a | 0 | a | 0 |
| Wakara | a | 1 | a | 0 | a | 0 | a | 0 |

Source : registres de consultations, a = absence de données

La position géographique de Siéni, en périphérie de l'aire de responsabilité, et la fréquentation des autres marchés de la région expliquent que l'on retrouve parfois ses habitants dans d'autres CSPS, contrairement à Touaho qui respecte strictement les limites sanitaires définies par les autorités provinciales. Malgré des prestations assurées par des médecins au Centre Médical et la présence de deux pharmacies, les habitants sont peu nombreux à visiter l'établissement sanitaire de Houndé. Cette commune entretient pourtant des relations commerciales avec les villages des alentours, avec son marché très attractif qui se tient tous les cinq jours et un marché hebdomadaire de plus petite taille. On ne peut donc avancer comme hypothèse que le blocage fait par le personnel à l'entrée du Centre Médical. En s'appuyant sur des exemples béninois, J.L. Richard²⁸ montre qu'à distance sensiblement égale les malades préfèrent se rendre dans l'établissement le mieux considéré. Si la qualité du service est incitative, le facteur décisif est le mode de déplacement puisque l'auteur précise que pour une longue distance la motocyclette ou le taxi sont utilisés. Malgré l'investissement des revenus du coton dans l'achat de deux roues, les habitants de Tiomboni à distance relativement égale entre Kiéré et Houndé ne sont pas plus nombreux à utiliser les services du Centre Médical.

La part des épisodes morbides par rapport à la masse démographique est fonction de la distance, soit 54,1% des habitants de Kiéré, 11,6% des habitants de Touaho et 7,3% de Siéni

²⁸ Richard (J.L.), 1995, "Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural", p 101

fréquentaient une structure de soins moderne en 1992 et seulement 2,8% de Tiomboni. Nous avons montré précédemment à l'échelle du Houet qu'à mesure que l'on s'éloignait de l'établissement de soins le taux de fréquentation par village diminuait, pris à grande échelle on retrouve ce phénomène. Le faible taux d'utilisation de l'offre de soins modernes ne doit pas être assimilé à un bon état de santé général, il s'explique par l'existence d'autres types de recours. D'autres éléments semblent intervenir sur le comportement des individus. On peut supposer que les migrants, par leur position d'étrangers éloignés des guérisseurs qu'ils consultent habituellement, fréquentent davantage le CSPS pour remédier à leurs problèmes de santé.

Pour répondre à cette hypothèse nous avons utilisé deux sources d'information, d'une part, les enquêtes auprès des Mossi établis dans les différents villages et d'autre part, le dépouillement des registres de consultation par nom de famille. La première source s'est avérée inutilisable, si nous avons pu gagner la confiance des populations bwaba, les Mossi se sont montrés récalcitrants pour répondre aux questions de santé et ils nous ont systématiquement assuré qu'ils ignoraient tout de la médecine traditionnelle, le CSPS étant le seul lieu de soins qu'ils connaissaient. Lorsque nous avons tenté de comprendre quel était leur recours quand les ressources financières manquaient pour acheter les médicaments, ils nous ont répondu qu'ils s'en remettaient, dans ce cas, à Dieu.

Les registres de consultations se sont avérés le seul moyen pour identifier la part représentée par chaque ethnie ; cette méthode présente toutefois des biais qui ne nous permettent pas de tirer des conclusions définitives de nos observations. En effet, si les ethnies sont caractérisées par de grandes familles comme les Sanou chez les Bobo, Bambio chez les Bwaba de Kiérou et ses environs, à la faveur des brassages il se peut qu'un même nom de famille se retrouve dans plusieurs groupes ethniques différents. Ce constat est valable surtout pour les populations établies depuis plusieurs siècles dans le sud-ouest du Burkina Faso, dont on reconnaît une certaine stabilité depuis la colonisation. Cette partie du pays, nous l'avons longuement abordé précédemment, est touchée depuis peu par des mouvements de populations venues du centre du pays qui n'ont pas eu de contacts durables susceptibles d'entraîner des assimilations, comme on peut le constater chez les Tiérou au sud-est de la province du Houet, qui ont totalement perdu leur identité linguistique pour assimiler la langue dioula. Il n'y a donc pas de risque de confusion entre les groupes étrangers importants représentés par les Peul et les Mossi et les autochtones Bwaba.

Compte tenu des risques d'erreur qu'entraîne le dépouillement des registres, ils n'ont été utilisés qu'en partie dans l'ensemble des CSPS. A Kiérou, le dénombrement par nom a été réalisé pour les huit premiers mois de 1992, faute d'avoir la totalité des registres.

Tableau 58 : Fréquentation du CSPS de Kiéré par ethnie en 1992

| Ethnies | Population recensée en 93 | Part de chaque groupe | Nb d'épisodes morbides | % par rapport à la pop recensée |
|---------|---------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
| Bwaba | 3141 | 53,9% | 947 | 30,1 |
| Mossi | 2026 | 34,8% | 285 | 14,1 |
| Peul | 578 | 9,9% | 112 | 19,4 |
| Divers | 76 ⁽¹⁾ | 1,3% | 38 | |

Source : enquêtes personnelles, (1) ce sont les Dafin, Samo, Pougouli

Ces enquêtes concernent un petit nombre d'individus, cependant on peut voir que les Mossi sont sous-représentés par rapport aux autres groupes. La répartition spatiale des populations fait apparaître des différences entre groupes et la proximité peut être avancée pour expliquer la "forte" fréquentation des Peul et l'éloignement pour justifier le plus faible recours au dispensaire par les Mossi. Nous pensons que ces différences sont également d'ordre financier, en effet les bœufs des Peul sont une épargne rapidement utilisable dans le cas d'un besoin urgent de numéraires, et ce quelle que soit la saison, alors que les Mossi, malgré leur pratique de la culture cotonnière, ne disposent pas des mêmes ressources tout au long de l'année. Par ailleurs, lors de nos enquêtes les Peul ont cité en majorité le CSPS de Béréba comme lieu de soins, bien avant celui de Kiéré.

Le fait majeur apparu dans les registres de consultation de Kiéré est également visible dans les registres de Béréba. En effet au CSPS de Béréba on recensait 9,7% de "consultants" peul²⁹, 35,9% étaient Bwaba et 31,5% Mossi). Les éleveurs sont présents aux alentours de Béréba, un projet-élevage qui s'est installé il y a peu de temps dans ce département. Un recensement a été réalisé en 1993 par les services de la préfecture, les modalités de réalisation n'étant pas connues il faut prendre avec précaution les résultats d'autant plus qu'ils font état d'un taux de croissance de 2,7% par an (égal à la moyenne nationale) alors que les Mossi sont nombreux à venir s'installer dans le département. Toutefois le calcul du rapport de chaque groupe avec l'ensemble de la masse démographique permet d'observer l'importance des Mossi, 55,3% de la population, les Bwaba représentent 32,5%, les Peul 8,7% et les Dafin et Gurunsi 3,5%. Si l'on tente d'évaluer la part des "consultants", à Béréba, dans chaque groupe pour les trois mois d'enquêtes en 1992 : 2,1% des Mossi sont concernés, 4% des Bwaba et 3,9% des Peul. La faiblesse de l'échantillon ne permet pas de retenir les ordres de grandeur mais ils mettent en évidence la sous-utilisation des CSPS par les Mossi.

²⁹ Nous rappelons que l'échantillon étudié à Béréba correspond à 24,6% du total d'épisodes morbides en 1992 et 51,5% à Kiéré. On peut estimer qu'à Béréba environ 15% de la population peul consultaient en 1992 et 42% à Kiéré

Tableau 59 : Répartition ethnique en fonction de l'éloignement du CSPS

| Distances | Bwaba | Mossi | Peul |
|-------------|-------|-------|-------|
| CSPS | 71,6% | 25% | 42,4% |
| 0 - 5 km | 8,5% | 15,7% | 0% |
| 5 - 7,5 km | 16,6% | 25,7% | 39,4% |
| 7,5 - 10 km | 3,3% | 33,6% | 18,2% |

Source : enquêtes personnelles

La répartition spatiale de chaque groupe ethnique met davantage en évidence l'utilisation plus importante des structures de soins modernes par les Peul, en effet le taux d'épisodes morbides plus élevé du groupe bwaba se justifie par la présence majoritaire de ces populations dans le village d'implantation du CSPS, alors que près des deux-tiers des Mossi et des Peul sont établis à plus de 5 km.

Quant à la fréquentation par âge, on ne peut faire une grande distinction puisque les registres ne fournissent que trois types d'information. Le tableau suivant indique que si en nombre ce sont les adultes les plus nombreux à venir au CSPS, comparativement à l'importance de chaque groupe défini dans les registres, les enfants utilisent le plus souvent ce type d'équipement alors que les femmes se font plus rares. Les parents ont tendance à emmener plus souvent leurs jeunes enfants au dispensaire car ceux-ci ne peuvent exprimer leur douleur, il leur est donc parfois difficile de se tourner vers l'automédication. La faible part des femmes est d'autant plus surprenante que l'indice de masculinité est de 94 hommes pour 100 femmes dans l'ensemble de l'aire de responsabilité. La représentation de chaque "groupe d'âge" est sensiblement identique à celle du Houet, les 0-4 ans sont un peu plus représentés dans l'aire de Kiéré avec 19,5% contre 18,9% dans le Houet alors que les plus de 15 ans sont un peu moins nombreux 51,9% contre 52,3% pour la province.

Tableau 60 : Fréquentation par "groupe d'âge" au CSPS de Kiéré

| Groupes | Population 93 | Frqt 1989 | Frqt 1992 | Frqt 1993 | % c.m. en 92 | % c.m. en 93 |
|------------|---------------|-----------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| 0 - 4 ans | 1136 | 449 | 423 | 215 | 37,2% | 18,9% |
| 5 - 14 ans | 1664 | 862 | 577 | 334 | 34,7% | 20,1% |
| Adultes | 3021 | 964 | 847 | 580 | 28,0% | 19,2% |
| dt femmes | 1647 | a | 407 | 268 | 24,7% | 16,3% |
| dt hommes | 1374 | a | 440 | 312 | 32,0% | 22,7% |

Sources : enquêtes personnelles en 1992, statistiques S. Poda en 1989, a = absence de données

L'évolution sur plusieurs années permet de voir que la part de chaque groupe est variable, une constante subsiste cependant, la sous-utilisation du CSPS par les femmes alors qu'il est "*couramment admis que les besoins des femmes adultes sont supérieures à ceux des hommes*"³⁰. A titre de comparaison, l'étude des utilisateurs des services de santé modernes au Bénin montre, sinon une légère surreprésentation des femmes, tout du moins l'équivalence dans le nombre de visites entre les deux sexes. Le comportement des populations bwaba diffère donc des observations générales que l'on peut justifier par les revenus limités dont disposent les femmes. J.L. Richard ajoutait "*quant à l'utilisation différenciée des différents services de santé modernes en fonction du sexe, nous constatons que les femmes sont d'autant plus surreprésentées dans un service de santé que celui-ci est élevé dans la hiérarchie sanitaire locale, et cela indépendamment de la distance à parcourir*"³¹, un phénomène que l'on ne retrouve pas dans cette partie de la province du Houet. Le Centre Médical de Houndé, troisième échelon de la hiérarchie sanitaire burkinabè, où deux médecins assurent les visites médicales ne sont pas plus sollicités par les femmes. Les registres de consultations font état de 1 761 épisodes morbides pour les hommes et seulement 966 pour les femmes, il y a donc bien une sous-représentation féminine dans les services de santé modernes.

Quant aux jeunes enfants, moins de quatre ans, plusieurs études ont montré la faible importance qu'ils tenaient par rapport aux adultes dans une famille ; ainsi à propos des Dogon S. Tinta écrit : "*le statut social du malade et les rapports de domination/dépendance qui s'y rattachent prédéterminent la désignation du décideur et l'importance des ressources à mobiliser. Par exemple, l'enfant qui n'a pas atteint quatre ou cinq ans n'est pas considéré comme une "personne" et l'assistance familiale dont il bénéficiera en cas de maladie sera moins importante que celle qui sera régulièrement accordée à un vieillard de 80 ans*"³². A Kieré, au contraire, au-delà des erreurs d'estimation de l'âge du patient, les moins de quatre ans sont très présents au CSPS, même si leur part a diminué d'importance. La consultation dans des services plus spécialisés, donc plus éloignés et impliquant des investissements financiers plus importants, comme les frais de déplacement pour y accéder, ne sont pas plus des obstacles à la consultation des jeunes enfants contrairement à ce que l'on peut penser.

³⁰ Richard (J.L.), op. cité, p 95

³¹ ibidem

³² Tinta (S), 1993, "Les services de santé du cercle de Bandiagara", p 213

Tableau 61 : Part des épisodes morbides par groupe d'âge
 parmi les villages "consultants" en 1989 (en %)

| Groupe d'âge | Houndé | Orodara | N'Dorola | Niangoloko | Banfora |
|--------------|--------|---------|----------|------------|---------|
| 0 - 4 ans | 15,9 | 28,7 | 34,6 | 36,7 | 4,8 |
| 5 - 14 ans | 12,0 | 27,5 | 22,1 | 26,7 | 0,6 |
| adultes | 13,5 | 37,6 | 24,0 | 20,9 | 1,6 |
| Total | 13,5 | 33,1 | 25,5 | 25,2 | 1,8 |

Source : E. Bessière pour le Kéné Dougou, S. Poda pour le Houet, F. Sagnon pour la Comoé³¹

Enfin les registres indiquent le "diagnostic" réalisé par l'infirmier, or celui-ci ne dispose d'aucun moyen pour identifier le mal dont souffre le malade et il s'agit le plus souvent d'un pronostic présomptif. Nous nous garderons d'en tirer des conclusions et nous nous en tiendrons aux statistiques relevées et utilisées par la DPS. Ainsi dans le Houet 21% des patients venus consulter souffraient de paludisme, un mal qu'il est pourtant impossible à l'infirmier de diagnostiquer puisqu'il ne peut pratiquer de goutte épaisse, examen généralement effectué pour identifier la crise de paludisme et qui est aujourd'hui remis en cause ; 19 % des malades souffraient de maladies de peau. A Kiéré, les registres placent également le paludisme en première cause de consultation avec 24,4% des cas, suivi par les blessures et plaies 18,5% ; outre les blessures dues aux travaux agricoles beaucoup sont liées aux morsures d'animaux, voire d'hommes et aux bagarres. Enfin, suivent dans des proportions relativement égales, différents symptômes ou diagnostics présomptifs : bronchite : 5,9%, douleurs abdominales : 5,3%, diarrhées : 4,6%, céphalées : 4,3%. Ces éléments ne nous informent donc pas réellement de l'état de santé des populations. La colonne diagnostic indiquant plus souvent des symptômes, il est difficile d'établir une typologie. Les maladies carencielles sont rares, seulement 15 cas de malnutrition sont recensés en 1992.

³¹ Nous ne pouvons juger de l'utilisation par sexe de ces services en 1989 faute de disposer de données détaillées

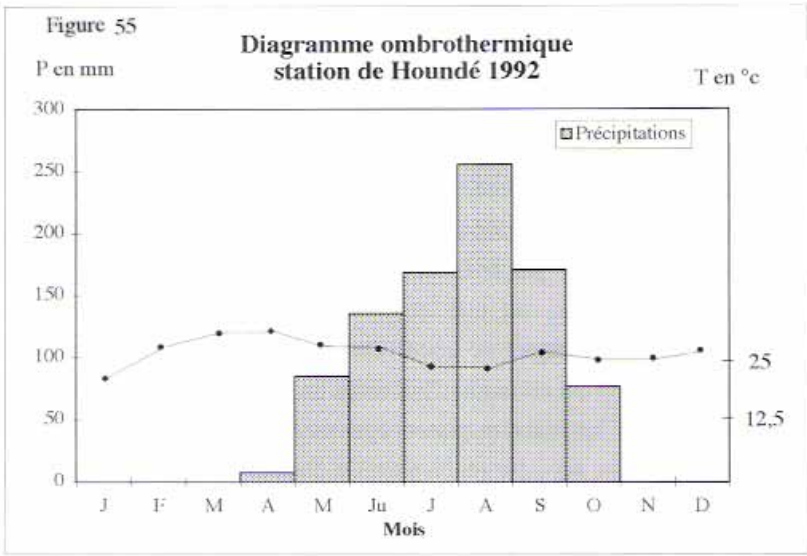


Tableau 62 : Variations saisonnières des principales pathologies

| Mois | Paludisme | Plaies | Bronchite |
|-----------|-----------|--------|-----------|
| Janvier | 9 | 25 | 7 |
| Février | 14 | 30 | 13 |
| Mars | 7 | 30 | 21 |
| Avril | 7 | 28 | 6 |
| Mai | 27 | 34 | 5 |
| Juin | 63 | 25 | 4 |
| Juillet | 76 | 18 | 2 |
| Août | 57 | 29 | 4 |
| Septembre | 49 | 30 | 14 |
| Octobre | 71 | 17 | 29 |
| Novembre | 53 | 49 | 5 |
| Décembre | 36 | 29 | 3 |
| Total | 469 | 344 | 113 |

Source : registres de consultations 1992

Le climat est en relation directe avec la montée de certaines pathologies (figure 55). Deux pics caractérisent la distribution annuelle des cas de bronchite, le premier en février est certainement lié à l'Harmattan, le second en octobre est dû aux faibles températures et à l'humidité qui marquent la saison des pluies. De même les cas de "paludisme" présumés par l'infirmier se multiplient entre juin et octobre ce qui correspond, sur le diagramme ombrothermique de la station de Houndé à la période pluvieuse. La saison des pluies étant favorable à la multiplication des insectes vecteurs du paludisme : l'anophèle, l'infirmier fait systématiquement association entre état fébrile et cas de paludisme ; un examen à l'aide d'analyse pourrait réviser à la baisse le nombre de ces cas. Quant aux plaies et blessures, leur nombre est à peu près constant toute l'année. Toutefois, on peut distinguer deux périodes : de mars à mai, les hommes consomment une grande quantité d'alcool, principale occupation pendant la saison sèche lorsque les travaux cultureux sont terminés, et qui est également la période des funérailles, et en août et septembre les consultations sont plus nombreuses liées aux travaux agricoles.

III - ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

Les chiffres font état d'un délaissement des structures de soins publiques par la population et d'une utilisation très variée selon les personnes. Si la carte sanitaire est soumise à des contraintes imposées par l'Etat, les choix thérapeutiques suivent d'autres contraintes, généralement financières. Le recours à la médecine moderne n'est pas systématique pour tous les individus, beaucoup d'éléments entrent en jeu : le type de maladie, les relations établies avec l'infirmier, la distance par rapport au CSPS, les disponibilités financières, l'âge du malade. Les comportements sont donc différents face à la maladie et il est difficile d'établir des itinéraires types suivis par les villageois. A travers des questionnaires nous avons tenté de situer l'offre de soins modernes dans les itinéraires thérapeutiques suivis par les malades.

Les 90 hommes interrogés ont été tirés au hasard parmi les données du recensement. Nous avons essayé de répertorier sur trois mois tous les maux pour lesquels ils avaient été soignés, puis leurs femmes ont été interrogées à propos de leur santé et celle de leurs enfants, cependant seules une petite partie a été retenue lorsque les femmes venaient seule à l'enquête. A partir de la question ouverte : "quand avez-vous été malade pour la dernière fois et qu'avez-vous fait pour vous soigner ?" les réponses montrent que, quelle que soit l'activité agricole pratiquée et les revenus, l'automédication traditionnelle est généralement le premier, sinon le seul recours pour les symptômes les plus souvent cités que sont les maux de tête, de ventre, de dos et le "paludisme" qui résulte de la conjonction de plusieurs symptômes. Pour ceux qui n'ont pas utilisé les services du CSPS l'année de notre enquête, 1993, nous avons essayé de savoir à quand remontait leur dernière visite, environ 20% nous ont précisé 1992, l'infirmier présent à cette époque donnait parfois les médicaments gratuitement ; mais pour la majeure partie elle remonte à plus longtemps. Nous avons constaté que l'utilisation du CSPS est souvent associée à la peur de la maladie, des symptômes qui ne sont pas connus ou pas fréquents ; le malade ou sa famille pense que le mal est grave et qu'il y a urgence, comme cet homme tombé d'un arbre et évanoui, sa famille l'a aussitôt emmené au CSPS.

1- La préférence accordée à la médecine traditionnelle

Les structures de soins modernes sont donc délaissées, les soins pratiqués sont jugés trop onéreux par les personnes interrogées et ceux qui nous ont déclaré y avoir eu recours ont dû vendre, dans les deux tiers des cas, un poulet, un mouton ou un sac de maïs pour acheter les médicaments faute d'argent liquide disponible. Comment dans ce cas les plus démunis peuvent-ils avoir systématiquement recours à ce type de structure ? La santé ne fait pas l'objet d'anticipation, ni d'épargne, et soigner les cas les plus graves implique la vente de biens et l'aide de la famille lors d'évacuation sanitaire.

Figure 56

RELATIONS MATRIMONIALES ENTRETENUES PAR KIÈRE
ET LOCALISATION DES MARCHÉS DANS LE NORD-EST

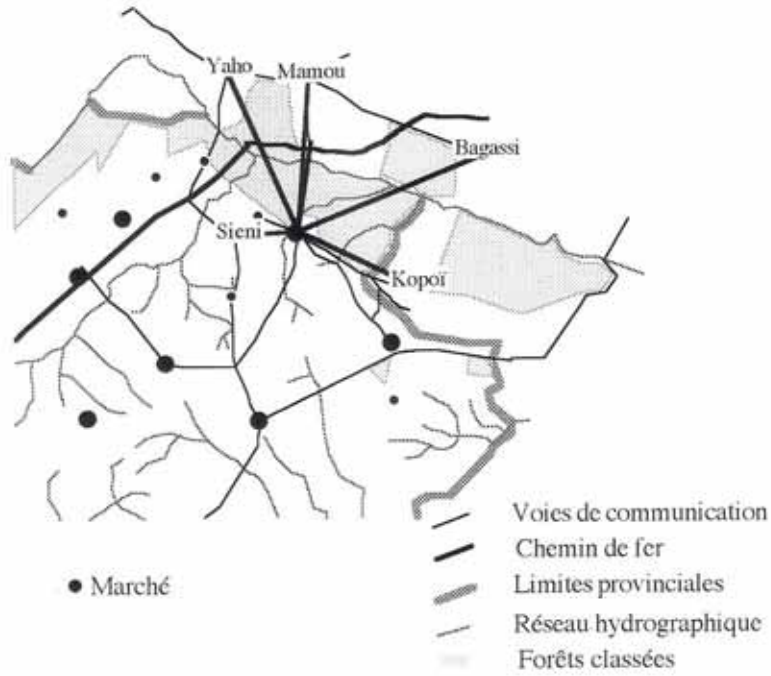
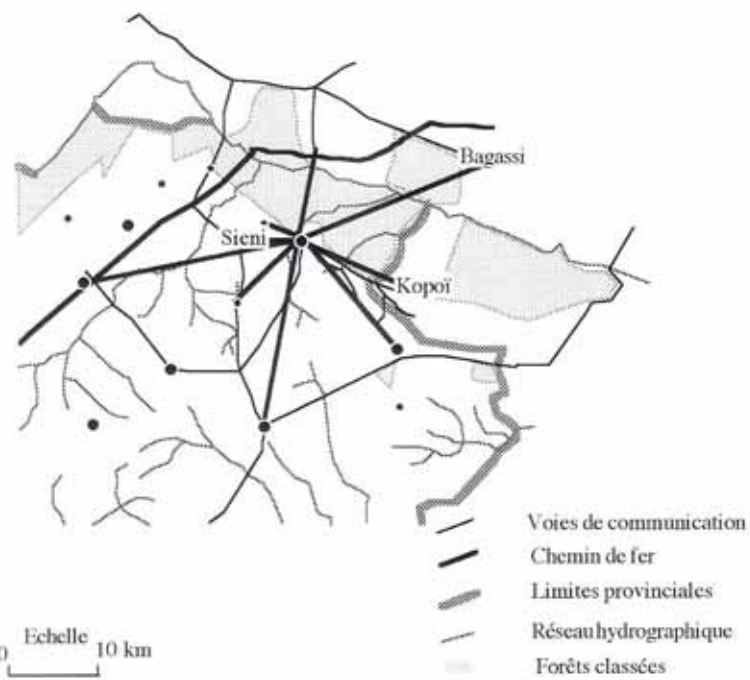


Figure 57

ATTRACTION DES GUÉRISSEURS DE KIÈRE



Dans 77% des cas les itinéraires thérapeutiques ne comportaient qu'une seule étape ; 51,2% ont pratiqué l'automédication traditionnelle, 30,9% sont allés chez le guérisseur, 17,9% au CSPS. Dans 23% des cas seulement, l'itinéraire thérapeutique comportait deux étapes, il s'agit souvent du CSPS en première ou deuxième étape, en alternance avec le guérisseur. Mais lorsque le CSPS est utilisé en alternance avec l'automédication traditionnelle, cette dernière est souvent la première étape, l'échec du traitement et l'aggravation du mal incitent le malade à recourir à la médecine moderne. L'automédication moderne n'a été citée que dans un seul cas. La zone de Kiéré contraste, en cela, beaucoup avec celle de Gnafongo dépendant du CSPS de Péni au pied de la falaise de Banfora, car l'automédication moderne est très fréquemment citée par les personnes interrogées. A Kiéré, il n'y a pas de dépôt pharmaceutique bien équipé et les déplacements sur le marché de Houndé ne sont pas l'occasion de se fournir en médicaments, en prévision d'un mal.

Le guérisseur est consulté pour ses connaissances et sa qualification à soigner certains maux. Les guérisseurs de Kiéré sont très sollicités, ils soignent les symptômes et parmi les trois que nous avons interrogés aucun n'a de spécialité. Leur action ne se limite pas à Kiéré ils sont également sollicités par d'autres villages (figure 56). On retrouve ceux avec lesquels Kiéré, Touaho, Siéni, Tiomboni entretiennent des relations matrimoniales auxquelles correspond un réseau de relations "sanitaires". Ce réseau est lié à l'histoire commune vécue par ces populations : les attaques Peul avant la colonisation et les accords de défense, l'insoumission des populations à la colonisation dont Wakara, Bagassi, Béréba, Warkoye sont considérés comme des "pôles de résistance"³⁴. Nous verrons que, si l'on change d'échelle au-delà des limites administratives, le maillage sanitaire en pays bwaba est dense et se superpose à la carte des itinéraires commerciaux empruntés par les explorateurs³⁵ et à la carte des points sensibles pendant la colonisation.

Les choix de consulter ou non au CSPS sont motivés par différents éléments, d'une part l'habitude, la perception du mal par chaque individu est très importante, d'autre part le CSPS est choisi en premier recours, soit par crainte de l'infirmier qui souvent réprimande le malade parce qu'il a trop attendu pour venir le consulter, soit par peur du mal. Les recours multiples sont fréquents. Les disponibilités financières seront un élément décisif de la non fréquentation du CSPS pour certaines familles trop pauvres ; pour d'autres, si les médicaments ne sont pas donnés gratuitement lors de la consultation, elles préféreront recourir au guérisseur.

Les femmes n'utilisent pas toujours le CSPS pour leur accouchement. Si elles déclarent en majorité vacciner leurs enfants, elles accouchent souvent à la maison, aidées par les vieilles femmes du village, soit parce que l'accoucheuse est absente, soit parce que celle-ci est souvent

³⁴ Kambou-Ferrand (JM), 1993, op. Cité, p 385

³⁵ Binger après avoir quitté Bobo-Dioulasso en 1887 passe par Kotédougou, Bondukuy, Wakara, Yaho, Bagassi, Wahabou

aidée par l'infirmier au regret des femmes. En outre, les produits utilisés à la maternité sont payants et les maris ne sont pas toujours prêts à les acheter, ce qui oblige les femmes à accoucher à la maison. Elles ne sont pas financièrement autonomes, et les revenus tirés de la vente du dolo, des porcs ou des travaux agricoles ne sont pas assez réguliers ni importants. Les soins des enfants sont également décidés et financés par le mari, excepté lorsque la femme a les disponibilités financières ce qui est rare ; l'enfant est généralement emmené par la mère.

L'étude de cet espace permet de conclure que la médecine moderne fait, en 1993, de moins en moins partie de l'itinéraire thérapeutique des malades. Une dichotomie entre maladies soignées par la médecine moderne et celles soignées par la médecine traditionnelle s'est développée. Elle est fonction des savoirs traditionnels, des représentations de maladie, *"les malades tendent donc à utiliser tous les recours qui leur sont accessibles et suivent, dans la mesure de leurs moyens, un peu de chacune des prescriptions reçues, sans conviction, sans adhésion préalable"*³⁶. Malgré les coûts engendrés par les soins, la santé n'est pas une raison pour épargner, et les revenus sont consacrés avant tout à assurer l'alimentation de la famille puis à l'achat de biens de consommation.

2- Impact de revenus sur l'utilisation des structures de soins modernes

Les Bwaba, par leurs choix agricoles, ont un avantage sur les populations du reste de la province qui ne pratiquent pas la culture du coton (en particulier des résidents du sud-ouest de la province) ; selon les données de la SOFITEX les producteurs de coton avaient, en 1993, un revenu moyen de 83 552 F. CFA à Touaho, 142 888 F. CFA à Siéni, 291 760 F. CFA à Tiomboni et 333 760 F. CFA à Kiéré. Quelle est l'incidence économique de cette culture ?

Parmi les 90 hommes interrogés 44% pratiquaient la culture du coton, leurs bénéfices variaient de 25 000 à 1 064 000 F. CFA (revenu moyen 256 000 F. CFA). Parmi les non producteurs de coton on retrouve les Peul, quelques Bwaba et Mossi. Les utilisateurs du CSPS se retrouvent à parts égales parmi ces deux groupes, la vente du coton n'influe pas sur le niveau de fréquentation. Si l'on change d'échelle, l'ensemble du pays bwaba paraît mieux équipé avec 8 832 patients potentiels par CSPS contre 13 784 pour le reste de la province. Ces structures de soins étaient visitées par 1 927 "consultants", soit 22,7% d'épisodes morbides, dans le premier groupe et 2 169, soit 17,6% d'épisodes morbides dans le deuxième groupe. Il n'y a donc pas de différence majeure de comportement des populations bwaba face aux établissements de soins modernes.

³⁶ Diakité (BD.) et al, 1993, "Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni", p 157

Pour connaître les secteurs d'investissement des revenus du coton nous nous appuyons sur nos constats et les écrits de PC. Belem³⁷. Les bénéficiaires cotonniers servent en premier lieu à payer la main-d'oeuvre employée sur les champs des plus gros exploitants, comme cet homme de Touaho qui a déboursé 6 000 F. CFA pour payer 30 femmes venues sarcler son champ pendant une journée (200 F. CFA par personne) et 15 000 F. CFA, pour 60 femmes pendant deux jours pour récolter le coton. Il possède un jardin de 12 ares où il pratique la culture du tabac qui lui a rapporté 15 000 F. CFA en 1993 et il emploie de la main-d'oeuvre sur ses 12 ha de champs de brousse où 8 ha sont consacrés au coton et 4 ha au maïs, il a récolté 9,5 tonnes de coton et 103 sacs de maïs. Cet homme de 49 ans vit avec sa mère, ses quatre femmes et ses cinq enfants. Nous signalons pour information qu'il a consulté dans un CSPS pour la dernière fois en 1991 et que c'est l'une de ses femmes qui a utilisé les services de santé la dernière en 1993, les soins ont été financés par son mari. Cet exemple est un cas extrême du point de vue agricole, généralement les surfaces cultivées sont moins importantes et la main-d'oeuvre n'excède pas 10 personnes, d'ailleurs la majorité des 90 cultivateurs interrogés travaillent encore en groupe d'entraide. C'est le cas aussi chez les Mossi, les Peul par contre louent assez fréquemment les services de personnes.

L'argent du coton est investi dans l'amélioration de l'habitat à Kiérou les maisons en briques de latérite, en "dur" ou en banco amélioré (les murs de banco sont recouverts de ciment) se sont multipliées. D'autres investissent dans l'achat de boeufs pour la culture attelée, l'achat de matériel agricole ; un seul habitant de Kiérou possède deux tracteurs, et objet de consommation ou de "luxe" radio, bicyclette, vélomoteur, vêtements. PC. Belem ajoute que *"l'un des fléaux de la culture cotonnaire est l'utilisation des revenus dans la consommation d'alcool"*, une consommation accrue avec l'organisation des funérailles *"de plus en plus, elles sont célébrées avec fastes par les cultivateurs de coton qui n'hésitent pas à y engloutir le fruit de toute une année de travail de l'ensemble d'une famille en dépenses prestigieuses"*³⁸.

Les pratiques agricoles bwaba changent, les cultures intensives sous parc à *Faidherbia albida* diminuent au profit des cultures sur champs de brousse, les travaux collectifs en groupes d'entraide suivent la même tendance. On recense de plus en plus de chefs de famille pratiquant les travaux agricoles avec leur famille uniquement, ce qui réduit la densité de population sur les champs, *"on assiste au morcellement des terres agricoles. Les terres familiales qui se trouvaient traditionnellement sous l'autorité de l'aîné du lignage et qui, à sa mort, devenaient des champs collectifs pour l'ensemble de la famille, sont souvent divisées parce que les enfants n'arrivent plus à s'entendre"*³⁹. Le temps de séjour sur le champ s'allonge, *"tout au long de la période durant laquelle s'effectuent les travaux champêtres, la plupart des jeunes du village, surtout les femmes et*

³⁷ Belem (PC), 1985, "Coton et système de production dans l'ouest du Burkina Faso"

³⁸ ibidem, p 285

³⁹ De Plaen, op. Cité, p 81

*les enfants, habitent des campements situés à l'emplacement des champs qu'ils exploitent pour minimiser le temps de déplacement et maximiser le temps de travail. Les hommes effectuent alors fréquemment l'aller-retour entre le champ et le village*⁴⁰. Les services de santé ne doivent pas ignorer les caractéristiques des sociétés auxquelles ils s'adressent et du milieu dans lequel elles vivent, " *ce ne sont manifestement pas les conditions naturelles dont la réputation d'ingratitude est largement surfaite, qui en sont responsables. Mais ce sont bien les options économiques, les formes d'organisation de l'espace et les modalités d'aménagement de l'espace régional qui pèsent sur les mentalités des populations et déterminent des pratiques et des comportements à risque depuis plusieurs générations*"⁴¹. Les modes d'occupation de l'espace, les techniques de travail se sont modifiées au cours des décennies, la pratique de l'espace par les populations est aujourd'hui différente de celle qui prévalait autrefois. Ces changements peuvent offrir des conditions favorables à l'apparition ou la réapparition de maladies, telles les endémo-épidémies si les conditions naturelles s'y prêtent.

⁴⁰ *ibidem*, p 89

⁴¹ Picheral (H), 1995, "Le lieu, l'espace et la santé", p 21

CHAPITRE III

CONSEQUENCE DE L'ISOLEMENT GEOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE : L'EXEMPLE DE LA PLAINE

Si la province du Houet satisfait aux normes de couverture, et si elle dispose d'un Hôpital National, cela n'exclut pas des disparités d'équipement. Alors que le nord-est de la province présente une densité d'équipement élevée, le sud-est est un espace où les structures de soins sont plus rares, ouvertes à des populations dont le mode d'occupation de l'espace est plus dispersé que dans le reste de la province. C'est dans cet espace délaissé par la programmation sanitaire que les PSP ont le mieux résisté au temps, ils offrent des soins palliatifs aux populations qui n'ont pas toujours la possibilité de se rendre dans un CSPS trop éloigné.

I - LES PSP : LA CONCRETISATION RAPIDE DE LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE

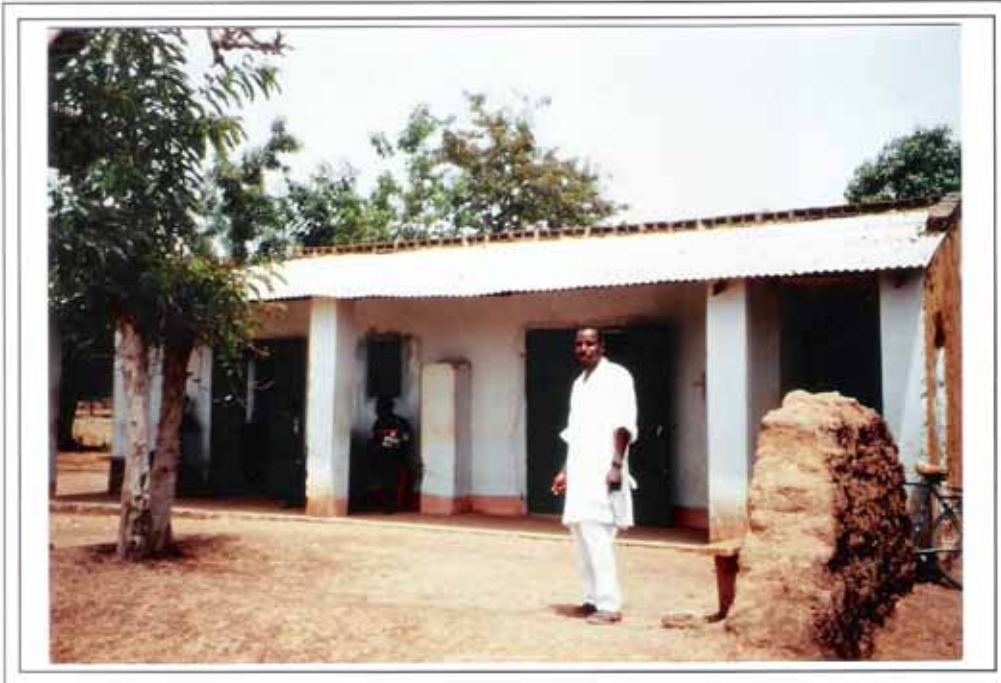
I - Un rapprochement entre population et soins de santé moderne

Le temps trop court consacré à la réalisation de la pyramide sanitaire dès son adoption, surtout aux échelons les plus bas, résume l'échec des PSP (Postes de Santé Primaire) une décennie après leur mise en service. Ce constat est lié à la politique qui s'exerçait au début des années 1980. Le PSP est le premier échelon d'une organisation sanitaire hiérarchisée apparue sous le régime de T. Sankara. La politique dite de "révolution" et qualifiée par de nombreux auteurs comme "anti-impérialiste"⁴², vise à la prise en mains du pays par les Burkinabè. Le programme sanitaire s'intègre complètement au mode d'action du plan quinquennal 1986-90 qui s'appuie "*sur les ressources nationales, tant humaines que naturelles, pour construire la société nouvelle*"⁴³. En outre, la politique de T. Sankara veut supprimer les "privilèges" dont jouit une petite partie de la population, alors que la majorité n'a pas les moyens financiers et matériels d'assurer la santé et l'alimentation de sa famille : la politique des soins de santé primaires et la gratuité des soins sont destinées à accorder plus de moyens à cette dernière. L'objectif est également de produire et consommer burkinabè et donc de se libérer de l'emprise des Européens et plus particulièrement de l'ancien colonisateur. Un paradoxe puisque le financement du plan quinquennal dépend, pour près des trois-quarts, de l'aide extérieure.

⁴² Martens (L.), op. Cité

⁴³ *ibidem*, p 171

Qualité des soins, qualité de l'accueil dépendent de l'infirmier mais également des moyens dont il dispose ; ils sont souvent médiocres. Ici le CSPS de Wakuy (nord-est de la province du Houet) n'a pas bénéficié de la reconstruction des locaux comme les autres CSPS (photographie de couverture) parce qu'il était fermé.



Il ressemble bien plus à un PSP, simple case de banco (ci-dessous, PSP de Gnafongo, l'agent de santé et sa famille)



En matière de santé, le PSP est à l'image du CDR⁴⁴ en matière politique, le résultat d'une participation communautaire, encouragée et imposée par l'Etat. Il implique la nomination de responsables, les A.S.C. (agents de santé communautaires), par la population du village. Cette méthode socialiste, qui justifie la participation de tous, est court-circuitée par l'organisation traditionnelle des sociétés auxquelles elle s'applique. Le PSP est représentatif du pouvoir traditionnel, l'élection de l'ASV⁴⁵ se résume le plus souvent à la désignation, par la population, d'un membre de la famille du chef de village. Le pouvoir traditionnel cumule alors les fonctions modernes, un phénomène qui s'étend à tous les échelons puisque C. Savonnet-Guyot précise que *"compte tenu du prestige inentamé de certains chefs coutumiers, beaucoup d'entre eux sont portés à la présidence des cellules de base du pouvoir révolutionnaire"*⁴⁶. Au début de l'année 1984, des mesures administratives sont prises pour mettre fin à la mainmise traditionnelle ; en milieu urbain, elles se concrétisent par la création des secteurs pour remplacer les quartiers.

La mise en place du PSP sur l'ensemble du territoire, est issue d'un mot d'ordre "1 PSP = 1 village". Il s'agit de créer sur une courte période, un établissement de soins de base dans les 7426 villages du pays. Une action "commando" comme d'autres dans le domaine de la santé au Burkina Faso. B.F. Gnessien⁴⁷ évoque la nécessité d'une réussite rapide afin d'obtenir des financements de l'étranger. Les statistiques officielles révèlent le succès du programme en 1986, 5704 villages sont équipés, en 1989, 6185 villages et 6672 en 1992⁴⁸, lors de notre passage, elles faisaient encore état de l'existence de ces établissements. Le Houet comme les autres provinces, à quelques exceptions près, est équipé à plus de 80%, il suffit, cependant, d'interroger les infirmiers des CSPS qui ont la charge de superviser les A.S.C pour juger de l'importance, très réduite, des PSP. La majorité d'entre eux est fermée, quelques uns sont tenus par un agent, et rares sont les PSP où les deux agents sont toujours présents. Parmi les 227 villages que compte la province du Houet, seulement 45 (soit 21,5%) ont réellement leurs deux agents en poste, mais si on inclut dans les critères de fonctionnalité l'équipement en produits et matériel, le pourcentage est beaucoup plus faible car beaucoup d'agents de santé ont des difficultés pour s'approvisionner. En l'absence de rapports et de suivi il est difficile d'évaluer réellement les PSP fonctionnels, leur situation évolue très rapidement. On ne peut que constater l'échec de la structure à la base de la hiérarchie sanitaire.

⁴⁴ Comité de Défense de la Révolution cf première partie

⁴⁵ Pour rappel l'agent de santé villageois forme avec l'accoucheuse villageoise, les agents de santé communautaire désignés au sein du PSP

⁴⁶ Savonnet-Guyot (C), 1986, p 188

⁴⁷ Gnessien (B.F.), op. Cité, p 130. Le recensement de 1985 indiquait 7132 villages

⁴⁸ Chiffres tirés des rapports annuels du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, ils sont précisés à titre indicatif car plus que le nombre de CSPS, l'importance des PSP sur le territoire est très fluctuante d'un rapport à l'autre et d'une année à l'autre

2 - L'échec

Deux raisons principales sont à l'origine de cette situation. Le refus de la population de prendre en charge ses agents de santé, ceci a entraîné une démotivation progressive. En tant que chef de famille les ASV ont négligé leur fonction au profit des travaux agricoles ; certains mènent plusieurs activités, ils sont trésoriers du groupement villageois, représentants administratifs ou commerçants, ce qui nuit à leur fonction médicale. En outre un problème d'approvisionnement en médicaments s'est rapidement posé⁴⁹. Les PSP devaient se fournir auprès des CSPS, alors que ces derniers ne disposaient que d'une dotation trimestrielle en médicaments, devenue semestrielle, et qui couvrait difficilement leurs besoins. Aussi les agents ont dû, bien souvent, recourir à des officines privées pour se fournir en médicaments. On est loin de l'objectif "*de convaincre les Burkinabè que les soins de santé primaires ne sont pas des soins au rabais mais complets*", que s'était fixé le Ministère de la Santé Publique en 1985. Les démissions ou les abandons de poste ont été nombreux. La connaissance souhaitée mais non exigée du français a obligé les villageois à recourir parfois à des jeunes déjà scolarisés, comme agents de santé ; cependant étant plus mobiles, on constate aujourd'hui qu'une grande majorité d'entre eux a quitté sa fonction pour aller dans d'autres villages, quelquefois en revendant le matériel qui leur avait été distribué (brouette, pelle...). La connaissance de la langue française n'est pas absolue, les cahiers confiés aux agents pour la tenue des statistiques en témoignent, puisque les types de soins qu'ils doivent assurer sont représentés par des images symbolisant le mal, tel que l'oeil pour les conjonctivites⁵⁰.

L'absence de rémunération a nui au maintien à son poste de l'ASV, l'Etat ne les prend pas en charge, alors que certains auteurs invoquent le fait que les Burkinabè considèrent l'Etat comme un Etat-providence duquel on peut tout attendre. Mais l'échec des PSP est lié à de multiples facteurs ; c'est le résultat d'un mot d'ordre imposé et mis en oeuvre sur une courte durée, rapidement relégué au second plan pour d'autres actions. La disparition de la politique communautaire a contribué à l'extinction progressive de ce type d'établissement. En outre le mode d'action pour imposer le PSP rappelle celui utilisé pendant la colonisation, qui imposait pour la réussite des projets, la participation des populations par des travaux forcés. La rupture avec cette période n'est pas réelle, on l'a vu avec la localisation des structures de soins spécialisées, on l'observe avec les moyens employés pour l'application de la hiérarchie sanitaire. La politique "révolutionnaire" menée par T. Sankara pratique une sorte de continuité alors que ses propos veulent rompre définitivement avec le contrôle exercé par les Français. Des "anciens" de Kiébé

⁴⁹ Les trousseaux, qui n'ont pas toujours été fournis aux PSP, comportaient à l'origine : sels de réhydratation, acide acétylsalicylique, bleu de méthylène, coton hydrophile, bandes et compresses de gaze, antiseptique externe, spandrap, pommade antiseptique dermique, permanganate de K

⁵⁰ Les maux auxquels ils peuvent remédier sont officiellement les diarrhées, la rougeole, la fièvre, la conjonctivite, les plaies

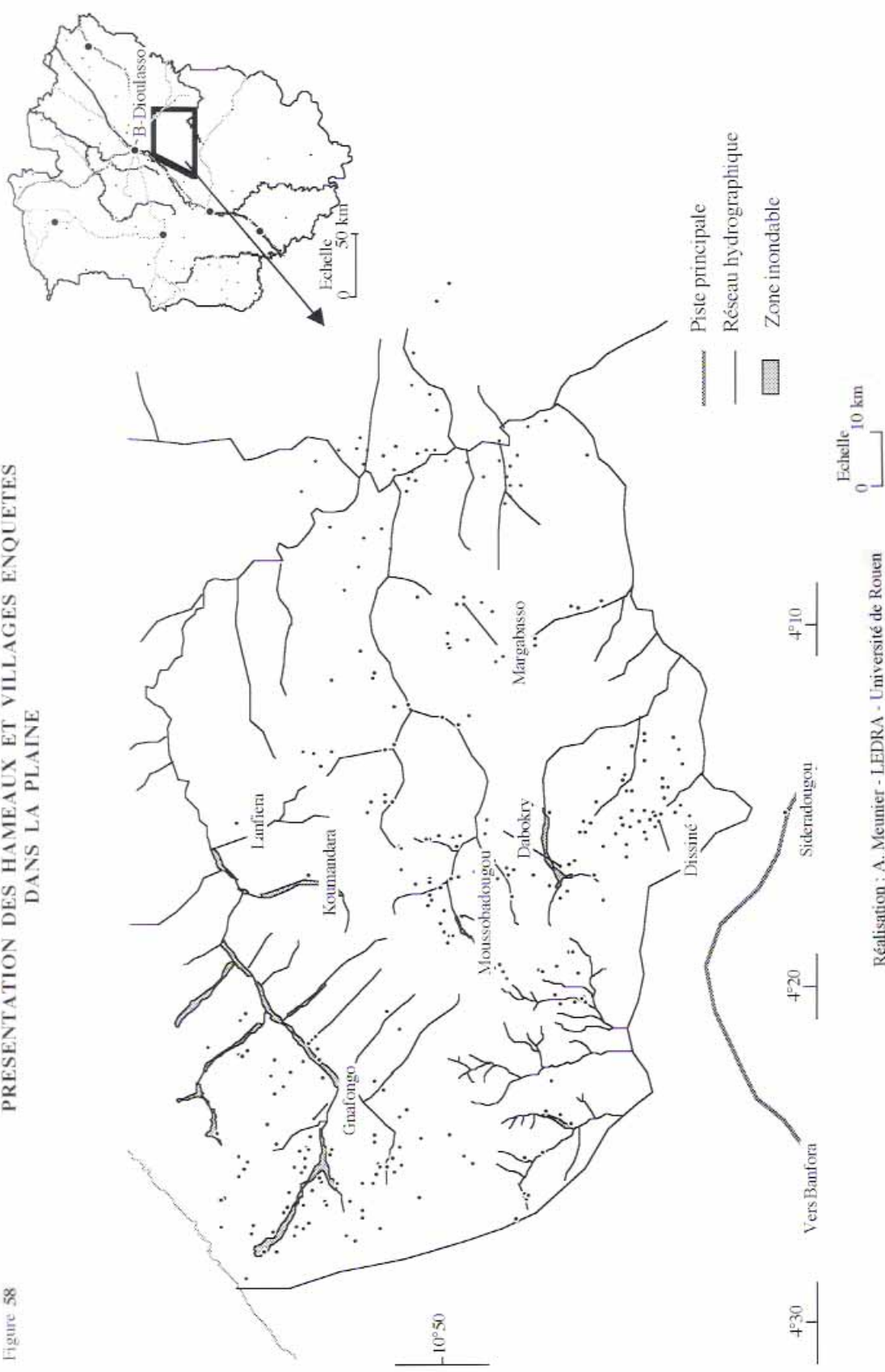
(nord-est de la province) nous ont rapporté les méthodes fermes employées pendant les années 1940-50 par un infirmier qui n'hésitait pas à emmener le patient aux autorités policières pour lui administrer une correction lorsque celui-ci avait pratiqué la médecine traditionnelle avant de venir consulter au dispensaire. Si ces pratiques n'étaient pas répandues sur tout le territoire, elles témoignent des rapports relativement tendus existant entre les structures de soins modernes et les Burkinabè. L'échec des PSP résulte d'une volonté imposée par l'Etat à des populations qui ne se sentent pas toujours impliquées dans la politique. La médecine moderne existe en parallèle à la médecine traditionnelle, beaucoup plus ancienne et employée en premier recours par les trois-quarts des populations dans les villages.

Dans le cas des agents des PSP toujours en poste on observe de nombreux débordements. En théorie supervisés dans leur action par l'infirmier major, les agents de santé communautaires sont de plus en plus abandonnés à eux-mêmes, compte tenu du manque de moyens, de personnel et de la multiplication des activités qui rendent difficiles les supervisions régulières. Ainsi certains PSP n'ont pas été visités depuis deux ans, un paradoxe s'est créé. Les infirmiers suivent entre deux et trois ans une formation, selon leurs qualifications, avant de pouvoir exercer. Il faut ajouter un encadrement beaucoup plus strict au niveau des diagnostics avec la mise en place de l'Initiative de Bamako depuis 1994. Pendant la même période des Agents de Santé Villageois, dont le niveau scolaire est rarement élevé (souvent CP2), et dont les connaissances médicales restent limitées, ont dépassé leur champ d'action, ils se sont transformés en planificateurs et font des injections, ce qui dépasse leurs compétences. Certains ont fait de leur PSP un véritable petit dispensaire et de leur action une entreprise lucrative. Ils assurent les soins chez eux où dans un local réservé à cet effet et font également des consultations à domicile, moyennant une rémunération très variable selon les patients, fixée par eux-mêmes et non plus par la communauté, comme l'avait décidé le Ministère de la Santé Publique à l'origine. Ces agents se fournissent en médicaments dans les officines privées de la ville de Bobo-Dioulasso. Les PSP se sont également transformés en une sorte de pharmacie puisque les populations viennent souvent s'approvisionner en aspirine et nivaquine, deux produits très utilisés en automédication.

Ainsi, les populations des hameaux de culture, qui s'étendent au pied de la falaise de Banfora, font souvent appel aux ASV à Moussobadougou, Dabokry ou Gnafongo, le plus dynamique. Leurs activités sont négligées par les instances supérieures, les infirmiers ne pratiquent pas la vaccination ils ont donc peu de contact avec les agents de santé. L'absence de statistiques dans les PSP ne nous permet pas d'évaluer leur attractivité, mais l'interrogation des populations a mis en évidence les rapports plus fréquents des habitants de cette partie de la plaine avec le PSP plutôt qu'avec le CSPS trop difficile d'accès.

Figure 58

PRESENTATION DES HAMEAUX ET VILLAGES ENQUETES DANS LA PLAINE



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

II - UN ISOLEMENT "SANITAIRE" : LA PLAINE

I - Un espace faiblement peuplé mais de plus en plus attractif

a - Un espace enclavé

La carte de l'origine des patients fréquentant les CSPS du Houet fait apparaître un espace vide de consultants au sud-est de Bobo-Dioulasso, quelques rares cas sont recensés à Péni alors que les dénombrements démographiques nationaux font état dans cette zone de l'existence de villages de plus de 1 000 habitants. Une partie des villages installés au pied de la falaise de Banfora et dans la plaine ont fait l'objet d'enquêtes, de façon à identifier les relations établies entre des populations isolées et des structures de soins éloignées, puisqu'elles sont situées en haut de la falaise dans le village de Péni. La cartographie de cet espace vise à localiser précisément la population, comprendre les raisons de la non utilisation des CSPS mis à leur disposition et identifier les itinéraires thérapeutiques d'individus qui semblent ignorer, à la vue des registres de consultations, les structures de soins modernes. L'enquête démographique qui se voulait exhaustive, n'a pu remplir ses objectifs. Plusieurs hameaux de culture de Gnafongo et Dissine ont échappé à notre recensement. En effet, nos différents passages se sont échelonnés entre mars et avril 1995, période des funérailles, certaines familles avaient regagné leur village d'origine pour participer à ces fêtes. Nous estimons toutefois à environ 5% le nombre de cours ayant échappé au recensement (figure 58).

Le sud-est fait partie de la plaine du Tyerla, outre son opposition physique avec le plateau, les contrastes sont nombreux, non pas dans l'origine des populations dont la majorité aujourd'hui vient du plateau, mais dans l'utilisation que les hommes font de leur terre. L'Etat participe à l'opposition en ignorant un espace qui ne possède pas un dynamisme capable d'accueillir les infrastructures publiques. A l'intérieur d'un espace délimité, à l'est par la route reliant Karangasso Vigué à Yégueresso et à l'ouest par la falaise entre Bobo-Dioulasso et Toussiana, vivent des populations isolées des activités économiques, des échanges commerciaux, et éloignées des services publics en général. La plaine est caractérisée par de faibles densités de population, ceci n'est pas lié tant au milieu physique qu'aux événements passés qui ont contribué à façonner les caractéristiques humaines du sud-est. Nous l'avons évoqué en première partie, la plaine a vu passer de nombreux groupes ethniques et a été plus rarement un lieu d'arrêt, excepté pour les espaces proches de la falaise, lieu de refuge. Samory Touré a contribué au déséquilibre démographique de la plaine, rares sont les villages ayant survécu à cette période.

Les voies de circulation sont restées à l'état embryonnaire et par conséquent les activités commerciales sont pratiquement inexistantes faute de pouvoir se déplacer facilement. Les habitants de la plaine pratiquent essentiellement des cultures vivrières destinées avant tout à assurer leurs

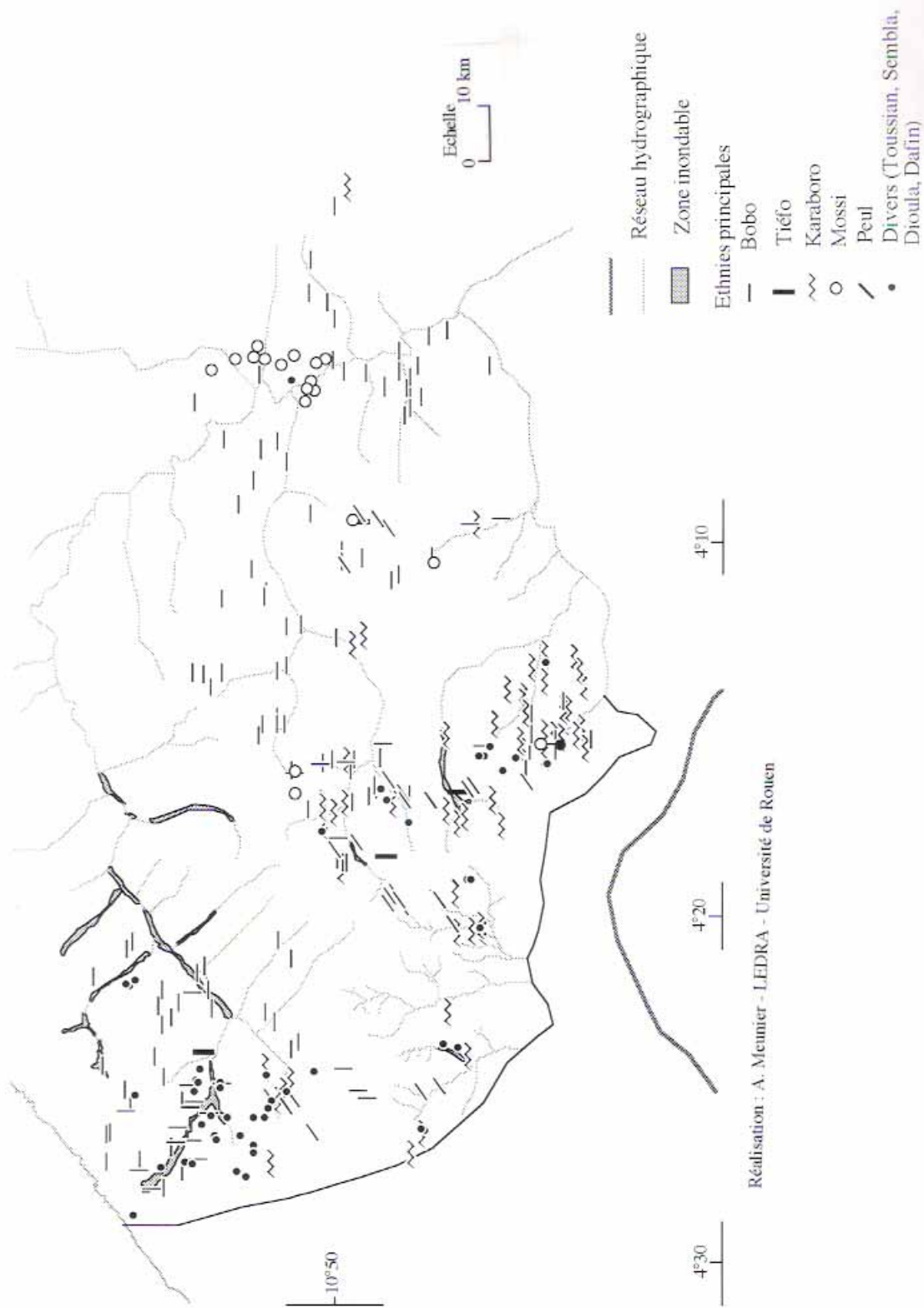
consultations. L'adoption de la culture cotonnière est récente, les GV ont été créés entre 1986 et 1989. Les productions de coton sont très faibles et variables selon les villages, comme nous l'avons vu précédemment.

L'habitat dans la plaine est très dispersé, les populations vivent dans des hameaux de culture permanents plus ou moins distants les uns des autres. Le terme village est utilisé pour désigner des groupements d'une dizaine de cours, réunissant à peine cent habitants, ils servent de base au recensement qui agglomère les nombreux hameaux de cultures disséminés sur leur terroir (Margabasso, Samaradougou). Quelques noyaux plus densément peuplés ont servi de base à la désignation de villages (Gnafongo, Moussobadougou ou Dissine), ils sont dispersés sur un espace de 1000 km². Les densités sont inférieures à 5 hbts/km², l'ensemble des hameaux a été rattaché au CSPS de Pèni, situé sur le plateau, au sommet du talus, sans tenir compte des relations sociales, commerciales existantes, et dans le strict respect des limites administratives. Au sud le CSPS de Sidéradougou dans la province de la Comoé est relativement proche de certains villages appartenant au Houet. A l'est se trouve le CSPS de Karangasso-Vigué et plus au nord-est celui de Soumouso ; enfin au nord le CSPS de Yéguéresso et la ville de Bobo-Dioulasso peuvent offrir un recours palliatif aux problèmes de santé des populations de la plaine. En matière de justice sociale les populations sont donc défavorisées car elles vivent dans un espace éloigné des structures de soins, de même l'isolement dans lequel se trouve cette région l'éloigne des flux commerciaux et limite les échanges susceptibles d'enrichir la population. Des populations sont donc soumises à un isolement économique qui ne favorise pas l'utilisation d'une offre de soins généralement considérée comme onéreuse.

Les faibles densités démographiques, la dispersion de la population sont les principales caractéristiques auxquelles il faut ajouter la grande diversité ethnique. La Koba, affluent de la Bougouriba, sert de coupure entre Vigué à l'est et la population d'origine tiefo à l'ouest. Les Tiefo sont de moins en moins nombreux, ils ont perdu l'essentiel de leur identité, seuls quelques anciens parlent encore la langue mais l'essentiel de la population s'est fondu dans la pratique de la langue dioula. Ils ont en outre adopté leur religion, tous les Tiefo de Moussobadougou sont de confession musulmane, la sortie rituelle des masques n'existe plus. Par contre dans le village de Gnafongo la situation est encore partagée, parmi les trente chefs de famille résidant dans le noyau principal, 60% se sont déclarés animistes. L'instituteur de l'unique école de la plaine nous a confirmé les pratiques traditionnelles encore en cours actuellement, notamment lors des travaux agricoles au cours desquels de nombreux sacrifices sont réalisés. Dans ce village, l'influence du chef est très forte et il semble qu'il impose toujours un système de fonctionnement communautaire aux populations, puisque c'est lui qui décide des dates de semis, de récolte. Ce type d'organisation semble toutefois profiter au village dont l'école existe depuis 1986, et où se déroule l'unique marché de l'ensemble de la zone enquêtée. L'école a été construite par la population grâce aux

REPARTITION ETHNIQUE DANS LA PLAINE

Figure 59



financement d'une coopérative alimentée par les travaux agricoles réalisés par les jeunes sur les champs des paysans. Le GV a remplacé cette coopérative à la fin des années 1980.

b - Une population originaire du sud-ouest

Aujourd'hui les Tiefo côtoient d'autres ethnies, Bobo, Sembla, Toussian, Karaboro et Peul, les trois premières viennent du plateau où les terroirs sont densément occupés et n'offrent pas aux jeunes la possibilité de s'émanciper. Contrairement au nord de la province, la plaine du Tylerla n'est pas une région attractive ou l'est de façon limitée pour un certain groupe de population : les habitants du plateau dont les terres sont saturées et qui ont choisi d'émigrer. Parmi les Tiefo qui se sont installés bien avant le 20^{ème} siècle dans cet espace. Selon les anciens de Gnafongo, les Tiefo viennent de Kong, d'abord établis à Koro, ils se sont partagés les terres de la plaine, tandis que les individus installés dans le quartier de Kombougou à Bobo-Dioulasso créaient Moussobadougou et Dabokry. Les habitants de Samaradougou ont le plus souffert du passage des troupes de Samory Touré, il a entraîné la disparition de la population. C'est pourquoi seuls Gnafongo et Moussobadougou peuvent être considérés comme villages tiefo où il existe des noyaux d'habitat groupé. Quelques Tiefo des villages installés au sommet du talus sont venus mettre également en valeur les terres de Gnafongo. Ils viennent de Péni ou Noumoudara depuis plus de vingt ans (figure 59).

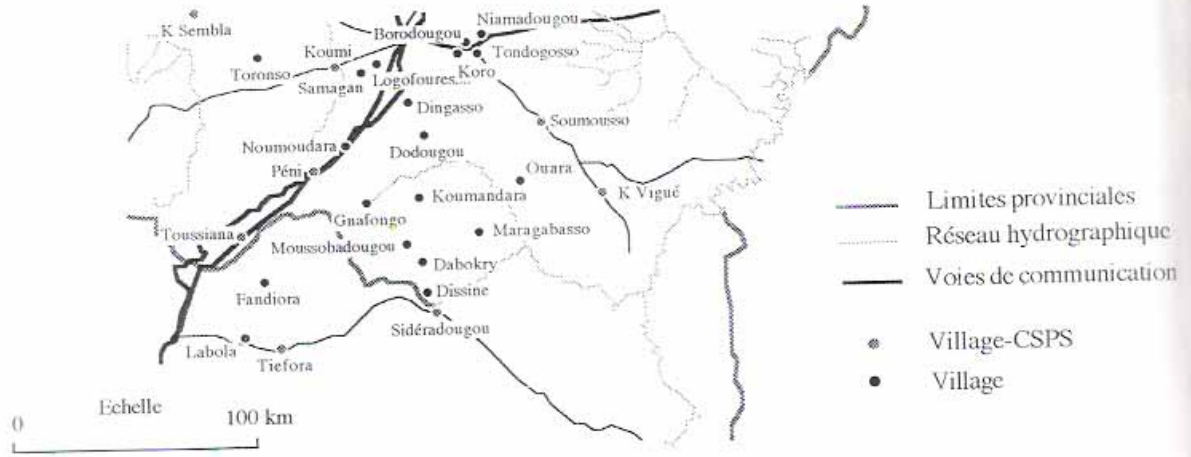
Tableau 63 : Répartition ethnique dans la plaine en 1995

| Ethnies | Gnafongo | Margabasso | Moussoba | Dabokry | Dissine | Samaradougou | Total |
|----------|----------|------------|----------|---------|---------|--------------|-------|
| Bobo | 586 | 577 | 126 | - | 166 | 79 | 1534 |
| Dioula | 49 | - | 57 | - | 224 | - | 330 |
| Dafin | 26 | 10 | 13 | - | - | - | 49 |
| Karaboro | 119 | 59 | 248 | 90 | 291 | 30 | 837 |
| Gurunsi | - | - | 6 | - | - | - | 6 |
| Lobi | - | - | 8 | 2 | - | - | 10 |
| Mossi | - | 426 | - | - | 43 | - | 469 |
| Peul | 240 | 76 | 304 | 45 | 10 | 51 | 726 |
| Sembla | 203 | - | - | 83 | - | - | 286 |
| Tiefo | 589 | 94 | 332 | 85 | 10 | 18 | 1128 |
| Toussian | 257 | - | 23 | - | 15 | - | 295 |
| Turka | 22 | - | - | - | - | - | 22 |
| Total | 2091 | 1242 | 1117 | 305 | 759 | 178 | 5692 |

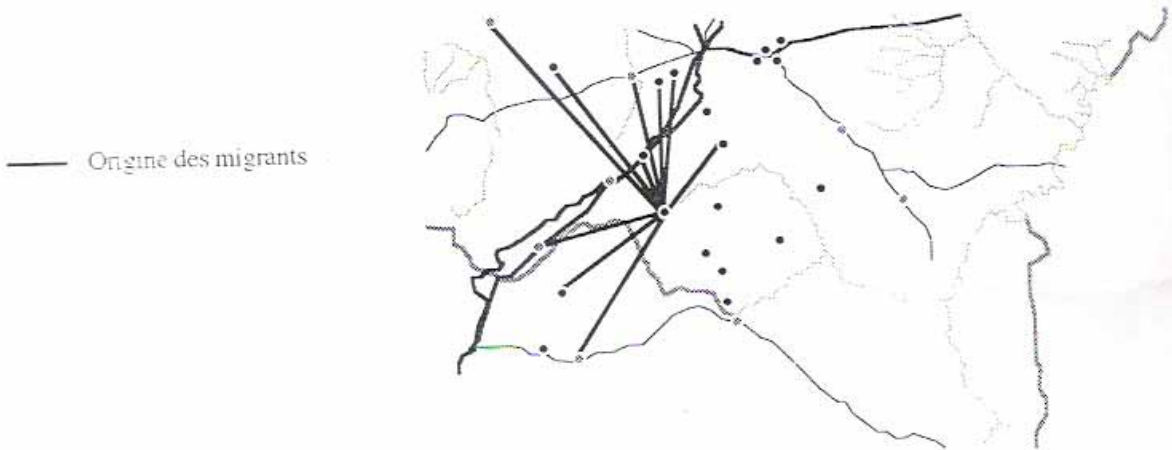
Source : Enquêtes personnelles, 1995

Figure 60

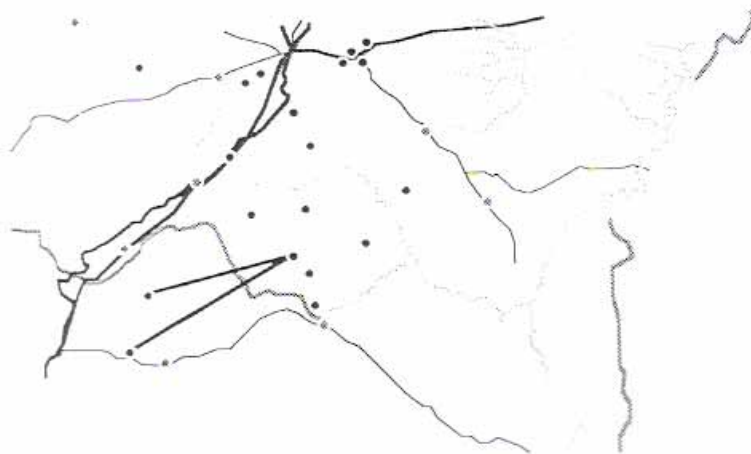
LE SUD-EST DE LA PROVINCE DU HOUET ORIGINE DES MIGRANTS DE LA PLAINE



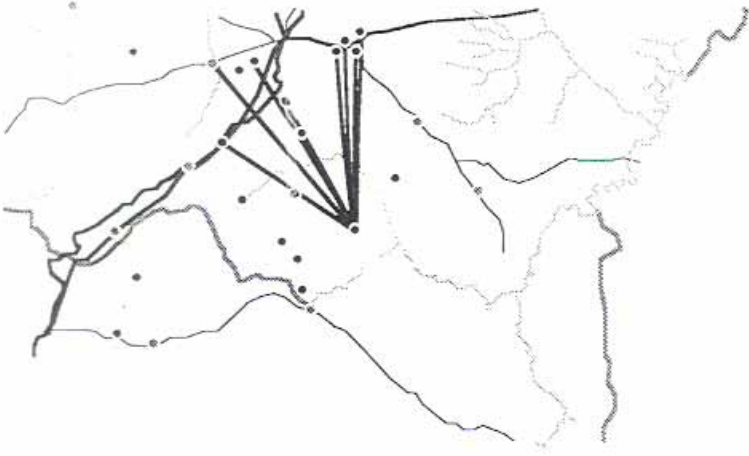
Village de Gnafongo



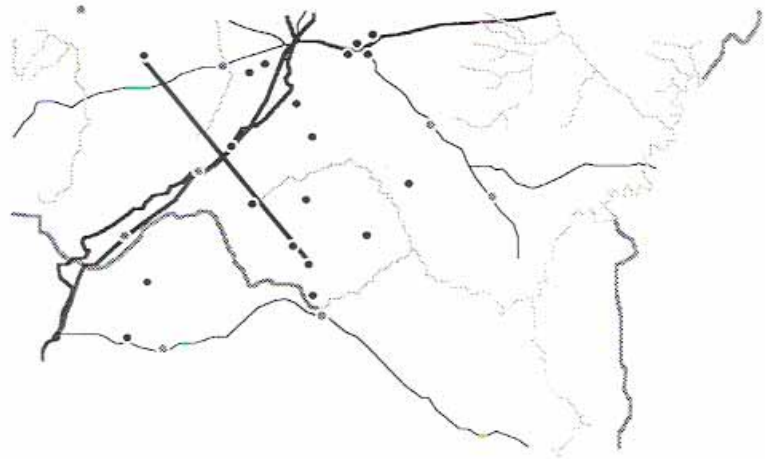
Village de Moussobadougou



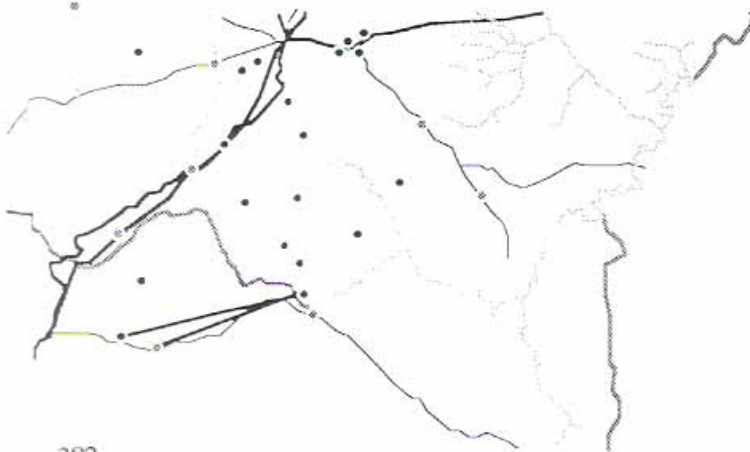
Village de Margabasso



Village de Dabokry



Village de Dissiné



Gnafongo et Margabasso, où les terroirs ont une grande dimension, sont marqués par l'ancienneté de l'immigration. Selon les déclarations des chefs de famille interrogés, les autres villages ont connu un afflux important de migrants, plus récent, entre 1974 et 1984. Cet afflux se retrouve dans le recensement puisque les taux de croissance démographiques officiels dépassent 8% par an au cours de cette période. A Dabokry, il est lié à l'arrivée massive de Sembla du village de Toronso, à Dissine ce sont les Karaboro venus de Labola et Tiefora, à Moussobadougou également, enfin les Peul sont partagés entre Moussobadougou et Gnafongo (figure 60).

Tableau 64 : Ancienneté d'établissement des différentes ethnies les plus représentées

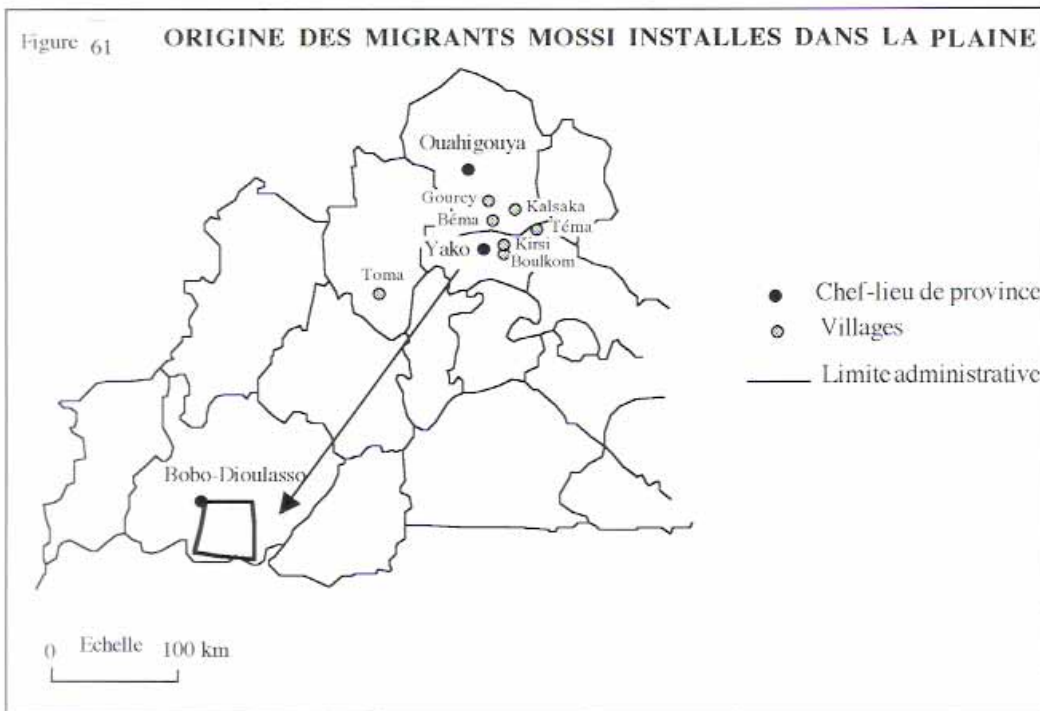
| Ethnies/Villages | < 10 ans | 10 à 20 ans | 20 à 30 ans | 30 à 40 ans | > 40 ans |
|----------------------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------|
| Bobo Gnafongo | 1 | 3 | 6 | 10 | 18 |
| Sembla Gnafongo | 1 | 3 | 2 | 4 | 6 |
| Karaboro Gnafongo | 0 | 0 | 3 | 0 | 7 |
| Toussian Gnafongo | 2 | 3 | 7 | 4 | 6 |
| Bobo Margabasso | 9 | 13 | 18 | 3 | 9 |
| Karaboro Dissine | 4 | 7 | 5 | 4 | 6 |
| Karaboro Moussobadougou | 0 | 7 | 1 | 1 | 6 |
| Peul Gnafongo | 3 | 11 | 3 | 1 | 0 |
| Peul Margabasso | 12 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| Mossi Margabasso | 19 | 10 | 3 | 0 | 0 |
| Sembla Dabokry | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 |

Source : Enquêtes personnelles, 1995

Au cours de la dernière décennie les déplacements des populations du plateau vers la plaine se sont considérablement réduits. Seuls les villages de Margabasso et Moussobadougou ont accueilli de nouveaux arrivants, cette fois-ci étrangers à la région. Ce sont les Mossi à Margabasso, dont certains ont eu pour étape précédente la région de Solenzo mais dont la majorité a séjourné en Côte d'Ivoire entre trois et trente ans avant de venir s'établir dans la plaine. Ils sont originaires des provinces du Yatenga et du Passoré, mais si l'on change d'échelle, on constate que les migrants viennent de villages à l'est de Yako, établis de part et d'autre de la route menant à Kaya (Béma, Téma, Boukom, Kalsaka, Kirsi)(figure 61). Un réseau de relations s'est donc créé entre les quelques villages à l'est de Yako et avec les Mossi établis dans la plaine. Les Mossi ont une répartition spatiale particulière puisque le refus des autochtones de leur prêter des terres les a obligé à s'installer au-delà de la Koba, sur les terres appartenant tout de même à Margabasso mais plus à l'est. Moussobadougou est le second village à connaître une augmentation de la population importante depuis 1985, elle est liée à l'arrivée des Peul. Sur la photo aérienne, la coupure est nette

Figure 61

ORIGINE DES MIGRANTS MOSSI INSTALLES DANS LA PLAINE



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

entre l'est où l'on observe une forte mise en valeur des sols et l'ouest où l'impression est toute autre, les parcelles défrichées sont plus rares et se localisent non loin des cours d'eau. "Chaque unité d'habitat constitue l'unité résidentielle à partir de laquelle se distribuent les espaces cultivés. Installée au sommet d'interfluve, tournée vers un bas-fond proche, chacune rassemble ses cultures à la périphérie en un seul bloc, parfois deux blocs"⁵¹. Les densités de population plus élevées à l'est qu'à l'ouest sont liées à la présence de groupes différents de population. En effet, les Mossi ont été acceptés sur les terres à l'est de la Koba, leur mode migratoire qui fonctionne en réseau entraîne un accroissement rapide du nombre d'habitants. Il en résulte une hausse des surfaces défrichées plus rares à l'ouest.

L'attraction de la région est donc ancienne mais ne s'est pas perpétuée dans le temps, l'arrivée des Peul au cours de la décennie 1985-1995 est liée à l'attention particulière accordée aux éleveurs dans cette région. Le jour du marché de Sidéradougou est l'occasion de constater que les Peul sont très nombreux dans la région ; cependant certains ont quitté les lieux comme à Samaradougou pour se diriger vers Mangodara. Selon une étude menée pour le compte du Ministère de l'environnement et du tourisme⁵² en 1990, Mangodara est situé sur un axe de transhumance des éleveurs Peul dont la majorité viennent de Barani dans la Kossi. De même cette étude constatait un mouvement interne des Karaboro de Tiefora vers Mangodara.

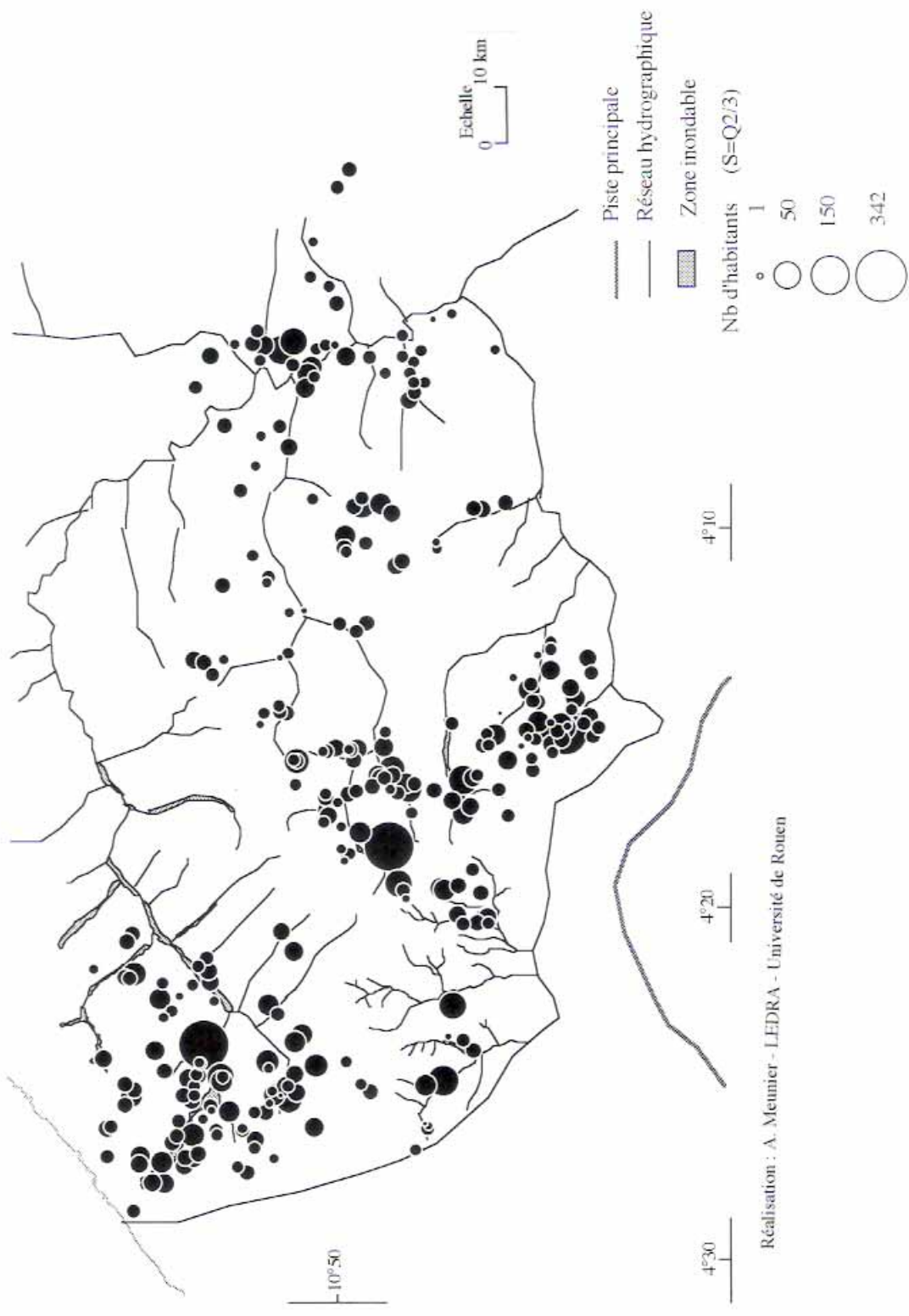
Nous avons procédé au recensement des populations et à la localisation des hameaux de culture par système GPS, indiquant les coordonnées géographiques. Les hameaux ont été visités avec un proche des chefs de terre, mais malgré tout, les limites des terroirs restent floues, car elles sont contestées et il n'est pas rare de voir certaines concessions revendiquées par plusieurs villages. Les comparaisons avec le recensement de 1985, afin d'évaluer la croissance démographique, sont donc réalisées à titre indicatif car nous ne connaissons pas totalement les limites suivies en 1975 et 1985.

Le but de ce dénombrement est double. D'une part, il permet de connaître la répartition de la population que les recensements n'offrent pas. D'autre part, il visait à établir les itinéraires de soins des populations de la plaine, généralement absent des registres de consultations. L'étude de l'offre de soins passe par la connaissance des populations auxquelles elle est destinée et les CSPS cherchent souvent à connaître la distribution des populations qu'ils ont à charge.

⁵¹ Marchal (M), déjà cité

⁵² Hagberg (S), déjà cité

REPARTITION DE LA POPULATION DANS LA PLAINE



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

Figure 62

Tableau 65 Répartition de la population dans la plaine

| Villages | Pop 1975 | Pop 1985 | Tx croissance 1975-85 | Pop 1994 | Tx croissance 1985-93 |
|----------------|----------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Dabokry | 46 | 269 | 8,4% | 305 | 1,2 |
| Dissine | 347 | 814 | 8,9 | 759 | -0,7 |
| Dogosso | 41 | 45 | 0,9 | 52 | 1,6 |
| Gnafongo | 398 | 2311 | 19,2 | 2091 | -1,0 |
| Margabasso | 319 | 431 | 3,0 | 1190 | 10,7 |
| Moussobadougou | 148 | 664 | 16,2 | 1117 | 5,3 |
| Samaradougou | - | 355 | - | 178 | -6,7 |

Sources : recensement national de 1985, enquêtes personnelles en 1993

Dans les "villages" de Dissine et de Gnafongo, le recensement a été difficile et n'est pas complet, dans les autres localités, nous avons fait en sorte de recenser tous les hameaux de culture. Les taux de croissance sont très variés, ils informent sur le sens de l'évolution et la proportion d'accroissement faible ou forte de la population. L'évolution négative de Samaradougou dépend à la fois du départ de plusieurs familles au cours de la décennie 1985-95 mais également des limites territoriales suivies lors du recensement. En effet, Samaradougou se dispute l'espace avec Moussobadougou et il n'est pas rare de voir chacun d'eux revendiquer les mêmes hameaux de culture ; pour nous éclairer nous avons dû systématiquement interroger le chef de famille pour connaître l'origine de la personne qui prêtait la terre. Le recensement fait apparaître des espaces très attractifs comme Moussobadougou, au terroir très étendu ou Margabasso dont les terres s'étendent vers l'est au-delà de la Koba qui semble constituer, en quelques sortes une limite ethnique. A l'est, les Mossi établis sur le terroir de Margabasso sont très nombreux, alors qu'à l'ouest on ne rencontre que rarement des familles mossi (figure 62).

Les autorités administratives qualifient la population de la plaine de nomade, le terme est toutefois excessif, elle déplace peu son habitat mais a tendance à pratiquer une agriculture sur brûlis autour de son lieu d'habitat. Le réseau hydrographique très ramifié n'est pas drainé en permanence, quelques rares cours d'eau ont un écoulement permanent mais un faible débit. Les femmes y vont chercher l'eau dont elles ont besoin malgré la mauvaise qualité ; en effet, la plupart des pompes sont en panne et le sol de texture sableuse empêche de creuser des puits. En outre, la réparation des pompes hydrauliques implique des investissements financiers que les familles ne veulent pas toujours assumer dans les hameaux de culture les plus peuplés. A Margabasso, après l'installation de la pompe en 1986, une cotisation avait été instaurée pour assurer les réparations en cas de panne : 25 F. CFA par tête et par mois et 10 F. CFA par famille et par mois, mais tout a disparu.

La connaissance de l'évolution de la population, de l'ancienneté de son installation, des ethnies concernées est importante. En effet, elle permet d'identifier les stratégies d'occupation de

l'espace, voire d'évaluer les risques sanitaires et d'adapter l'offre de soins. Or, la couverture sanitaire au Burkina Faso ne s'organise pas par rapport aux sociétés mais par rapport au nombre d'individus, négligeant ainsi ce à quoi l'offre de soins est destinée : les besoins de santé des populations. Nous allons voir que les habitants de la plaine sont une illustration des comportements variés des groupes ethniques et de l'importance que jouent les réseaux dans l'itinéraire thérapeutique de populations isolées d'un point de vue économique et équipement sanitaire.

2 - La variété des recours sanitaires

a - Des structures périphériques différemment sollicitées

Dans ce contexte, il était intéressant d'observer quels étaient les rapports entre population et structures de soins publiques et les options de santé. Les villages de Gnafongo, Samaradougou, Moussobadougou, Dabokry, Dissine et Margabasso dépendent tous du CSPS de Péni. La répartition géographique officielle de ces "villages" présente un grand intérêt puisqu'ils sont situés à des endroits très différents de la plaine : certains sont proches de la limite administrative avec la Comoé, d'autres sont au-delà de la Koba, rivière à l'est qui limite les déplacements, ou à proximité de la falaise et du CSPS de Péni. Cela permet d'identifier les différentes stratégies de recours aux soins. Les registres de consultations révèlent en 1989 comme en 1992 la faiblesse des recours aux structures de soins publiques par la population de cette partie de la plaine.

Tableau 66 : Destination des malades résidants dans la plaine en 1992

| CSPS | Villages | Nb d'épisodes morbides |
|--------------|---------------------------|------------------------|
| Péni | Gnafongo | 33 |
| Soumousso | Margabasso (Doundoussou) | 34 |
| | Dissine | 1 |
| | Samaradougou | 5 |
| | Margabasso (Sogossagasso) | 2 |
| Sidéradougou | Dissine | 48 |
| | Margabasso | 6 |
| | Dissine (Nonkodougou) | 11 |
| | Dabokry | 14 |
| | Moussobadougou (Guegue) | 34 |
| | Gnafongo | 3 |

Sources : registres de consultation des CSPS

Le CSPS de Karangasso Vigué n'est pas fréquenté. Son retrait par rapport aux voies de communication, la qualité variable de la piste reliant la route de Bobo-Dioulasso et surtout

l'absence de transporteurs dans le village sont des arguments justifiant la non utilisation de ce dispensaire. En cas d'évacuation sanitaire la prise en charge est tardive.

Chaque village consulte un CSPS particulier pour des raisons de proximité. L'attraction des marchés contribue à la fréquentation du CSPS. A Soumouso, c'est le hameau de Doundouso, sur les terres de Margabasso, qui est le plus assidu alors qu'il est éloigné de 20 km du CSPS. Il est peuplé de Mossi qui ont établi des relations d'échanges avec les Mossi de Soumouso très nombreux (8,26% de croissance par an entre 1975 et 1985 indiquent l'afflux important d'immigrants dans ce village). On ne les retrouve absolument pas dans les CSPS de Karangasso Vigué, un peu plus proches, 18 km, mais où les Mossi sont encore limités en nombre. Les relations commerciales et sociales sont donc un atout pour l'utilisation des CSPS, elles permettent de prendre contact avec les formations de soins à l'occasion des déplacements. *"Le poids des réseaux sociaux détermine des filières de soins, individuelles ou collectives, peu compatibles avec une gestion planifiée des hôpitaux, dispensaires et autres centres de santé"*⁵³.

A notre connaissance, dans la plaine, l'unique marché ayant lieu à jour fixe, le vendredi, se déroule à Gnafongo, il rassemble à peine dix marchands et attire à peine cinq fois plus de visiteurs. Les produits sont principalement du matériel pour l'entretien des bicyclettes, des ustensiles de cuisine, quelques condiments, des beignets et des arachides grillées vendus par les femmes. Ce commerce intéresse surtout les Peul. Le marché de Sidéradougou, le jeudi, est le plus attractif ; les populations de Dissine, Dabokry, Samaradougou, Margabasso, le fréquentent. La position en périphérie orientale de Margabasso conduit les populations à se rendre sur d'autres marchés : le lundi à Wara aussi attractif que Sidéradougou, et moins régulièrement à Wobaga le mercredi et Dergoué, le vendredi. Quelques commerçants mossi viennent occasionnellement de Soumouso, Wara, Dergoué pour acheter des céréales et surtout des volailles et petit bétail dans le hameau de Doundouso qui dépend de Margabasso. Mais en général les villages de la plaine sont rarement parcourus par des commerçants compte tenu des difficultés de circulation. Lorsqu'un paysan les sollicite, le coût de déplacement est élevé, les pistes ne sont pas adaptées au déplacement des voitures. Enfin, les habitants dépendant de Gnafongo les plus proches de la falaise, n'hésitent pas à gravir l'escarpement pour se rendre au marché de Péni qui a lieu tous les cinq jours comme celui de Gnafongo.

La position du hameau de Doundouso montre que la Koba, affluent de la Bougouriba, est un obstacle au déplacement à l'ouest, car très peu de villageois traversent la rivière pour venir consulter dans le CSPS situé à l'est. Si la Koba n'est pas une limite de terroir, puisque les terres appartenant à Margabasso s'étendent sur les deux rives, elle détermine une séparation très nette entre deux formes de mise en valeur de l'espace et deux types de densités d'occupation de

⁵³ Picheral (II), 1995. "Le lieu, l'espace et la santé". Espace, populations, sociétés, p 22



Vers Bobo-Dioulasso

Vers Wara

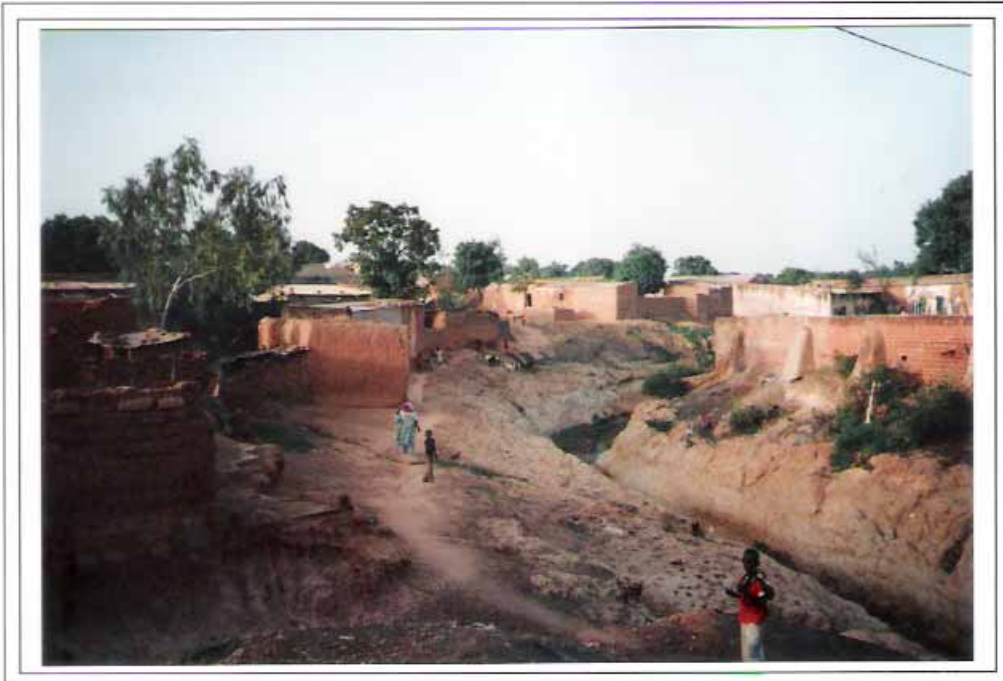
Koba

Doundouso
(HC mossi)

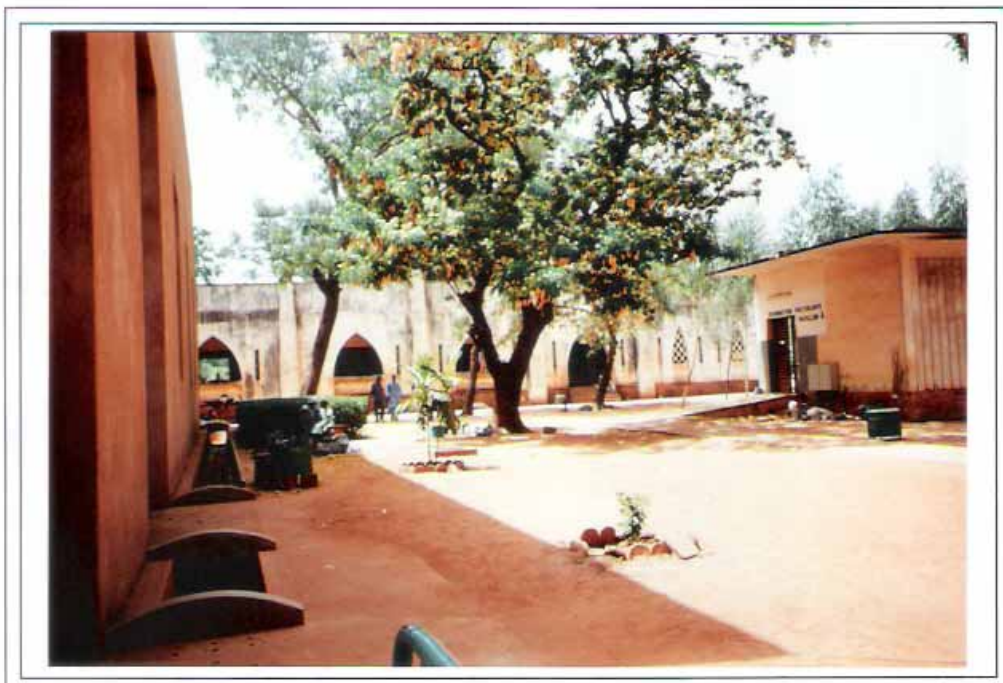
Figure 63

Mission 93/129B PNGT, 1/50 000 ème, photo 2821





Le Houet qui traverse la ville de Bobo-Dioulasso



Hôpital National de Bobo-Dioulasso, service d'urologie au fond, une unité rénovée comme toutes les autres entre 1993 et 1994

l'espace. L'opposition est nette sur les photographies aériennes, à l'est de la Koba les parcelles en culture ou en jachère récente sont très nombreuses, elles se juxtaposent les unes aux autres laissant peu d'espace sans culture (figure 63). A l'ouest tout change, les parcelles se font plus rares, souvent situées le long des cours d'eau, elles sont associées à l'habitat. Ce changement soudain est lié aux populations et à leur stratégie d'occupation de l'espace dont la Koba constitue véritablement la coupure. En effet, les Mossi sont absents de la boucle que forme l'affluent de la Bougouriba, ils sont relégués sur les terres à l'est de la rivière ; à l'ouest on ne trouve que des populations autochtones.

Or les Mossi s'implantent dans un espace de façon très différente des autres ethnies ; ils reproduisent leur système hiérarchique, l'ensemble des individus est soumis à l'autorité d'un chef, généralement le premier arrivant. Ils construisent leurs habitations à distance, de sorte qu'elles forment des nébuleuses qui donnent une impression de village qui n'offre pas la même image que celle des autochtones qui, dans la plaine, habitent des hameaux de culture permanents. La position d'étrangers des Mossi ne leur permet pas de disposer de vastes superficies de terre, mais surtout leur stratégie migratoire entraîne des densités d'exploitants de plus en plus élevées sur les terres qui leur sont prêtées. En effet, des réseaux se forment entre villages de départ et ceux d'implantation, ils entraînent l'augmentation rapide de la population.

Si politiquement et administrativement le secteur sanitaire doit être respecté, il ne s'impose pas toujours aux populations, comme l'illustre le cas de la plaine du Tyerla où différentes structures de soins sont sollicitées par les populations, en théorie, dépendantes d'un seul et même CSPS. Le découpage sanitaire sert de support à l'offre de soins en délimitant la zone d'action des infirmiers, cependant il ne reflète pas systématiquement la logique des Burkinabè qui fréquentent des lieux parfois différents de ceux qui leurs sont "proposés". *"L'approche populationnelle"*⁵⁴ de l'Etat a donc été préférée *"en estimant que la seule présence de population induit des moyennes"*, une présence toutefois importante et surtout groupée qui participe au plus grand isolement des espaces à habitat dispersé, déjà ignorés des courants commerciaux. L'offre de soins participe donc à l'organisation de l'espace en accentuant les disparités. A niveau d'équipement égal les populations ont tendance à consulter les établissements de proximité, tel est le cas de Gnafongo où les habitants très dispersés sollicitent des CSPS différents : Péni, Soumousso et Sidéradougou. Mais lorsqu'un équipement est de meilleure qualité, avec pharmacie à proximité, la population n'hésite pas à se déplacer loin. Les itinéraires thérapeutiques des populations de la plaine sont étudiés dans le chapitre suivant (I/2).

⁵⁴ de Turenne (I), 1995, "Méthodologie pour le redécoupage de la carte sanitaire en Rhône-Alpes", p118

b - Un exemple de l'utilisation du réseau hospitalier

Selon H. Picheral, *"le poids des réseaux sociaux détermine des filières de soins, individuelles ou collectives, peu compatibles avec une gestion planifiée des hôpitaux, dispensaires et autres centres de soins"*.

Les populations de la plaine sont représentatives des comportements de l'ensemble des habitants du Houet vis-à-vis des structures de soins modernes, même si ce sont des cas extrêmes. Leur proximité, à vol d'oiseau, avec la ville traduit les comportements des habitants de la périphérie rurale de Bobo-Dioulasso en cas d'urgence, mais les difficultés de déplacement en l'absence de routes tracées et entretenues rendent difficiles les déplacements auxquels les malades éloignés d'un centre de soins doivent faire face. Ces situations sont accentuées par la présence de la falaise dont le dénivelé limite considérablement les déplacements est-ouest et entraîne des mouvements méridiens, vers Bobo-Dioulasso ou vers Sidéradougou, pour les populations qui en sont les plus proches.

A travers les enquêtes menées auprès des habitants de la plaine, il ressort des comportements très différents vis-à-vis des maladies. La majorité des chefs de famille pratique la médecine traditionnelle en cas de fièvre, de toux, de maux de ventre, symptômes les plus couramment énoncés par les personnes enquêtées. Il s'agit bien sûr de jugement personnel et lorsque le mal ne guérit pas ou se complique il est souvent fait appel aux structures de soins modernes. Le PSP de Moussobadougou ou celui de Gnafongo est parfois sollicité mais le patient se dirige plus fréquemment vers le CSPPS de Sidéradougou (province de la Comoé), le CSPPS de Pénis est délaissé pour des problèmes d'accessibilité, sauf par quelques personnes résidant à proximité de la falaise. Il en va de même pour le CSPPS de Karangasso-Vigué pour des raisons d'évacuation car il n'existe aucun transporteur dans le village, ce qui complique la situation en cas d'évacuation sanitaire. Enfin à l'est le CSPPS de Soumouso est utilisé par une certaine partie de la population qui réalise des échanges commerciaux avec les villages de Wara et de Soumouso. Outre les soins accordés par l'agent de santé, le PSP est très souvent sollicité dans la pratique de l'automédication moderne, il fournit des médicaments ce qui évite de se déplacer à Sidéradougou ou Bobo-Dioulasso. En effet, le PSP est considéré comme une structure mal équipée, où seuls les problèmes de maux de ventre, fièvre, toux, plaies peuvent être soignés ; on s'y rend donc généralement pour acheter des médicaments susceptibles d'éliminer ces symptômes.

Un père de famille dont la fille de 6 ans avait de la fièvre a préféré se rendre au PSP, l'ASV étant absent il s'est rendu en moto au CSPPS de Sidéradougou où il a dû déboursier 10 500 F. CFA pour l'achat de médicaments ; une somme importante pour les populations de la plaine qui pratiquent peu les cultures commerciales et le commerce des céréales. D'ailleurs le coût des soins au CSPPS est le plus souvent invoqué pour justifier l'intérêt porté à la médecine

traditionnelle ou au PSP, avant tout fournisseur de médicaments. Le PSP n'est pas connu par tous les habitants ; celui de Gnafongo est plus sollicité, même par les populations de Moussohadougou, car l'agent de santé se déplace beaucoup à domicile. Ainsi un Dafing pendant la saison des pluies 1994 l'a fait appeler par son frère pour soigner la fièvre de ses enfants ce qui lui est revenu à 300 F. CFA pour le déplacement de l'agent et 500 F. CFA de médicaments, un gain financier considérable par rapport à la consultation dans un CSPS, les médicaments sont fournis au détail, et un gain de temps car le chef de famille n'a pas eu besoin de se déplacer.

D'autres personnes considèrent la ville et l'HN comme les seuls lieux où ils pourront trouver à se soigner et ne consultent donc pas dans les CSPS "ruraux"⁵⁵. Dans tous les cas, elles ont de la famille en ville qui les aident à se loger et à se soigner. Un habitant d'un hameau de culture de Samaradougou nous a déclaré "*je ne vais jamais au CSPS de Sidéradougou ou de Péni, dans les cas graves, je vais voir mes parents à Bobo-Dioulasso*". D'autres encore considèrent qu'il est préférable d'aller à Bobo-Dioulasso car en cas de complications il faudra appeler l'ambulance ce qui entraîne des frais supplémentaires. Ainsi, un chef de famille qui ressent des maux de ventre décide de se rendre à l'HN, après 6 mois de médecine traditionnelle, parce qu'il pense devoir être opéré. Il se rend à bicyclette avec son fils jusqu'à Péni d'où il prend un transport pour Bobo-Dioulasso malgré la présence du CSPS à quelques pas, il ne va pas voir l'infirmier. A l'hôpital il fait des radiographies puis se rend à la clinique privée du Dr Soma dont on lui a parlé⁵⁶. Ce comportement dénote bien de la perception que le malade ou sa famille ont de la maladie ou de l'état du malade, elle prime dans les choix thérapeutiques.

Chaque niveau de la hiérarchie sanitaire a des capacités différentes à soigner, selon la perception on ne se rendra pas au PSP pour les mêmes maux que dans le CSPS ou l'HN. A ces jugements viennent s'agréger des considérations économiques. Les disponibilités financières sont variables selon les familles, leurs activités et la période de l'année ; la saison des pluies est jugée souvent plus critique, c'est la période des travaux agricoles où les maladies respiratoires, les fièvres, les plaies sont les plus fréquentes et où les disponibilités financières sont les plus réduites car la récolte de l'année passée est épuisée et les revenus de la nouvelle pas encore encaissés. L'utilisation des services de santé dans la ville dépend également des réseaux familiaux qui existent. Une famille de la plaine dont l'un des enfants était malade s'est rendue directement au centre Muraz pour y faire des analyses et se soigner car un membre de la famille y travaillait et a pris les frais en charge.

⁵⁵ Nous entendons par ce terme, les CSPS établis en milieu rural, ils ne présentent pas de différence avec les CSPS de la ville, qui ont toutefois l'avantage de se situer à proximité des laboratoires d'analyse et des fournisseurs de médicaments, atouts pour leur activité

⁵⁶ Nous ignorons totalement les coûts engendrés par les différentes étapes suivies au cours de la maladie

Pour certains d'entre eux nous avons pu reconstituer leur itinéraire thérapeutique pour la maladie la plus récente, mais les coûts sont difficiles à évaluer car le plus souvent les ordonnances sont perdues ou payées par d'autres personnes de la famille, ne sont donc indiqués que des coûts moyens.

* Un Peul de Moussobadougou en avril 1995 a eu une de ses filles malade, elle présentait des symptômes de fièvre :

- étape 1 : PSP de Moussobadougou, achat de nivaquine et médicaments pour maux de tête, environ 850 F. CFA

- étape 2 : CSPS de Sidéradougou, sans référence, injection et achat de médicaments

- étape 3 : CSPS de Sidéradougou, où elle décède, frais cumulés de ces deux étapes 19 225 F. CFA, pour lesquels le père a dû vendre un boeuf. Le traitement a duré 1 mois.

* Un chef de famille Karaboro de Moussobadougou a eu des maux de ventre qu'il a soigné par automédication traditionnelle pendant 4 jours après lesquels il a été guéri. Il nous a déclaré consulter rarement au CSPS en raison des frais élevés.

* Un autre agriculteur Karaboro de Moussobadougou a confirmé avoir toujours recours à la médecine traditionnelle car le guérisseur lui demande au plus une poule ce qui est moins cher que les frais engendrés par le CSPS. Mais la consultation chez un guérisseur engendre parfois des coûts bien plus élevés comme pour ce Dioula de Dissine, il a dû déboursier 25 000 F. CFA en un mois pour soigner des problèmes respiratoires et des vertiges.

* Enfin Sidibe Egoudo, Peul de Moussobadougou a sa femme fiévreuse :

- étape 1 : guérisseur à Moussobadougou pendant une semaine où il se rend à bicyclette, il paie 500 F. CFA pour des plantes

- étape 2 : guérisseur à Samaradougou, traitement de 5 jours, 500 F. CFA

- étape 3 : CSPS de Sidéradougou en motocyclette avec sa femme, on diagnostique un paludisme, traitement 6 500 F. CFA

- étape 4 : retour au CSPS de Sidéradougou après deux jours, elle est référée à l'Hôpital Régional de Banfora

- étape 5 : HR de Banfora, transport 1 000 F. CFA pour deux personnes (environ 55 km de bonne piste), consultation 150 F. CFA, soins pour la présence de vers : 10 000 F. CFA, séjour à Banfora de 5 jours chez la famille.

De ces différents cas il faut retenir le recours quasiment systématique à la médecine traditionnelle lorsque le mal apparaît soit par automédication traditionnelle, soit par l'intermédiaire d'un guérisseur. En outre, l'achat de médicaments entraîne les plus grosses dépenses qui sont généralement un obstacle à la fréquentation d'une structure de soins moderne.

Les structures de soins urbaines jouent un rôle de substitution aux CSPS désignés aux populations de la plaine. La consultation des populations de la plaine dans les établissements de la ville, est liée à des facteurs économiques et de perception des structures de soins en milieu rural. L'aide financière accordée par la famille résidant à Bobo-Dioulasso incite à l'utilisation des

établissements urbains qui ont par ailleurs une meilleure image puisque le budget national accorde une part plus importante à la ville, et où en outre les structures de soins privées peuvent exercer une complémentarité, voire une concurrence aux formations publiques.

CHAPITRE IV

LES STRUCTURES DE SOINS DE L'ESPACE URBAIN : UNE ATTRACTION LIMITEE

La ville ne peut être ignorée des stratégies de soins des populations ; elle fait partie des lieux fréquentés par les populations, de façon plus ou moins régulière et connue, et offre une image de plus en plus attractive. La ville est avant tout un lieu d'échanges, elle est le siège d'un marché comme l'a toujours été Bobo-Dioulasso : marché d'étape sur les voies commerciales avant la colonisation, point de rupture de charge du chemin de fer pendant vingt ans au cours de la domination française, pôle économique après l'Indépendance alors que les échanges commerciaux du pays privilégient la Côte d'Ivoire. Bobo-Dioulasso offre une image de pôle international, vivant du passage obligatoire des productions nationales vers les pays limitrophes. Mais la ville vit également de la complémentarité qui existe avec les zones rurales voisines ou plus éloignées. Les villages se multiplient autour de la ville qui présente un débouché aux productions agricoles.

La ville offre des services dont font partie les soins de santé utilisés à l'occasion de déplacement, ou sont la destination principale des déplacements. Les équipements de santé de la ville sont utilisés différemment selon l'origine des populations. Au nord-est, pour les villages proches du centre médical de Houndé, le système de référence est plus ou moins respecté, tel que la décentralisation l'a organisé, mais là où la densité du couvert sanitaire diminue, les populations n'ont parfois d'autres choix que de passer outre la hiérarchie et de s'adresser eux-mêmes à l'établissement qui leur semble le plus compétent. La situation entraîne l'inégalité des populations des espaces mal équipés face aux structures de soins. En outre, les comportements des populations perturbent l'organisation du système, il en découle notamment un engorgement de l'Hôpital National. Mais l'Hôpital National de Bobo-Dioulasso est également une structure de soins spécialisés qui se partage le territoire avec celui de Ouagadougou. Par ailleurs, certains établissements publics sont concurrencés depuis peu par des formations privées installées en ville et s'adressant à toutes catégories de personnes.

Force est de constater l'engorgement de l'Hôpital National qui constitue la référence directe pour la majorité des CSPTS du Houet (28 sur 39 en 1992) et pour une grande partie de la population qui accorde plus de crédit aux services offerts à l'Hôpital National qu'aux CSPTS ou Centres Médicaux dont, nous l'avons vu, les moyens et le personnel sont limités. A l'échelle du Houet, le réseau sanitaire est hiérarchisé, mais les structures de soins de base ont peu de contact

entre elles, et pour la majeure partie des établissements du Houet les communications se limitent aux contacts occasionnels⁵⁷ avec l'Hôpital National.

I - LA VILLE ET LES STRUCTURES DE SOINS

L'HN se trouve au sommet d'une hiérarchie sanitaire dont seule la base est représentée en ville en 1993. Les établissements publics sont de plus en plus concurrencés par les structures privées, ouvertes par des infirmiers ou plus rarement des médecins. La présence d'équipements sanitaires est ancienne à Bobo-Dioulasso, l'hôpital ayant été créé en 1920 ; plus tard la ville deviendra le siège internationale de l'OCCGE dont la vocation est de lutter contre les endémies. P. Decraene résume ce que fut Bobo-Dioulasso dans le passé : *"comme Thiès, au Sénégal, Bobo fut une ville de cheminots. D'autre part, l'armée française, qui conquiert la ville en 1897, à l'époque où Samory s'opposait à la pénétration étrangère, avait établi sur place une importante garnison. Autour de ces militaires et leurs familles s'organisa longtemps la vie quotidienne et prospérèrent les petits commerces, tandis qu'un nombre imposant d'habitants fournissait du personnel de maison, des laborantins et des infirmiers pour le centre de lutte contre les grandes endémies où les services hospitaliers, des commis pour les douanes, les services de l'élevage, les travaux publics, le commissariat central ou les postes. De nombreux bâtiments témoignent de la vitalité des services administratifs de l'époque"*⁵⁸.

1 - Attraction de la ville

Contrairement à de nombreuses villes du Burkina Faso qui ont émergé par la décision du colonisateur, Bobo-Dioulasso était connue et reconnue, bien avant leur arrivée, comme marché d'étape. Ce pôle ne vivait donc pas uniquement de l'agriculture mais également des échanges commerciaux qui y étaient pratiqués à grande échelle. Cette précision est faite non pas pour minorer le rôle de la colonisation sur le développement de Bobo-Dioulasso, mais pour mettre en évidence les relations anciennes que la ville a progressivement développées avec son arrière-pays.

La situation de la ville sur le réseau hydrographique et sa position dans la hiérarchie urbaine font de ce pôle, un site attractif pour les personnes désirant s'établir en milieu urbain et une étape importante sur un axe migratoire menant vers la Côte d'Ivoire. A l'intersection de plusieurs routes nationales à vocation internationale, elle a développé des relations avec des pôles régionaux, provinciaux et les villages proches fournisseurs de vivriers. Bobo-Dioulasso entretient ainsi une

⁵⁷ Lors des évacuations sanitaires ou des références

⁵⁸ Jeune Afrique n° 1819, nov 1995, p 60-61

relation économique et commerciale avec les villages présents dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres. Cette relation est visible à travers différentes observations ; à la fois l'origine des produits maraîchers, la limite de l'aire de production de coton, l'absence de pharmacie près des CSPS construits dans cette auréole et l'absence de marchés susceptibles d'attirer les clients et commerçants sur de longues distances.

La ville intervient donc sur son arrière-pays et il serait intéressant de connaître l'attraction exercée par les structures de soins, sont-elles limitées à la ville ou au contraire beaucoup plus vastes. Nous y avons partiellement répondu en étudiant les stratégies suivies par les populations de la plaine, mais cette étude rétrospective porte une limite, celle de la mémoire des hommes et de leur volonté à se soumettre aux enquêtes. A partir de l'étude d'un établissement urbain, quels sont les constats ?

2 - La ville et son organisation

a - Une morphologie entre ruelles étroites et lotissements

Nous ne reviendrons pas sur la place qu'occupe Bobo-Dioulasso dans la hiérarchie urbaine et l'organisation du territoire nous évoquerons simplement l'évolution de la ville et son organisation telle qu'elle a été étudiée dans le SDAU⁵⁹ durant l'année 1986. La politique d'habitat a imposé au cours des décennies une restructuration totale des quartiers d'origine dont seul Kibidoué reflète l'organisation "primitive".

A travers l'histoire de la région nous avons vu la position privilégiée de Sya, à la croisée de nombreuses voies de communication, qui n'a jamais failli après l'Indépendance. Le premier village a été créé vers 1100⁶⁰, on le retrouve en partie dans le quartier de Kibidoué, qui reflète l'organisation de Sya à cette époque. Situé entre deux marigots, le Oué⁶¹ et le Sanjo, sa position présente alors un caractère défensif du fait d'un réseau hydrographique très encaissé. Les étrangers, notamment les Dioula de Kong en Côte d'Ivoire, venus s'installer plus tard, se sont établis de part et d'autre du réseau hydrographique pour former les quartiers de Kombougou, Yorokoko à l'est du Houet et Farakan et Donona regroupés au nord. Selon Y. Wettère-Verhasselt, *"Sia ne connut pas d'extension territoriale jusqu'au 20ème siècle. Les nouveaux immigrants*

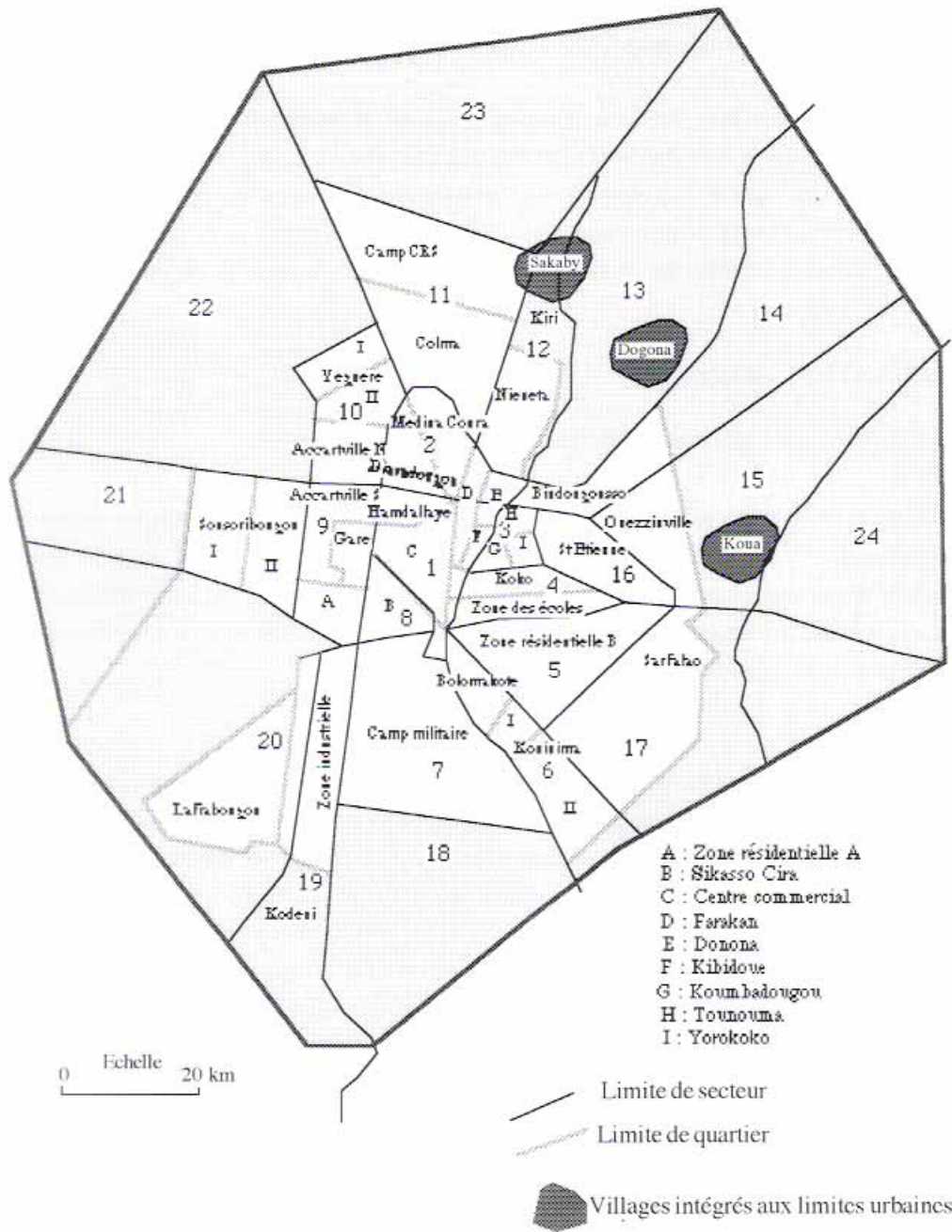
⁵⁹ Schéma de Développement et d'Aménagement Urbain de Bobo-Dioulasso, Ministère de l'Équipement, rapport de présentation, 1990, p 545

⁶⁰ Selon le SDAU et Wettère-Verhasselt (Y), "Bobo-Dioulasso : le développement d'une ville d'Afrique Occidentale", COM, n°85, 1969

⁶¹ Dont la province actuelle tire son nom et qui est un affluent de la Bingbele qui conflue plus au nord avec la Baoulé

Figure 64

DECOUPAGE DE BOBO-DIOULASSO PAR QUARTIER ET SECTEUR



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

*s'établissaient dans des quartiers existants, ce qui entraîna un accroissement considérable de la densité de population*⁶².

L'arrivée des Européens en 1897 va changer l'organisation urbaine, dès le début du siècle ils entreprennent le tracé de grands axes et remplacent le nom de Sya par Bobo-Dioulasso qui indique *"l'origine ethnique double de la ville"* en 1904. Cette période met fin à la densification extrême des quartiers d'origine par *"le tracé autoritaire de grandes voies et l'aménagement de nouvelles zones d'extension"*⁶³. Dès lors les limites urbaines ne cesseront de s'étendre.

L'organisation actuelle résulte donc de la politique d'urbanisation européenne et burkinabè, cette dernière a eu pour conséquence la multiplication des découpages administratifs de la ville en plus de 30 quartiers, que recouvrent 25 secteurs, eux-mêmes regroupés au sein de trois communes qui s'étendent sur 136 km² mais dont seulement 4 km² étaient lotis en 1986⁶⁴ (figure 64).

L'ensemble des rues, comme l'habitat, ont fait l'objet d'une restructuration pendant la période coloniale dont on retrouve les traces dans le quadrillage urbain et dans les rues bordées de Calceidrats, de Fromagers ou de Manguiers, absents du reste de la ville excepté à la sortie nord le long de la route menant à Bondukuy (province du Mouhoun) et également à la sortie sud, avant d'atteindre la route goudronnée menant en Côte d'Ivoire par Banfora.

Au sein de la ville le quartier de Kibidoué a un caractère d'exception, situé à l'ouest du grand marché il est à l'origine de la ville de Sya. Aujourd'hui des constructions traditionnelles bobo, à étages, en banco et toit à terrasse, sont encore en place ; elles témoignent de l'opposition des populations autochtones face à la restructuration mise en place par la colonisation qui devait aboutir à la trame régulière de la ville actuelle. Ces maisons ne forment qu'un petit espace au sein d'un ensemble présentant des constructions de type classique c'est-à-dire une grande cour dans laquelle se trouvent plusieurs maisons habitées par une même famille ou des familles différentes. On note un effort architectural comme la gare construite dans un style néosoudanien. Ailleurs dans la ville, certains bâtiments publics ont été rénovés dans le respect de cette architecture qui reste la particularité des quartiers centraux (l'Hôpital National, le Ministère de la justice, le mur d'enceinte du grand marché...). Dans les quartiers autour du centre commercial les activités de type artisanal ou de petits commerces se sont développés (couturier, petit magasin...).

Selon le SDAU les familles chassées des quartiers centraux lors de la restructuration urbaine au cours des années 1920 ont été relogées à Tounouma et dans un quartier loti à la même

⁶² Wettere-Verhasselt, op. Cité, p 90

⁶³ SDAU, p 61

⁶⁴ Selon le SDAU, le total des surfaces résidentielles s'élève à 4 093 ha

époque : Bolomakoté sur la route de Koro qui amorce le développement de la ville vers le sud. L'extension de Bobo-Dioulasso se poursuit par la formation ou le lotissement des quartiers de Hamdallaye, Sikasso-Cira, Tounouma, Diaradougou, Donona et Koko au cours des années 1930. Pendant les années 1940 les quartiers de Farakan et Diaradougou se sont agrandis, ceux de St Etienne et Médina Coura sont aménagés et les villages de Bindougoussou et Kuimina intégrés pour former les quartiers du même nom. Jusqu'à l'Indépendance la ville s'est développée à l'intérieur de la boucle formée par le chemin de fer qui, nous l'avons déjà vu, a atteint Bobo-Dioulasso en 1934. Le tracé sinueux de la voie ferroviaire était destiné à contourner la zone d'habitat mais surtout à éviter le relief plus prononcé au sud de la ville (falaise de Banfóra).

Les autres quartiers ont été créés peu avant l'Indépendance ou après : "*Accartville commencé en 1954, la "zone des écoles" en 1958, Ouezzinville en 1963 et Nieneta en 1965*"⁶⁵. Ces deux derniers anticipent sur l'extension de la ville en raison de la croissance urbaine, laquelle s'est ralentie au cours des années 1960, après la confirmation de Ouagadougou à sa place de capitale administrative⁶⁶ du pays. Sur les cartes⁶⁷ fournies par le cadastre les quartiers créés récemment sont facilement repérables par la forme des îlots qui a évolué du carré vers le rectangle après l'Indépendance. L'extension des zones loties continue après 1975 avec la création notamment des quartiers de Colma, Sonsoribougou, Lafiabougou, où les fonctions artisanale et commerciale disparaissent progressivement au profit de l'habitat. On remarque au cours des dernières années sur les pourtours de Bobo-Dioulasso, des villages traditionnels rajoutés par l'extension spatiale de la ville⁶⁸ comme autour du village de Koua (est de la ville), et la multiplication des zones d'habitat spontané dans les zones non loties, dans l'espoir pour les populations installées, d'un titre de propriété futur. Les quartiers les plus récents se sont surtout développés au nord (plus particulièrement entre 1975 et 1985), malgré des zones urbanisables, sur toute la périphérie de la ville.

En dépit d'une politique d'urbanisation jamais abandonnée depuis l'Indépendance, en 1983 le Programme Populaire de Développement impose le lotissement des quartiers urbains, il subsiste des zones d'habitat non loties, tel est le cas du quartier de Dogona dans le secteur 13 "*dans lequel le Houet et ses affluents ainsi que la voie ferrée constituent des barrières qui limitent fortement la possibilité d'accès*"⁶⁹. Les obstacles physiques et naturels ne facilitent pas l'aménagement : au sud-

⁶⁵ Wettere-Verhasselt, p 92

⁶⁶ Elle a été désignée capitale administrative dès 1947

⁶⁷ Réalisées en 1986

⁶⁸ Tel est le cas entre 1975 et 1985 des villages de Sakabi et Dogona recensés comme village lors du premier dénombrement national, ils ont disparu du second pour être rattachés directement à la ville de Bobo-Dioulasso, situés au nord-est de la ville, ils sont devenus quartiers respectivement des secteurs 12 et 13

⁶⁹ SDAU, p 65

est, la falaise qui disparaît donne un aspect assez chaotique au milieu, au sud la forêt de Kuinima et au nord-ouest la forêt classée de Dindéresso⁷⁰, essentiellement composée d'anacardiens. Au sud-sud-ouest, le camp militaire prend sa place actuelle en 1930⁷¹, il est désormais occupé sur 159 ha par les militaires burkinabè, il empêche l'habitat de s'étendre. La zone industrielle⁷², s'est développée dès 1955 à l'ouest de ce camp le long de la voie de chemin de fer, elle diminue d'autant plus les espaces constructibles, les marges occidentales ont en outre accueilli l'aéroport de Bobo-Dioulasso officiellement créé en 1944. Ainsi en 1986 le SDAU chiffrait à plus de 500 ha l'emprise de la gare, de la zone industrielle, des camps militaire et CRS⁷³, qui ont plus ou moins été encerclés par l'extension urbaine, et à plus de 1 700 ha les vergers, forêts et aéroport en périphérie.

Le couvert arboré est assez important dans le quartier commercial et administratif le long des routes ou dans les cours, leur nombre diminue à mesure que l'on progresse dans les quartiers périphériques plus densément peuplés. Les forêts de Kuinima au sud et de Dindéresso au nord-ouest limitent l'extension future de l'habitat. La rivière, le Houet, fait partie intégrante de la ville. Selon Binger, en 1895, les populations s'étaient établies de part et d'autre de ce cours d'eau relativement encaissé et autour duquel la ville a progressivement pris forme sans jamais s'en éloigner. Cette rivière est utilisée pour alimenter les vergers en eau et les parcelles de maraîchage au nord et au sud de Bobo-Dioulasso et de petites parcelles de maraîchage au centre de la ville, les laveurs s'y regroupent pour leurs activités de blanchissage et derrière le quartier de Kibidoué où la rivière est moins encaissée, les femmes font leur lessive, leur vaisselle, pendant que les hommes lavent leurs moutons. L'eau coule en permanence, le débit est très faible en saison sèche et se transforme rapidement en un véritable torrent dès les premières pluies. Dans la partie méridionale de la ville, en périphérie du quartier de Lafiabougou, se trouvent également des vergers et en général de nombreuses parcelles mises en culture. Ce cours d'eau très utilisé et au débit important en saison des pluies est un facteur à prendre en compte dans l'évaluation de l'état de santé des populations urbaines que nous n'évoquerons pas, faute d'informations et études précises.

Le centre correspond au secteur n°1, il s'étend de la gare jusqu'au sud du marché, c'est un espace à la fois administratif et commercial. On y trouve indistinctement la gare, les grands hôtels, la douane, les trois cinémas les plus importants de Bobo-Dioulasso, dont un est équipé d'une salle climatisée, des postes d'essence équipés de plusieurs pompes, le grand marché, le marché à

⁷⁰ Sur le site de Dindéresso une nappe artésienne à une profondeur de 120 à 160 m est captée pour alimenter la ville en eau potable

⁷¹ En 1906 il accueillait à l'époque plus de 3 000 Européens et se situait un peu plus au nord de son site actuel

⁷² Délimité en 1955 on y croise les usines de la SOFTTEX (ex CFDT présente à Bobo-Dioulasso dès 1936), SUCOBAM pour la production de confiture et boîtes de conserve, usine de production de jus de fruit, ...

⁷³ En 1988, les terrains occupés par le camp CRS devaient être intégrés dans le lotissement d'extension du secteur II

Tableau 67 : Densités de populations à Bobo-Dioulasso en 1986 selon le SDAU

| Quartiers | Secteurs | Densité 1986 à l'ha |
|--------------------------------------|-------------|------------------------|
| Centre commercial | 1, 8 | 12,0 |
| Sikasso-Cira | 8 | 155,0 |
| Zone résidentielle B | 5, 4, 16 | 12,0 |
| Yorokoko/Kibidoué/Farakan/St Etienne | 1, 3, 4, 16 | 121,5 |
| Hamdallaye/Diaradougou/Médina Coura | 1, 2 | 155,0 |
| Donona/Bindougouso | 2, 14 | 135,0 |
| Accartville | 9, 10 | 155,0 |
| RAN/Zone résidentielle A | 9 | 12,0 |
| Camp militaire | 7 | 20,0 |
| Bolomakoté | 6 | 12,0 |
| Sarfalao/Kounima | 17, 6 | 20,0 |
| Koua village | 15, 17 | 40,0 |
| Ouézzinville/Bindougouso I | 14, 15 | 70,0 |
| Ouézzinville/Bindougouso II | 14, 15 | 20,0 |
| Dogona | 13 | 40,0 |
| Nieneta/Colma | 11, 12 | 90,0 |
| Colma/Yegueré | 10, 11 | 30,0 |
| Sonsoribougou I et II | 21 | 44,0 |
| Lafiabougou | 20 | 20,0 |
| Zone industrielle sud | 20, 19 | 0,0 |

volailles, les banques, les supérettes, les délégations de certains ministères (équipement), la mairie de la commune 1. Il englobe plusieurs quartiers dont celui du centre commercial où se trouve le grand marché depuis 1939 et autour duquel se sont installées les entreprises commerciales (CITEC...) ainsi qu'en prolongement dans les rues adjacentes. Les quartiers d'Hamdallaye et Kibidoué, font également partie de ce centre, ils ont une fonction plus résidentielle.

b - Une occupation variée de l'espace par les populations

La "révolution" est une période de réorganisation administrative du territoire et des villes, elle se solde pour Ouagadougou et Bobo-Dioulasso par le découpage du périmètre urbain en secteurs. Comme le souligne S. Jaglin, dans sa volonté de changement, T. Sankara *"tente de briser la logique de domination des anciens pouvoirs, qui s'exerçait par l'intermédiaire des clientèles et des réseaux territoriaux d'implantation ancestrale"*. C'est surtout pour Ouagadougou que le nouveau découpage urbain a été conçu afin de réduire l'influence des chefferies locales *"en les privant de leur assise territoriale traditionnelle"*. Les quartiers sont donc regroupés en secteurs, certains sont parfois divisés entre plusieurs secteurs selon un décret de 1984. Mais les effets de cette politique sont aujourd'hui limités, les chefs de quartiers ont conservé leur pouvoir.

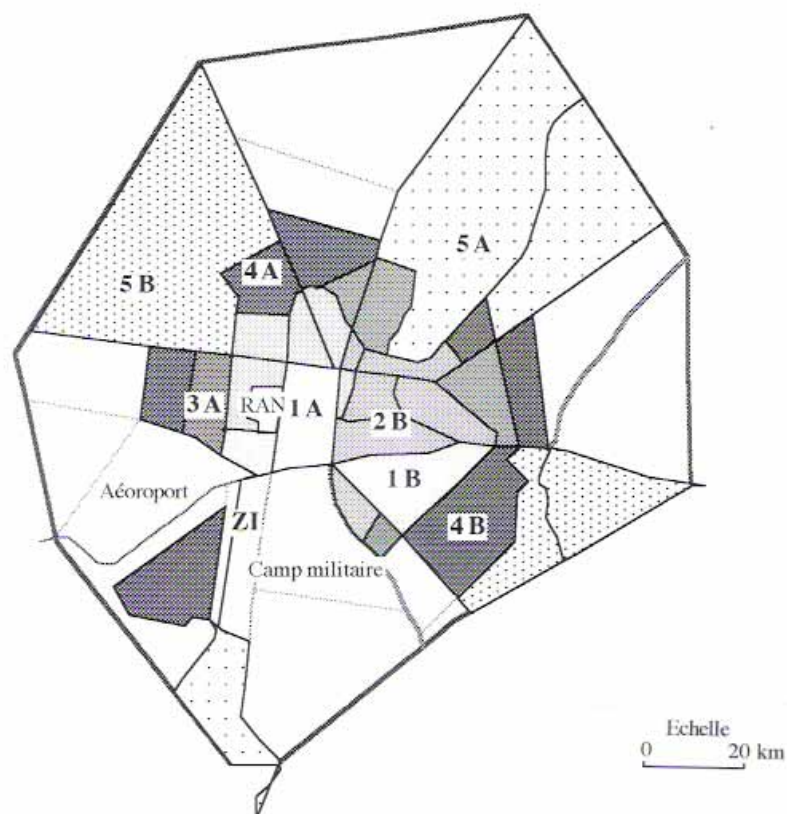
Il aurait été intéressant de connaître les densités de population par quartier mais les seules données dont nous disposons, dans le SDAU tableau 67, font état du nombre d'habitants selon des regroupements qui laissent toutefois entrevoir une concentration de la population dans les quartiers centraux les plus anciens, comme l'avait déjà constaté Y. Wettere-Verhasselt dans les années 1960.

Calculer des densités démographiques oblige à se poser des limites spatiales en décidant d'un pas de calcul (tableau 67). Dans la ville de Bobo-Dioulasso elle s'impose par le tracé des quartiers qui répondent à une réalité humaine influencée par des événements passés et présents. Les premiers quartiers à l'origine de la formation de la ville se sont peu étendus et ont continué à accueillir une population toujours plus importante avant l'arrivée des Français. La colonisation a contribué à l'extension de la ville en créant de nouveaux quartiers, en réorganisant les quartiers d'origine par le tracé de voies de circulation et de lotissements. Le choix des Européens pour établir l'HN, le camp militaire au début du siècle, puis dans les années 1950 l'aéroport, ont limité le développement de la ville pendant de longues décennies vers le sud et le sud-ouest.

Le recensement national de 1985 donne la population par secteur et non par quartier, dans ce cas le calcul des densités a peu d'intérêt sinon celui de montrer qu'il existe effectivement une densité d'habitat au centre de la ville que l'on ne retrouve pas en périphérie. Le centre de la ville constitué par les quartiers commercial et administratif présente de faibles densités démographiques. Le recensement a en effet suivi les nouvelles limites internes, elles englobent ainsi différents

Figure 65

TYPOLOGIE DES QUARTIERS DE BOBO DIULASSO



- 1 A : Centre commercial, habitat moderne, peu dense
- 1 B : Zone résidentielle, habitat moderne, peu dense de type résidentiel
- 2 A : Lotissement ancien à maillage large
- 2 B : Lotissement ancien dense à maille étroite
- 3 A : Lotissement récent dense, habitat de type traditionnel, densité relativement forte
- 3 B : Lotissement récent, moyennement dense, habitat diversifié
- 4 A : Lotissement récent en cours de densification
- 4 B : Lotissement récent en cours d'attribution, tissus éclaté en petits îlots, habitat majoritairement conçu sur un modèle traditionnel rural très peu dense
- 5 A : villages, habitat villageois de type traditionnel et ancien
- 5 B : habitat non loti en périphérie des zones urbanisées, habitat de modèle semi-urbain ou traditionnel rural peu dense

Source : SDAU, Bobo-Dioulasso, 1986

Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

concentrés dans une auréole de 2 km autour du marché central. Si cette aire englobe en partie les quartiers de densité de population élevée, elle pénalise fortement les quartiers moins peuplés pour lesquels les équipements en général sont moins nombreux. Un certain dynamisme existe dans les quartiers périphériques, or la population qui y réside semble à l'écart des préoccupations de santé puisqu'elle doit parcourir de plus longues distances pour se soigner par rapport aux quartiers centraux. Certaines femmes ne bénéficient que de services mobiles comme à Sarfalao ou Lafiabougou, alors qu'il est largement répandu que dans les villes les équipements sont de meilleure qualité et plus importants. En 1986 il existait 1 CSPS pour 17 590 personnes selon le SDAU, une charge théorique certainement sous-estimée compte tenu du caractère de passage des pôles urbains, les agents en exercice dans les CSPS sont susceptibles de soigner de nombreuses personnes qui ne résident à Bobo-Dioulasso que temporairement. Une moyenne qui s'avère en fait très variable selon la localisation géographique des établissements, parfois seuls à assurer les soins dans des quartiers peuplés. Une étude a été menée, dans le cadre d'un doctorat, sur l'utilisation des structures de soins par les enfants à Bobo-Dioulasso par une anthropologue, M. Roger-Petitjean.

La position de Bobo-Dioulasso lui a été sans conteste favorable pour sa croissance et son équipement. Etape importante le long des axes commerciaux elle a bénéficié de l'implantation de nombreux commerçants mais également des populations blanches⁷⁶, avec la présence d'une caserne militaire pendant de longues années, qui ont entraîné un équipement sanitaire important. Sa position au sein d'une aire particulièrement touchée par les grandes endémies, la désigne pour recevoir laboratoires et services relatifs à ces grands problèmes de santé et fait d'elle la capitale internationale de la lutte contre l'onchocercose et la trypanosomiase. Le centre antitrypanique, dont les portes se sont ouvertes en 1939, devient le Centre Muraz en 1956. En 1948 une section paludisme au sein du service de lutte contre les grandes endémie a été ouverte à Bobo-Dioulasso, en 1955 vient le tour de la section entomologique-épidémiologie, elle couvre alors les colonies de Haute-Volta, Soudan, Côte d'Ivoire, Dahomey, Togo, Niger. La même année la section onchocercose s'ouvre (elle est transférée en 1973 à Bouaké). En 1980 l'OCCGE est la nouvelle structure chargée de lutter contre les grandes endémies notamment. P. Richet disait du Centre Muraz: "*véritable Institut, il est le plus polyvalent des quatre de l'OCCGE puisqu'il groupe quatre sections techniques : biologie, parasitologie, entomologie, pharmacie-chimie-immunologie, possédant chacune plusieurs laboratoires spécialisés équipés de personnels européens diplômés et de bons infirmiers africains*"⁷⁷. Il y a donc une ancienneté des services de santé à Bobo-Dioulasso lesquels ne concernent toutefois pas la médecine de masse mais restent dépendant d'une

⁷⁶ Selon Wettere-Verhasselt (Y), "Bobo-Dioulasso : le développement d'une ville d'Afrique occidentale", p93, pendant la colonisation les Français était en grande majorité établi à Bobo-Dioulasso, mais avec l'Indépendance leur nombre passa de 1500 avant l'Indépendance à 900 en 1962, au profit de Ouagadougou

⁷⁷ Richet (P), op. Cité, p 4

Parallèlement à la pyramide sanitaire un secteur de santé privé se développe. Parmi les structures de soins de base une opposition très nette met en évidence l'organisation spatiale. L'essentiel des établissements publics se concentre dans les quartiers de Sikasso Cira et du centre commercial, siège des activités commerciales de la ville où se trouve notamment le Grand Marché. Mais selon les informations fournies par le projet HCK et la DPS qui ont dressé la liste des formations sanitaires dans la ville de Bobo-Dioulasso en 1993, quelle que soit leur appartenance au secteur privé ou public, une opposition nord-sud apparaît.

b - Entre para-public et privé lucratif : une esquisse de l'organisation spatiale urbaine

Tableau 68 : Répartition des établissements de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso en 1993

| Public | Para-public | Privé non lucratif | Privé lucratif |
|--------------------|---------------------------|------------------------|--|
| 1 HN | Médecine scolaire : IME | 3 dispensaires | 15 cabinets (infirmiers) |
| 3 CSPPS | Médecine du travail : | 1 centre médico social | 1 clinique (chirurgien) |
| 6 dispensaires | 7 antennes OST | 1 clinique | 2 cabinets dentaires |
| 3 maternités | 1 dispensaire RAN | | 1 clinique (infirmière) |
| 1 SMI | 4 SMI foraines | | 1 clinique accouchements (sage-femme) |
| 1 service hygiène | CNSS | | |
| 3 laboratoires | Ministère de la défense : | | 1 laboratoire (pharmacien) |
| 1 cabinet dentaire | 1 dispensaire | | |
| | 1 infirmerie de garnison | | |
| 2 pharmacies : | 1 dépôt HN | | 9 pharmacies (pharmaciens) |
| DPS | 1 mutuelle pharmaceutique | | |
| SONAPHARM | | | |

Sources : Projet HCK-DPS, Bobo-Dioulasso, 1993

Au sud de la ville se trouvent des établissements destinés à assurer la santé des travailleurs (OST), des employés de banque, de la SOFITEX (coton), SONHABY (hydrocarbures), CITEC (huiles et savon) ..., des fonctionnaires et des écoliers. En effet, le sud offre une image d'un habitat moins dense où se sont installés entreprises, industries, commerces et une grande partie des écoles, il concerne des quartiers au tissu urbain très différent. Dans le quartier du Centre Commercial l'habitat se développe en périphérie des commerces établis au centre, de même dans la "zone des écoles" et davantage dans la "zone résidentielle B", l'habitat se mêle aux établissements,

seul le quartier de la "zone industrielle" est exclusivement consacré aux entreprises et industries comme SAVANA, fabrique de conserves, confitures avec les productions de fruits et légumes de la région, SOFITEX ... le "camp militaire" et la "zone de l'aéroport" limitent l'expansion de l'habitat. Enfin les services de santé de la RAN sont établis sur l'aire occupée par la gare, autour de laquelle l'habitat s'est développé après les années 1970, le site avait été choisi pour son étendue qui permettait d'entreposer le matériel ferroviaire et les marchandises destinées à être transportées. Ces quartiers sont regroupés au sein des secteurs n° 1, 4, 5, 7, 19, 20 où les constructions concernent essentiellement les activités économiques ou l'éducation qui confèrent à Bobo-Dioulasso son statut de deuxième ville du pays et pendant longtemps son rôle de pôle économique, également pour les échanges commerciaux pratiqués. Ceci explique donc que les services de santé publics sont destinés à une population ciblée, qui les oppose aux établissements du reste de la ville ouverts à toute la population.

Si l'on excepte les services de santé des travailleurs, les équipements publics semblent se concentrer en certains lieux, ainsi dans le quartier d'Hamdallaye, secteur 1, se trouvent trois établissements, ils correspondent aux services offerts par le Centre Muraz, à la fois un dispensaire et des laboratoires d'analyses. De même au nord dans le quartier de Medina Coura, secteur 2, autour du dispensaire de Medina Coura, construit en 1958 et des services de pneumo-physiologie et de psychiatrie⁷⁸ construits à la même époque, sont venus s'ajouter les services de la Direction Provinciale de la Santé créés sous le gouvernement de T. Sankara, au cours des années 1982. Ailleurs les établissements se partagent entre les Services Maternels et Infantiles (SMI) et les dispensaires répartis dans l'ouest et le nord-ouest de la ville alors que le nord-est et l'est ne disposent que d'antennes foraines destinées aux soins maternels et infantiles. Le quartier de Dogona (secteur 13), autrefois village, devenu aujourd'hui un quartier densément peuplé, les équipements sanitaires sont rares. Le quartier de Sakaby, en limite nord du secteur 12, non loti, et celui de Sarfalao, secteur 17 dont l'habitat est peu dense et traditionnel, et enfin le quartier de Kodené, au sud en limite du secteur 19, occupé par un village, non loti, tous sont parcourus par les antennes foraines de SMI.

A ce stade il est intéressant de constater que l'inventaire des établissements de soins dans la ville de Bobo-Dioulasso a été fait par secteur, respectant ainsi les termes officiels de 1983 qui divisaient les villes en secteurs. Cependant les établissements sont construits par quartier dont ils portent le nom, que ce soient des structures récentes ou anciennes, comme le CSPPS de Sarfalao construit en 1995, grâce au financement de la LONAB (loterie nationale). Bien sûr les secteurs de Bobo-Dioulasso ont beaucoup moins divisé les quartiers qu'à Ouagadougou mais il n'en demeure pas moins que les CSPPS créés à l'époque de Sankara portent également le nom de quartier alors que ces derniers, réunis avec d'autres, forment des secteurs bien définis. Par contre, leurs aires de

⁷⁸ Des services déplacés depuis peu sur le site de l'hôpital

responsabilité sont circonscrites aux secteurs. Toutefois on peut conclure que les secteurs, malgré les efforts de l'administration, ne forment pas un cadre qui a définitivement supplanté le quartier, les chefs de quartier sont encore très présents et reconnus par la population⁷⁹.

Comme dans les villages, certains dispensaires ou SMI, existant depuis les années 1950, ont été transformés au cours des années 1980 en CSPS, à Hamdallaye, Sikasso Cira, Accartville⁸⁰, ils représentent les plus vieilles structures de soins de la ville, et Sarfalao après l'inventaire du Projet HCK-DPS. Hormis le dernier, ils ont tous une situation géographique spécifique à proximité du quartier commercial ; l'un est situé près de l'Hôpital National. Leur position dépend des espaces urbanisés lors de leur création, mais le choix de transformer ces formations plutôt que d'autres confirme l'idée que la DPS se fait de la fréquentation des CSPS dans la ville ; le rapprochement d'un centre de soins avec un quartier très peuplé ou d'un lieu d'échanges important comme le grand marché, favoriserait l'utilisation des établissements par les populations. Les effets de la présence d'un marché sur la fréquentation des CSPS sont moins systématiquement pris en compte pour les établissements qu'en milieu rural.

On remarque pour les établissements publics une légère dispersion dans l'espace, vers la périphérie de la ville. Mais le secteur n°1 accueille le plus de structures, qu'elles soient privées ou publiques, signe que les nombreux mouvements vers le centre ville, motivés par des échanges commerciaux, facilitent le contact avec les établissements de soins, surtout pour les privés puisque de nombreux cabinets médicaux, tenus par des infirmiers, se sont ouverts ces dernières années. Comme l'exposait I. Gobatto "*dans l'optique des soins pour le plus grand nombre, l'Etat s'est longtemps opposé au développement du secteur privé*"⁸¹, la médecine privée a donc pris un essor récent et lent, elle est principalement pratiquée par des infirmiers, selon les enquêtes de la Direction Provinciale de la Santé et du projet HCK. Parmi les établissements privés, seize sont des cabinets tenus par des infirmiers, deux cliniques sont dirigées par des chirurgiens et deux autres respectivement par une sage-femme et une infirmière. Selon un décret de 1977 "*il faut avoir effectué dix ans de service dans les formations sanitaires publiques de l'Etat ou à des postes de responsabilité au niveau du département de santé pour pouvoir s'installer en privé..., les infirmiers d'état ou brevetés et les sages-femmes doivent justifier d'une pratique de vingt ans dans une*

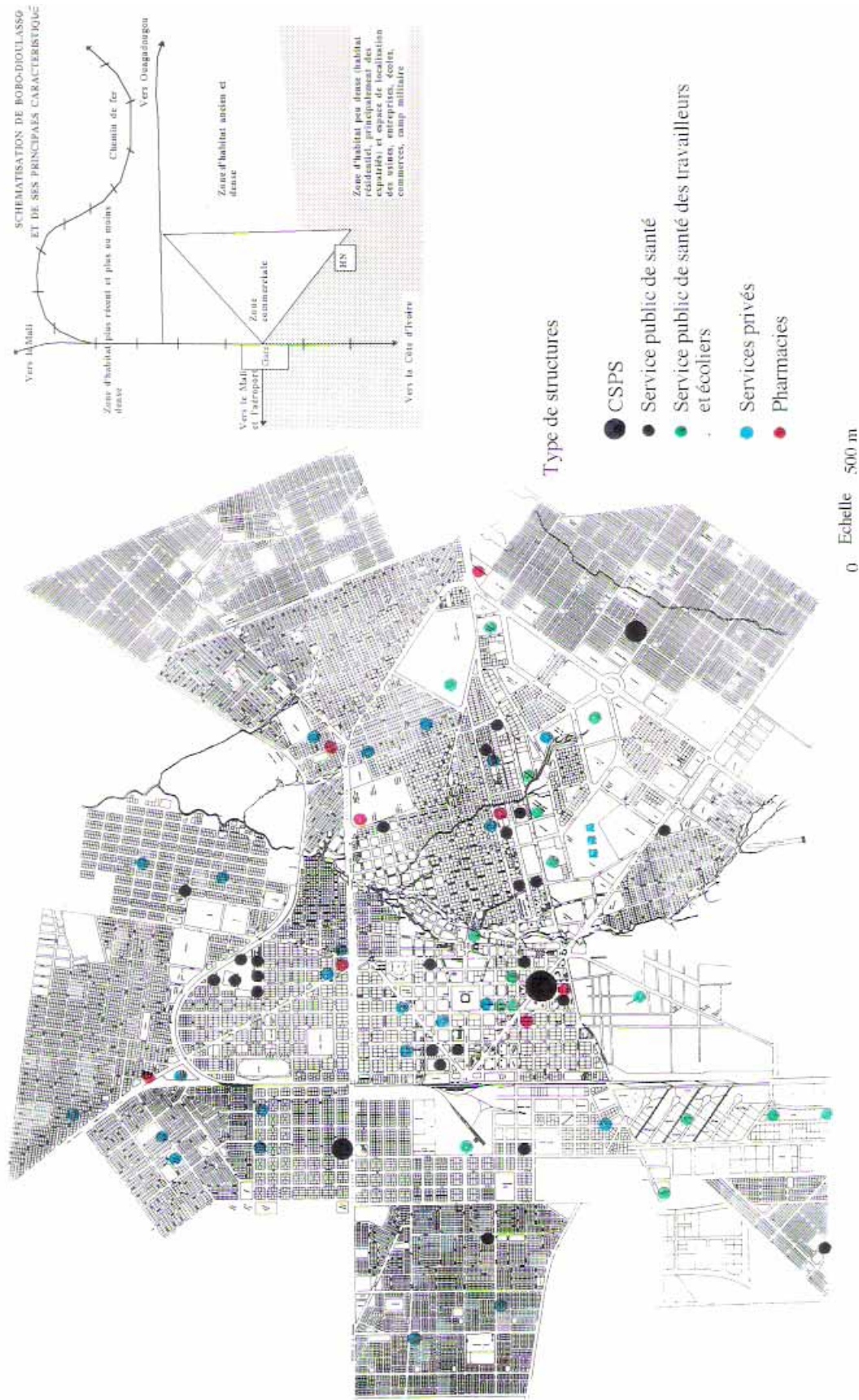
⁷⁹ M. Moradell qui a débuté en 1996 des recherches dans le cadre d'une thèse sur l'offre de soins dans la ville de Bobo-Dioulasso nous a confirmé qu'il existait toujours aujourd'hui une véritable conscience de quartier représentée par les chefs de quartiers

⁸⁰ Hamdallaye : dispensaire construit en 1950, SMI en 1982 ; Sikasso Cira : SMI en 1950, dispensaire en 1981 ; Accartville : SMI en 1958, dispensaire en 1983. La nouvelle hiérarchie sanitaire n'est venue que transformer l'appellation des structures puisque les deux établissements : soins maternels et dispensaire, étaient déjà présents avant l'adoption du nouveau système sanitaire

⁸¹ Gobatto (I), op. Cité, p 145

Figure 66

REPARTITION DES SERVICES DE SANTE A BOBO-DIOULASSO



Source : Fond de carte SDAU, données Projet HCK, DPS, Bobo-Dioulasso, Mathilde Moradell

Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

*clinique ou un cabinet, dont dix ans dans la fonction publique*⁸². Compte tenu de la création récente de l'ESSA, les médecins étaient encore rarement établis à leur compte, par contre les infirmiers qui dès la période coloniale assuraient les soins en milieu rural ont une plus large expérience des contacts avec les malades et les plus anciens ont donc eu l'opportunité d'ouvrir un établissement pour leur propre compte à la fin de leur carrière.

La couverture de soins privés se partage entre établissements à but non lucratif et établissements à but lucratif. La classification établie par le projet HCK inclut dans le premier groupe les dispensaires et cliniques tenus par les missions catholiques, protestantes ou par la communauté islamique dont le seul dispensaire de la ville installé à Yéguéré est tenu par un médecin. Le secteur privé semble attiré davantage par les quartiers au nord de la ville, il est absent du quartier de Sikasso Cira, secteur n°8 où se trouve l'Hôpital National et du sud de la ville où l'habitat est peu développé. Sur la figure 66⁸³ il se concentre autour du quartier du centre commercial puis se disperse vers la périphérie nord-ouest dans les quartiers d'Accartville, très densément peuplé, et de Yéguéré et à l'est dans les quartiers des écoles et de la zone résidentielle B, dont l'habitat est dispersé et les habitations de type moderne, des quartiers où les communautés chrétiennes sont très implantées.

Enfin, les pharmacies sont des établissements privés destinés à assurer la santé des populations de Bobo-Dioulasso, du Houet et celles de passage ; deux seulement dépendent d'une mission religieuse. Leur localisation est très représentative de leur objectif commercial, aucune n'est présente dans le sud de la ville. Elles sont principalement concentrées dans le quartier du centre commercial autour du grand marché et à proximité de l'HN. Lors de nos enquêtes à l'hôpital en 1993, nous avons constaté que, hormis le kit opératoire, tous les médicaments devaient être achetés par la famille, soit au dépôt mal approvisionné installé dans l'enceinte de l'hôpital, soit dans les pharmacies de la ville. Les pharmacies se localisent de préférence le long des voies principales de circulation. Le long du boulevard de la révolution, axe majeur de la ville très emprunté et où se trouvent plusieurs compagnies de cars reliant la capitale du pays, plusieurs pharmacies se sont installées et une autre au nord vers la sortie de la ville, le long de la route menant au Mali. Une pharmacie semble isolée dans le quartier des écoles, secteur 4, en limite du quartier Koko densément peuplé selon le SDAU, mais surtout elle se trouve en position de force puisqu'elle est seule à proximité d'un dispensaire, d'une clinique privée d'accouchement et d'une maternité publique. Les pharmacies ont des objectifs économiques qui expliquent leur absence du

⁸² *ibidem*, p 145

⁸³ Etablie grâce aux informations fournies par M. Moradell lors de ses recherches sur les établissements de santé urbains, elle a localisé précisément dans chaque quartier les structures de soins modernes excepté dans les quartiers de la zone résidentielle B et pas dans sa totalité dans le quartier du centre commercial

milieu rural, elles participent à l'alimentation des dépôts ruraux mais aucune ne s'est implantée, excepté à Houndé, désigné par décret commune urbaine en 1993.

Malgré leur statut d'équipement public, les CSPPS sont soumis au même phénomène d'attraction du centre commercial, mais les densités démographiques motivent également leur implantation puisqu'ils ont été implantés dans deux quartiers très peuplés.

A coté des structures de soins de base se trouve le CHN, il offre des services aux équipements spécialisés.

II - LA PLANIFICATION SANITAIRE IGNOREE DE LA POPULATION

1 - L'organisation du système de référence

Le système de référence est certainement le plus représentatif du fonctionnement du système de soins et de son efficacité sur la santé des populations. Nous nous appuyons sur une étude de S. Chateil⁸⁴ réalisée pour l'année 1992 à partir des registres de consultation des CSPPS du Houet et des rapports mensuels des infirmiers. Les informations ne sont pas complètes la mauvaise tenue des registres, la disparition pour d'autres, ne rend pas compte avec exactitude des références réalisées au cours de l'année. Dans l'ensemble des CSPPS du Houet, 1171 patients ont été référés en 1992, soit 1,4% de l'ensemble des épisodes morbides. La faiblesse des références n'est pas synonyme d'un bon niveau de santé des populations, pas plus que de la qualité des services offerts au CSPPS ; la diminution des épisodes morbides entre 1989 et 1992 sont le reflet d'un contact de plus en plus faible des populations avec les services de soins modernes. Le nombre limité des références signifierait que parmi les 350 000 personnes habitant hors de la ville, rares sont celles qui utilisent l'hôpital national de Bobo-Dioulasso. On ne peut que constater que le principe de subsidiarité ne s'exerce pas. Les patients décident souvent seuls de leur lieu de soins et font de l'HN un dispensaire, tant il est utilisé délibérément sans obtenir l'accord des personnes compétentes en matière de santé. Selon le plan quinquennal de développement sanitaire de 1991-95 le service de consultation de l'hôpital était utilisé par 48 566 personnes en 1990, dont 34 000 à 39 000 Bobolais, en 1991 le CSPPS le plus fréquenté recensait 25 384 "consultants". On le voit le système de référence reste une utopie.

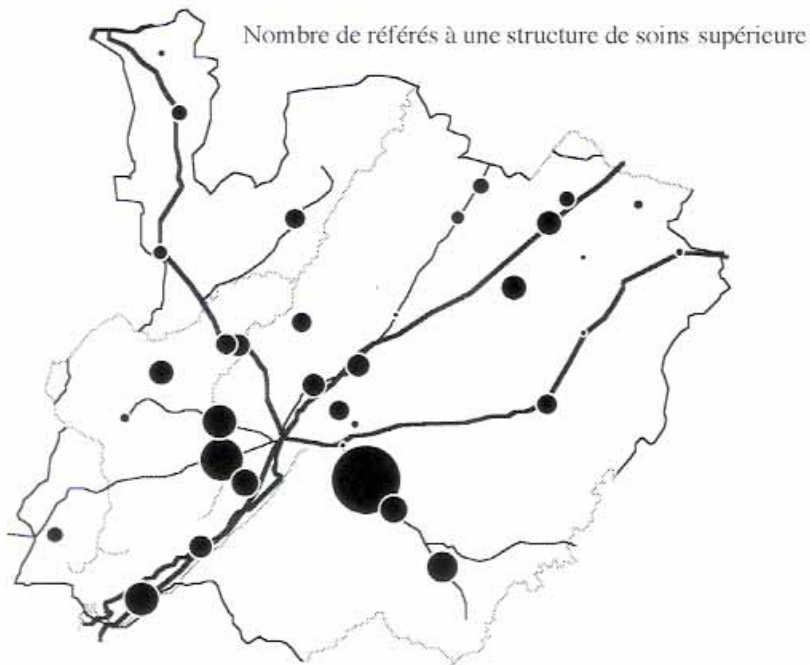
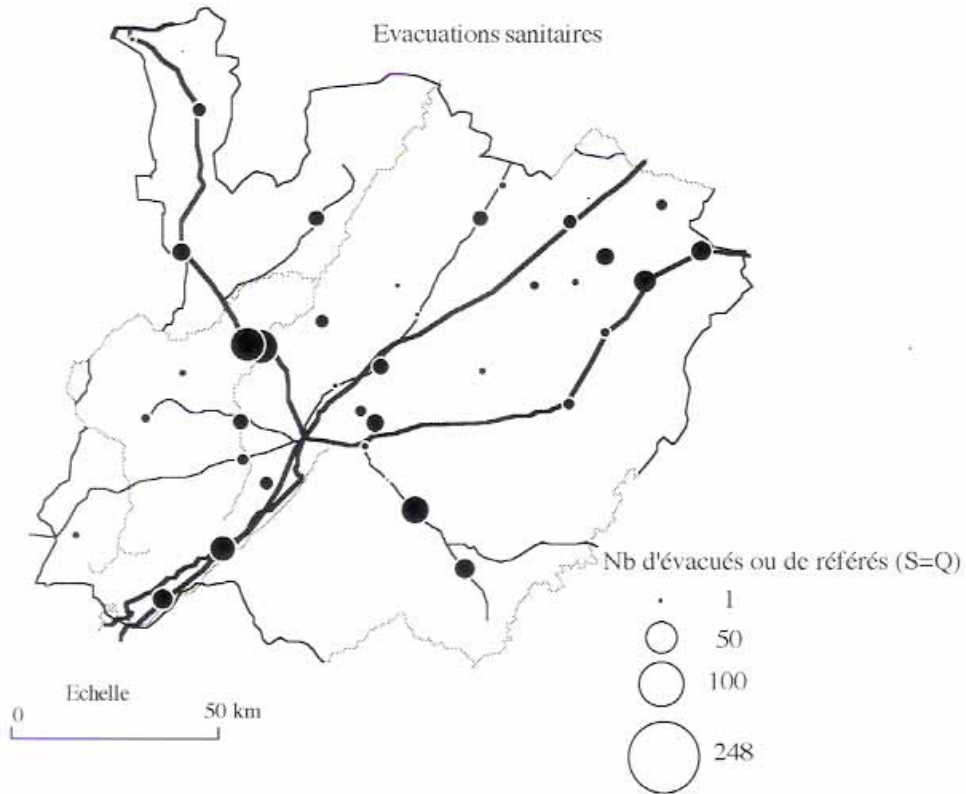
Le principe de subsidiarité⁸⁵ correspond à un partage des responsabilités, *"en réponse à un problème de santé, chacun des échelons ne devrait intervenir que si l'échelon directement inférieur*

⁸⁴ Chateil (S), 1994, "Accessibilité et accès aux soins modernes au sud-ouest du Burkina Faso"

⁸⁵ Picheral (H), cahiers Geos n°2, 1996, op. Cité, p 36.

Figure 67

LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE EN 1992



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

se déclare ou est, de fait, incompetent ... ce qui induit les notions de pôles, hospitaliers notamment, de taille différente, plus ou moins équipés et spécialisés et disposés en réseau souvent plaqué sur le réseau urbain". Le principe est induit par l'organisation même du système sanitaire burkinabè, or la pratique de la référence est rare ou non respectée par les populations. Ce n'est pas le système lui-même qui est refusé par les populations mais les moyens accordés pour exécuter l'ordre, moyens de déplacement, moyens financiers, font souvent défaut ; la situation est d'autant plus critique dans le cas d'évacuation. Mais le système fait partie d'un itinéraire thérapeutique non adopté par les patients.

Les pratiques des malades, principalement tournées vers la médecine traditionnelle, utilisent des services de santé modernes pour des pathologies déterminées et souvent à un stade avancé de la maladie. Compte tenu des moyens d'analyse et de traitement dont il dispose, l'infirmier est souvent dans l'incapacité de soigner le patient ; il doit alors recourir aux services supérieurs qui impliquent des coûts supplémentaires pour les déplacements, l'hospitalisation... Le système de soins basé sur la hiérarchie sanitaire n'est donc pas un système usité par les populations, pas plus que par les responsables des structures de soins de base (figure 67), le malade utilise souvent de sa propre initiative les structures de soins spécialisées. Les habitants de la plaine du Tyerla estiment dans les cas graves, qu'il est préférable d'aller directement à l'HN de Bobo-Dioulasso plutôt que de passer par le CSPS où le manque de matériel les obligera en définitive à se rendre à l'hôpital.

La référence des patients du CSPS vers un établissement supérieur est variable dans la province et généralement faible. Référer le patient implique des frais supplémentaires pour le malade et témoigne de l'incapacité du CSPS à assurer la santé des populations, toutefois la référence est le moyen le plus souvent utilisé, les évacuations restant rares. Le nord-est de la province se démarque ; les CSPS de ces départements réfèrent moins leurs patients vers le Centre Médical que les autres établissements de la province directement subordonnés à l'HN.

2 - Le principe de subsidiarité rarement utilisé

Le système de référence est conditionné par les choix thérapeutiques des individus qui entraînent de nombreuses étapes avant l'arrivée dans un établissement de soins moderne. Au nombre de 651 en 1992, les évacuations sanitaires sont moins courantes que les références, mais source d'une plus grande détresse morale, elles impliquent une mobilisation en numéraires et se soldent parfois par le décès du malade. Le délai de prise en charge du patient dépend, non pas de son état, mais de la disponibilité d'un moyen d'évacuation et de la possibilité pour la famille de payer les frais d'évacuation correspondant à l'achat de l'essence pour les ambulances, ou à la mobilisation du véhicule d'un transporteur pour le malade et les quelques accompagnants, alors que les transporteurs ont l'habitude de rentabiliser au maximum leur voyage en regroupant

personnes et marchandises⁸⁶. Très peu de CSPPS disposent de moyens pour évacuer les malades ; ils sont équipés soit par l'aide de coopération gouvernementale ou d'ONG comme à Koumbia, Bekuy, soit par financement public comme à Fo où l'ambulance a été acquise en 1986 grâce à l'Effort Populaire d'Investissement (EPI) institué par T. Sankara (il consistait au prélèvement d'un pourcentage sur les salaires des fonctionnaires). Des organisations nationales continuent à participer à l'équipement du pays, notamment dans le domaine sanitaire, telles que la Loterie Nationale Burkinabè (LONAB), Société d'Etat créée en 1967, elle finance tous les deux ou trois ans l'achat d'ambulances offertes au Ministère de la Santé ; là encore une devise : "Les lots aux heureux gagnants, les bénéfices à la nation entière"⁸⁷. Aujourd'hui elle a toujours pour mission d'investir ses bénéfices dans les secteurs de la santé, de l'éducation, du développement rural⁸⁸.

La comparaison entre référence et évacuation montre une opposition entre les deux pratiques. Ainsi on remarque que ce sont les CSPPS les plus proches de Bobo-Dioulasso qui réfèrent beaucoup leurs patients comme à Baré, Nasso, Koumi, Matourkou, par contre les évacuations sanitaires sont rares. La proximité de la ville influe sur le comportement des populations qui ont tendance à se diriger sans l'assentiment de l'infirmier, vers un établissement urbain plus spécialisé, lorsqu'elles jugent la situation grave. Les CSPPS de Bama et Vallée du Kou à peine plus éloignés évacuent beaucoup plus qu'ils ne réfèrent, facilités en cela par la présence d'une ambulance en bon état de marche et la présence d'une route goudronnée. De ces deux situations opposées se dégagent un aspect important, la famille se considère le seul juge de l'état du malade c'est pourquoi elle fréquente les structures de soins de son choix sans suivre le système qui lui est imposé théoriquement ou en ayant recours, souvent au dernier moment, aux soins modernes.

Les représentations des maladies et les coûts engendrés par les soins dans les structures de soins modernes déterminent bien sûr ces comportements. Dans le nord-est, les CSPPS n'évacuent pas davantage leurs patients que dans le reste de la province alors que le Centre Médical possède une ambulance, il est vrai que son utilisation coûte 8 000 F. CFA, prix forfaitaire quelle que soit la distance ; malgré tout les évacués diminuent en nombre à mesure que l'on s'éloigne du Centre Médical. S. Chateil précise qu'à cette somme "*il faudra ajouter 12 000 F. CFA pour rejoindre le CHN, si la gravité de la pathologie rencontrée dépasse les compétences matérielles du CM*"⁸⁹, dans cette perspective d'autres moyens d'évacuation viennent concurrencer l'ambulance de Houndé, ce

⁸⁶ Pour une bachee 15 à 20 personnes, selon la distance le coût est variable mais avec une moyenne de 1 000 F. CFA, un trajet peut revenir à 15 000 à 20 000 F. CFA, la base de calcul sera la même pour un malade à évacuer quel que soit le nombre de personnes transportées

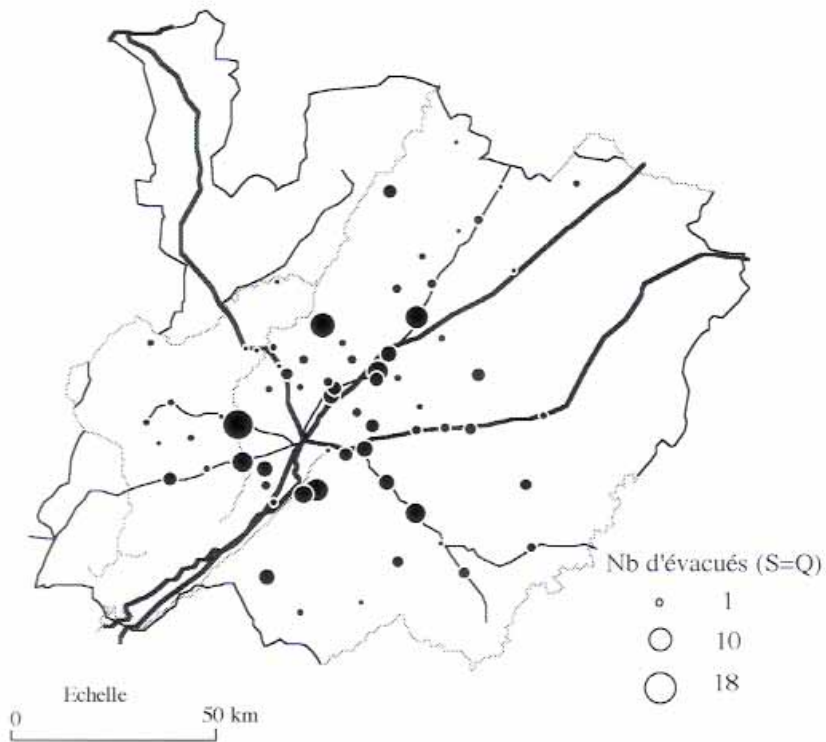
⁸⁷ Ouedraogo (G), 1982, "La politique d'utilisation des bénéfices d'une société d'Etat : le cas de la loterie nationale"

⁸⁸ En 1996, elle a permis la construction du CSPPS de Sarfalao, quartier au sud-est de Bobo-Dioulasso

⁸⁹ Chateil (S), *op. Cité*, p 116

Figure 68

**EVACUATIONS SANITAIRES REALISEES
PAR L'ONG BURKINA SECOURS**



Réalisation : A. Meunier - LEDRA - Université de Rouen

sont les transporteurs privés et Burkina-Secours, une ONG, qui n'applique pas de tarifs plus élevés, mais aussi parfois le train, pour les CSPS situés près d'une gare comme Béréba. La présence d'une ambulance n'implique donc pas systématiquement un nombre d'évacuations sanitaires plus élevé dans le CSPA qui en est équipé. La majorité des malades n'ont d'autres recours que les transporteurs privés.

L'organisation Burkina-Secours, basée à Bobo-Dioulasso, assure une grande partie des évacuations sanitaires, essentiellement dans un rayon de 20 km autour de Bobo-Dioulasso (figure 68). La périphérie semble écartée de l'aire d'action de Burkina-Secours ; la distance à parcourir constitue certainement une limite aux déplacements, toutefois les villages autour de Karangasso-Vigué sollicitent beaucoup les services de l'ambulance de l'organisation. A l'opposé les routes menant à Houndé vers l'est, à Fo au nord et Toussiana au sud sont isolées ; la présence d'une ambulance dans chacun de ces établissements explique certainement ce phénomène puisque les villages du Kéné Dougou pourtant éloignés, ont demandé en 1992 l'aide de Burkina-Secours. Les évacuations sanitaires déclarées dans les rapports des infirmiers montrent qu'elles sont moins fréquentes à proximité de Bobo-Dioulasso et qu'elles ont tendance à augmenter à mesure que l'on s'éloigne de la ville. Les statistiques de Burkina-Secours révèlent la décision unilatérale des patients, de se faire évacuer vers l'HN sans passer par le CSPA, les villages de la plaine du Tyerla sont une illustration de ce comportement. L'HN est donc une destination privilégiée, dans le cas de situations graves, mais pas systématique lorsque la maladie permet le déplacement sans avoir recours à un moyen d'évacuation. Les villages de la plaine témoignent des multiples moyens auxquels font appel les malades, souvent influencés par les liens familiaux, les connaissances.

III - L'AIRE D'INFLUENCE DE L'HOPITAL NATIONAL A TRAVERS DIFFERENTS SERVICES

1- La place de l'hôpital dans la ville

a - Une position géographique centrale

L'hôpital de Bobo-Dioulasso a obtenu le titre d'Hôpital National au cours des années 1980 après l'adoption de la hiérarchie sanitaire qui confirmait l'importance de cette structure, créée dans le but d'assurer les soins auprès des troupes militaires françaises et des expatriés. Au début du siècle Bobo-Dioulasso avait l'avantage d'être pourvu d'un Centre Médical, à demeure alors que les soins étaient généralement donnés dans le cadre de la médecine mobile, les postes de "*Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Gaoua et Dédougou considérés comme des points névralgiques, fonctionnaient assez régulièrement*"⁹⁰. La position de l'Hôpital National dans la ville répond à une

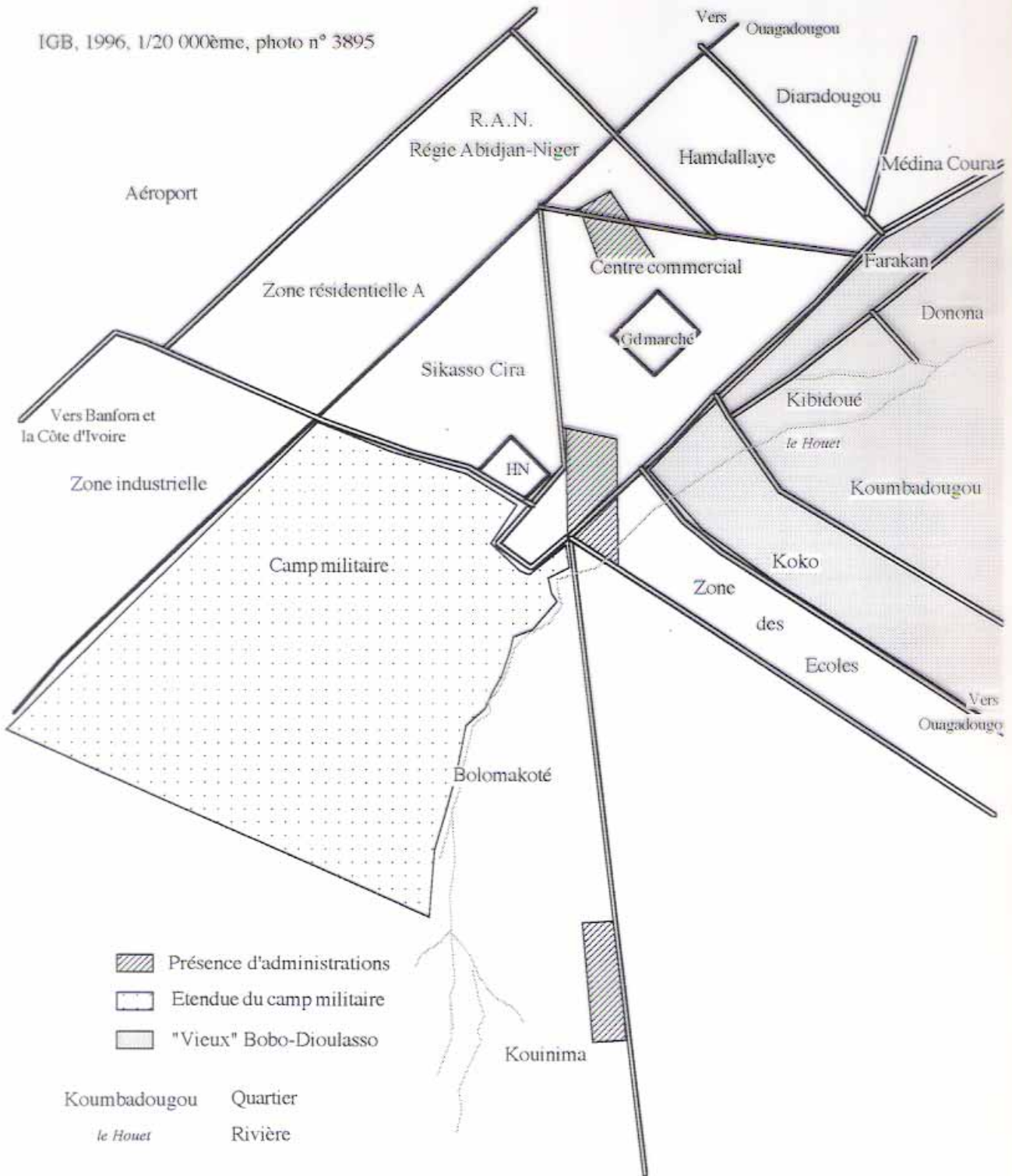
⁹⁰ Bado (JP), 1996, "Médecine coloniale et grandes endémies", p 181

Figure 69



LES QUARTIERS AUTOUR DE L'HOPITAL NATIONAL
DE BOBO-DIOULASSO

IGB, 1996, 1/20 000ème, photo n° 3895



question de proximité puisqu'il est situé près de la garnison française. L'extension progressive de la ville, au cours de la décennie, va confirmer cette position.

L'hôpital est un équipement spécifiquement urbain. Les types de services proposés et les moyens utilisés sont très spécialisés et coûteux, la rentabilité implique une utilisation par une population nombreuse, J. Labasse affirme que la présence de l'hôpital est *"liée intimement au développement des sociétés ayant acquis un degré de complexité et de maturité suffisant pour lui fournir les supports moraux, administratifs et techniques indispensables"*⁹¹. L'HN de Bobo-Dioulasso est issu de l'évolution de l'Etat et de la volonté de placer le pays à un meilleur niveau mondial puisque les critères sanitaires sont des indices de développement. L'hôpital et le personnel participent à l'amélioration du niveau de santé des populations. Les pathologies vécues par les populations et leur perception des maladies n'incitent pas les sociétés à utiliser l'hôpital comme un lieu spécialisé, les services de consultation montrent que les populations l'utilisent davantage comme un simple dispensaire. La présence de médecins et les moyens dont ils disposent sont un facteur incitant à ce comportement.

A Bobo-Dioulasso la fonction sanitaire n'est pas physiquement isolée des fonctions administratives et commerciales puisque l'HN se trouve dans un quartier central relativement proche des administrations au sud de la ville, mais l'HN est antérieur au quartier commercial (figure 69). En France, J. Labasse a montré qu'en général l'hôpital a une situation périphérique par rapport à la cathédrale ou à l'hôtel de ville situés au centre de la ville, une situation périphérique proche des routes par lesquelles se propageaient les maladies. A Bobo-Dioulasso l'hôpital est assimilé aux établissements administratifs dans l'évolution de la ville. La proximité de l'HN avec le marché construit à son emplacement actuel en 1952, est un atout pour sa fréquentation. Il facilite pour la famille des malades l'achat de nourriture, l'hôpital n'assure pas les repas, sauf pour les indigents, et les commerces établis autour du Grand Marché central ont favorisé l'apparition de pharmacies auprès desquelles les familles des patients vont se fournir en médicaments. Cette grande proximité de l'Hôpital National et du grand marché cœur du quartier commercial est particulière à Bobo-Dioulasso, à Ouagadougou l'HN est beaucoup plus éloigné du centre commercial et du grand marché mais il reste relativement proche du quartier administratif. La particularité générale reste la position centrale de l'HN par rapport aux limites communales, elle est liée à l'ancienneté de la création du site, construit pendant la colonisation lorsque la ville était beaucoup moins étendue.

⁹¹ Labasse (J), 198XX, "L'hôpital et la ville"

b - Organisation interne de l'hôpital et déroulement des enquêtes

Afin de répondre à la question de saturation des services de l'Hôpital National il aurait été intéressant d'interroger les patients aux consultations externes et d'évaluer le degré de gravité de leurs maladies. Mais la confidentialité des informations, la charge de travail des médecins, et surtout la difficulté d'obtenir des informations générales relatives au fonctionnement de l'Hôpital National, nous ont conduit à privilégier l'étude, dirigée par l'ORSTOM, de trois services d'hospitalisation au cours du premier trimestre de l'année 1993 : le service pédiatrie par S. Sonnet, le service médecine par G. Demare⁹², le service chirurgie où nous avons été chargés d'enquêter. Hors de l'objectif général destiné à analyser le fonctionnement du CHN, de multiples objectifs spécifiques ont été définis et intégrés aux questionnaires soumis aux patients. L'identification des malades et leurs caractéristiques socio-économiques débutaient l'enquête afin d'évaluer l'impact de ces aspects sur l'itinéraire thérapeutique des personnes. Le but de la deuxième étape était d'identifier les critères déterminant le choix du lieu de soins, la place tenue par l'HN dans cet itinéraire et les conditions d'accès. Ainsi il a été possible de vérifier le suivi de la hiérarchie sanitaire et la place du système de référence. Les informations concernant les choix thérapeutiques des hospitalisés reflètent le comportement général des Burkinabè et sont transposables à la population hors de la ville.

Les enquêtes ont abouti à un instantané de plusieurs services dont on ne connaît pas la représentativité car il nous a été impossible d'accéder aux fichiers centraux pour évaluer l'importance des entrées dans chacun de ces services au cours de l'année 1993. De même nous n'avons pu juger de la gravité des cas arrivés en chirurgie et de leur guérison éventuelle à la sortie, malgré la collaboration des médecins de l'hôpital. En effet il fallait trouver un compromis entre les informations recherchées pour nos enquêtes géographiques et les informations médicales telles qu'elles pouvaient être fournies à propos de l'état du patient à son entrée et à la sortie du service. Des problèmes de confidentialité des informations se sont posés qui ont entraîné des retards dans la tenue des documents. Les réponses effectuées l'ont été rétrospectivement à partir des dossiers pas toujours complets ou parfois disparus. Nous avons donc utilisé sommairement ces données, dont à peine plus de la moitié a été fournie, nous nous sommes consacrés à l'étude des itinéraires thérapeutiques des patients et de l'aire d'influence de l'Hôpital National dont l'aire de responsabilité s'étend à tout l'ouest du Burkina Faso. Elle englobe les provinces du Houet, du Kéné Dougou, de la Comoé, du Poni, de la Bougouriba, de la Kossi, du Mouhoun et du Sourou (soit 29,1% de la population du pays).

⁹² Demare (G), 1995, "Accès et accessibilité au centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, l'exemple du service médecine générale", mémoire de maîtrise, Université de Rouen

Les bâtiments situés sur l'aire de l'HN, de 400 m², ont été réhabilités entre 1989 et 1993. D'une capacité totale de près de 500 lits, l'HN possède six services d'hospitalisation : chirurgie, maternité, pédiatrie, médecine, ophtalmo-ORL-stomatologie, pneumo-physiologie et psychiatrie, il existe également un bâtiment de radiologie avec trois laboratoires et une pharmacie. Tous ces services ont fait l'objet d'une étude dans le cadre d'un projet de réhabilitation mené par la coopération française en 1985. Il met ainsi en évidence l'ancienneté des constructions, 1953 pour le service chirurgie et son bloc opératoire, 1970 pour la maternité et le pavillon pédiatrie. Le rapport conclut à une mauvaise organisation spatiale des bâtiments, certains services sont éclatés en plusieurs unités dispersées ce qui nuit aux activités du personnel de santé ; le service pneumo-physiologie était lui-même installé hors du périmètre hospitalier à 5 km de l'hôpital auquel il a été définitivement intégré en 1994 ; en outre, les équipements sont parfois en très mauvais état. La réhabilitation a donc entraîné à la fois l'amélioration des bâtiments et le regroupement des services de la capacité d'accueil, le nombre de lits était estimé à 750 dans le rapport de 1985 ; si l'on compare le nombre de lits pour les services chirurgie, médecine, pédiatrie, pour lesquels nous avons des informations en 1985, la capacité d'hospitalisation est passée de 404 lits en 1985 à 275 lits en 1993⁹³. La baisse la plus importante concerne les services pédiatrie et chirurgie.

Tableau 69 : Nombre d'hospitalisés par service en 1985 à l'HN

| Services | Hospitalisés | Nb de lits en 1985 ⁽¹⁾ | Nb de lits en 1993 ⁽²⁾ |
|-----------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Pédiatrie | 4096 | 138 | 80 |
| Médecine | 2964 | 107 | 93 |
| Chirurgie | 4896 | 159 | 102 |

Sources : (1) Rapport préliminaire de la coopération française, 1985 ; (2) Ouedraogo (S), 1994, "Perception des hôpitaux nationaux et utilisation potentielle de leurs services", thèse de médecine, Ouagadougou

Enfin, pour la pharmacie, le rapport insistait sur l'approvisionnement non approprié en médicaments dont les prix n'étaient pas discutés. Ainsi les médicaments génériques étaient rarement préférés aux spécialités plus coûteuses. L'approvisionnement de la pharmacie se fait également avec l'aide du FAC et d'organismes privés tel que le Lyons Club, mais ceci ne suffit pas à satisfaire la demande et les familles des patients doivent souvent compléter l'ordonnance par l'achat de médicaments dans les pharmacies privées de la ville.

Le service chirurgie comporte quatre unités : urologie, orthopédie, dont la dénomination précise leur "spécialité", chirurgie A et chirurgie B, dans le premier on retrouve les soins très variés concernant furoncle, tumeur, brûlure, abcès... dans le second les cas de hernie, blessure par armes le plus souvent.

⁹³ Maternité 83 lits, psychiatrie 31, pneumo-physiologie 80, ORL 20 lits

2 - L'attraction de l'HN de Bobo-Dioulasso

Déroulées entre fin janvier et fin mars 1993, les enquêtes ont tenté d'appréhender les patients du début jusqu'à la fin de leur hospitalisation. Ainsi 170 personnes ont été interrogées dans le service pédiatrie, 286 dans le service médecine, 273 dans le service chirurgie. Ces chiffres ont peu d'intérêt sans une évaluation de la représentativité de chacun des services. Nous l'avons déjà évoqué, aucune statistique n'a été disponible lors de notre enquête. Une étude préliminaire⁹⁴ en 1985, en vue de la réhabilitation de l'HN, a évalué le nombre d'hospitalisés entre 1981 et 1985. Elle concluait à une hausse des activités et une baisse des durées de séjour, le rapport du Plan Quinquennal 1991-95 fournit pour l'année 1990 le nombre d'hospitalisés pour chacun des services. Les chiffres sont à prendre avec beaucoup de précaution car les registres ne sont pas toujours remplis correctement et certains patients ne vont pas jusqu'au bout de leur hospitalisation.

Tableau 70 : Répartition du nombre d'hospitalisés par service en 1990

| Services | Hospitalisés | Enquêtés en 1993 |
|-------------|--------------|------------------|
| Maternité | 5 335 | |
| Chirurgie | 4 484 | 273 |
| Pédiatrie | 3 584 | 170 |
| Médecine | 2 356 | 284 |
| Psychiatrie | 366 | |
| ORL | 257 | |
| Total | 16 382 | |

Source : Plan Quinquennal 1991-95

La faible part représentée par les échantillons peut s'expliquer par la variations de la fréquentation des services de santé au cours de l'année, impossible à évaluer sans informations.

Malgré sa position dans la hiérarchie sanitaire et dans la hiérarchie urbaine, l'influence de l'HN est très réduite. Les patients des provinces dépendant de l'HN de Bobo-Dioulasso sont peu nombreux. En dépit de la rareté des établissements intermédiaires l'attraction est réduite. Le centre hospitalier n'a pas de rayonnement international malgré sa relative proximité avec les frontières malienne et ivoirienne.

⁹⁴ Ministère de la Santé du Burkina Faso, Coopération française, 1985, "Etudes préliminaires au projet de développement sanitaire de l'hôpital de Bobo-Dioulasso et des provinces du Houet, de la Comoe et du Kenedougou"

Tableau 71 : Recrutement du CHR de Bobo-Dioulasso hors des frontières en 1993

| Pays | Pédiatrie | Médecine | Chirurgie |
|---------------|-----------|----------|-----------|
| Côte d'Ivoire | 4 | 8 | 8 |
| Mali | 0 | 1 | 1 |

Il s'agit le plus souvent du pays de résidence de Burkinabè expatriés pour raison de travail. Ils décident parfois de revenir se faire soigner au Burkina Faso pour bénéficier de l'aide financière de la famille, parfois ils tombent malades lors de leur passage. Compte tenu du plateau technique réduit, on ne peut supposer que l'HN de Bobo-Dioulasso ait un recrutement international, hormis pour sa proximité mais certainement pas pour ses performances. Il est concurrencé sur ce plan par les deux CHU d'Abidjan.

Compte tenu de la charge potentielle du CHN Sanou Souro, les taux d'hospitalisation sont très faibles, le nombre d'hospitalisés en 1990 représentait 0,7% du total de la population appartenant à l'aire de responsabilité.

Tableau 72 : Nombre d'hospitalisés de février à mars 1993

| Provinces | Population 1985 | Pédiatrie | Médecine | Chirurgie | Total |
|--------------|-----------------|-----------|----------|-----------|-------|
| Bougouriba | 220 895 | 2 | 6 | 24 | 32 |
| Comoé | 249 967 | 4 | 12 | 29 | 45 |
| Houet urbain | 228 668 | 127 | 173 | 98 | 398 |
| Houet rural | 353 054 | 22 | 54 | 67 | 143 |
| KénéDougou | 139 973 | 4 | 11 | 11 | 26 |
| Kossi | 332 960 | 2 | 1 | 9 | 12 |
| Mouhoun | 288 735 | 2 | 2 | 4 | 8 |
| Poni | 235 480 | 0 | 3 | 4 | 7 |
| Sourou | 268 108 | 1 | 2 | 10 | 13 |
| Autres | | 2 | 11 | 17 | 30 |
| Total | 2 317 840 | 166 | 275 | 273 | 714 |

Sources : enquêtes personnelles en chirurgie, G. Demare en médecine, S. Sonnet en pédiatrie

Ce sont les habitants de la Comoé, du KénéDougou et surtout du Houet qui utilisent le plus ce centre de soins où sont mobilisées des compétences spécifiques, à l'exception du service

pédiatrie où l'essentiel des patients hospitalisés sont domiciliés dans le Houet. Ces trois provinces totalisent 75% des hospitalisés en chirurgie, plus de 87% en médecine et 94% en pédiatrie. La chirurgie s'individualise de la pédiatrie et de la médecine par l'origine de ses patients beaucoup plus diversifiée, notamment les patients originaires de la Bougouriba. Malgré son statut, les activités de l'hôpital de Bobo-Dioulasso sont centrées sur le Houet. Le changement d'échelle apporte davantage de précisions, Bobo-Dioulasso apparaît alors la principale origine des patients ; cette structure est utilisée principalement comme hôpital local. Le lieu de résidence comporte peu de risques d'erreur, l'enquêteur a beaucoup insisté sur cette question. En effet, lors de l'enregistrement des personnes à leur entrée à l'hôpital, il est fréquent que l'adresse du logeur soit déclarée, d'où un risque de surreprésentation de la ville que nous avons voulu éviter dans nos enquêtes.

L'origine des patients met en évidence la variation de l'attraction de l'HN en fonction des services ; peu étendue en pédiatrie, elle s'élargit en médecine et surtout en chirurgie. Un constat normal, au sommet de la hiérarchie sanitaire le service chirurgie dispose d'équipements absents des autres formations sanitaires. La représentation presque exclusive des enfants de la province du Houet en pédiatrie, et plus précisément de Bobo-Dioulasso (74,1% alors qu'en médecine les patients bobolais représentent 61,1% et seulement 35,7% en chirurgie) montre que la distance par rapport à l'Hôpital National est un élément important du choix du lieu de soins pour les enfants. Ce facteur est d'importance alors que la politique de santé a fait des soins maternels et infantiles une priorité, lesquels continuent d'être privilégiés par l'Initiative de Bamako.

Parmi les quatorze départements formant la province du Houet, les habitants du département de Bobo-Dioulasso sont les plus représentés dans les services et plus particulièrement en chirurgie. La forte représentation du département de Bobo-Dioulasso s'explique par l'attraction exercée par la ville sur les environs proches. La distinction entre les quatre unités de chirurgie fait apparaître des proportions relativement équivalentes entre chirurgie A, B, orthopédie ; l'urologie recrute un peu moins. Ainsi, la sous-représentation des habitants de la ville de Bobo-Dioulasso en chirurgie, par rapport aux autres services, donne une image d'un hôpital un peu plus attractif et recrutant plus largement ses patients. Les causes principales d'hospitalisation dans ces unités sont les accidents de la voie publique et les blessures, elles justifient à la fois la forte représentation des populations rurales du département de Bobo-Dioulasso et la plus faible présence que dans les autres services, de la population urbaine. En effet, la circulation est dense, il s'agit pour l'essentiel de vélomoteurs qui circulent sans respecter les règles du code de la route ; les routes nationales sont tout aussi dangereuses par la vitesse de déplacement.

3 - Une hiérarchie sanitaire transgressée

a - Un comportement différent selon l'origine des patients

La hiérarchie sanitaire, telle qu'elle est organisée, implique en théorie le respect du système de référence par le malade. A chaque étage de la pyramide ses compétences : les responsables de l'échelon consulté doivent donc orienter leur patient vers l'établissement immédiatement supérieur par une fiche où sont indiqués le diagnostic, les analyses effectuées, lorsque le cas dépasse leur compétences. Ainsi, compte tenu du réseau sanitaire, les patients du Sourou, de la Kossi, du Kéné Dougou, de la Bougouriba pourront être référés directement par un centre médical, faute d'un établissement plus important, alors que les habitants de la Comoé, du Poni et du Mouhoun seront dirigés vers l'HN par l'hôpital régional. Or ce relais, fonction de la nature des services, est peu respecté par les patients et mal suivi par les infirmiers. En effet, le patient venu dans une structure de soins moderne reçoit parfois uniquement le conseil d'aller à l'HN alors que la référence exige que le malade arrive avec une fiche permettant au personnel de l'hôpital de connaître les raisons de son arrivée et les soins déjà suivis, de façon à prendre en charge le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions le patient.

A la question "avez-vous été référé par une structure de soins ?", ce qui inclut les cas où la personne a été simplement conseillée par un agent de santé et les cas où lui a été remis un "billet de référence", 38,9% des enquêtés ont répondu oui en médecine, 52,3% en pédiatrie, 54,3% en chirurgie. Dans près de la moitié des cas les patients ont décidé seuls de leur venue à l'HN. Ces écarts ont des significations : l'aire d'attraction beaucoup plus vaste du service chirurgie montre que lorsque les malades résident loin de l'HN ils ont recours à la structure de soins la plus proche. Le service pédiatrie indique que lorsqu'il s'agit de la santé de l'enfant une fois sur deux les mères ont recours aux dispensaires urbains avant d'aller à l'HN ; ce qui ne signifie en aucun cas que l'enfant est pris en charge dès le début de sa maladie. En effet, S. Sonnet, à travers ses enquêtes dans le service pédiatrie a montré que 60% des enfants hospitalisés entraient à l'HN par le service des urgences ce qui signifie des états de santé médiocres.

Tableau 73 : Origine géographique des patients référés et non référés par une structure de soins en pédiatrie et chirurgie en 1993

| | Référés | | Non référés | |
|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Chirurgie | Pédiatrie | Chirurgie | Pédiatrie |
| Hbts de Bobo-Dioulasso | 34 (22,8%) | 66 (74,2%) | 64 (51,2%) | 61 (75,3%) |
| Hbts hors ville | 115 (77,2%) | 23 (25,8%) | 61 (48,8%) | 20 (24,7%) |
| Dont hbts province du Houet | 45 (28,9%) | 13 (14,6%) | 22 (17,6%) | 10 (12,3%) |
| Dont hbts autres provinces | 70 (46,7%) | 10 (11,2%) | 39 (31,2%) | 10 (12,3%) |

Source : enquêtes personnelles en chirurgie, enquêtes S. Sonnet en pédiatrie

Selon le tableau 73 malgré des taux de référence identiques dans les services de pédiatrie et chirurgie, l'observation à différentes échelles montre des situations opposées. Ainsi, en chirurgie les patients référés par des structures de soins de niveau inférieur à celui de l'HN habitent à près de 80% hors de la ville alors qu'en pédiatrie ils viennent à 75% de Bobo-Dioulasso. Cela est dans la suite logique puisque la chirurgie recrute pour l'essentiel ses malades hors de la zone urbaine au contraire de la pédiatrie. Le tableau éclaire également sur le comportement des Burkinabè vis-à-vis de l'HN ; en chirurgie sur 100 patients résidant hors de Bobo-Dioulasso 85 sont référés ou conseillés et seulement 32 Bobolais sur 100, plus le patient vient de loin plus le personnel a une chance de le voir venir avec un billet de référence ou sur le conseil d'un agent de santé public.

Toutefois il ne faut pas conclure trop rapidement que les Bobolais utilisent l'HN comme un simple dispensaire, au contraire des autres Burkinabè. L'éloignement des patients par rapport à l'hôpital implique souvent le passage par une structure de soins intermédiaire pour éviter un trop long déplacement et les coûts que cela entraîne sauf pour les habitants trop enclavés et ceux proches de la ville. Par ailleurs, si l'on tient compte des motifs de consultation, la référence des patients est encore plus importante dans le service chirurgie car un grand nombre de cas d'hospitalisation est lié à des accidents impliquant souvent des évacuations, soit par les sapeurs-pompiers en ville, ou par le propriétaire du véhicule ayant causé l'accident, ou encore par ambulance. Ainsi les unités "Orthopédie" et "chirurgie A" où sont hospitalisés les accidentés de la route, les blessés par arme et les fractures, accusent les temps les plus courts entre le début du mal et l'entrée à l'HN, et souvent aucune étape thérapeutique avant l'arrivée à l'hôpital donc pas de référence.

Compte tenu du comportement observé des Bobolais dans les services médecine et pédiatrie, et malgré leur plus faible représentation dans le service chirurgie, les habitants de la ville ont été distingués de ceux du reste de la province et des autres unités administratives en général.

En matière de référence le tableau 73 met en évidence une nette disproportion entre Bobolais référés et les autres référés ; manifestement les urbains respectent beaucoup moins le système hiérarchique. Si pour certaines unités la référence ne peut s'exercer compte tenu de la pathologie (accidents de la route), dans d'autres cas, la maladie ne peut justifier ce comportement. Ainsi, dans l'unité urologie parmi 100 patients résidant hors de la ville, 75 ont été référés, 25 sont venus seuls, des pourcentages pratiquement inverses pour les Bobolais puisque seulement 27 hospitalisés sur 100 avaient été envoyés par une structure de soins inférieure. Cette unité pratique régulièrement les opérations pour hernies, un mal contre lequel la médecine traditionnelle a peu de moyens d'action, le malade doit donc solliciter une structure de soins moderne. La nécessité de pratiquer une opération implique un déplacement vers l'HN, mais la distance à parcourir les incite à choisir un établissement intermédiaire dans l'espoir qu'ils pourront remédier à leur mal.

En médecine, le changement d'échelle fait passer le taux de référés de 52,2% à l'échelle supra-provinciale (hors de la ville de Bobo-Dioulasso), 52,9% à l'échelle du Houet, 30,2% à l'échelle de la ville. Comme en chirurgie, la ville totalise un nombre de référés réduit, le dysfonctionnement des dispensaires, la charge de travail des CSPS urbains, l'absence d'établissement de soins dans les quartiers périphériques sont autant de freins au respect d'une structure pyramidale mal représentée dans la ville. La ville est généralement considérée comme le lieu le mieux équipé en structures de soins, mais le comportement des Bobolais montre de profondes carences dans ce domaine.

La simple observation de l'origine des patients par service confirme l'idée que l'HN ne remplit pas son rôle d'hôpital de référence, il a une activité presque exclusivement provinciale, voire urbaine, surtout en pédiatrie. Cela ne signifie pas que les autres provinces aient des services bien adaptés aux maladies infantiles, bien au contraire, ce résultat montre qu'il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine en milieu rural comme urbain. Ce sont les femmes de la ville avec leurs enfants qui fréquentent le plus le service pédiatrie or la ville est le lieu où sont certainement le plus développés les soins maternels et infantiles ; dans les villages les femmes ne disposent parfois que des conseils d'un infirmier, seul pour exercer la charge de prévention et les soins curatifs.

La faible fréquentation du service pédiatrie par des populations vivant hors de la ville n'est pas liée à des phénomènes de concurrence mais plutôt à des questions de coûts que la famille hésitera plus à engager pour un enfant que pour un homme, soutien de famille. Pourtant le service médecine recrute peu hors de la ville, comparativement au service chirurgie, même si la part des Bobolais est moins importante qu'en pédiatrie. La différence de recrutement entre service de chirurgie et médecine réside en partie dans le type de pathologies soignées.

Le problème de recueil des informations concernant les pathologies s'est posé ; lors des enquêtes, les patients nous ont indiqué des symptômes, nous n'avons pas eu accès directement aux dossiers des patients et les médecins qui auraient dû faire un travail rétrospectif à partir des dossiers, parfois égarés des hospitalisés, ne nous ont pas fourni d'informations pour la totalité des hospitalisés. La cause de l'hospitalisation est donc analysée en fonction des symptômes plus généralement. En urologie dominent les hospitalisés pour problèmes urinaires, en chirurgie A, ce sont les hernies et les maux de ventre (symptômes que nous supposons liés à l'existence d'une hernie) et les brûlés, en orthopédie ce sont les fractures et les traumatisés multiples liés à des accidents de la route. Les pathologies impliquent une plus grande représentation des hommes à 78,2% contre 27,8% de femmes.

b - L'hôpital national : la dernière étape d'un itinéraire thérapeutique parfois long

Tableau 74 : Nombre d'étapes des hospitalisés avant l'arrivée à l'HN de Bobo-Dioulasso

| Nb d'étapes | Urologie | Chirurgie A | Chirurgie B | Orthopédie | Total |
|---------------------|----------|-------------|-------------|------------|-------|
| 0 | 5 | 19 | 25 | 29 | 79 |
| 1 | 31 | 23 | 38 | 18 | 110 |
| 2 | 14 | 16 | 15 | 15 | 60 |
| 3 | 4 | 2 | 9 | 5 | 20 |
| 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| dont Bobo-Dioulasso | | | | | |
| 0 | 3 | 14 | 13 | 14 | 44 |
| 1 | 10 | 32 | 27 | 28 | 98 |
| 2 | 0 | 5 | 2 | 5 | 12 |
| 3 | 0 | 2 | 2 | 5 | 9 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Source : Enquêtes personnelles entre février et mars 1993

Le nombre d'étapes au cours de l'itinéraire thérapeutique est variable selon les unités du service chirurgie. En orthopédie, les cas où les patients sont venus directement à l'HN dominent alors qu'en urologie, les patients ayant tenté des soins traditionnels ou modernes étaient majoritaires de même qu'en chirurgie A, où les cas sont toutefois variés. Il est intéressant de constater que les patients sans étape préliminaire sont en majorité originaires de Bobo-Dioulasso ; 14 en orthopédie, 14 en chirurgie A, la circulation importante en ville entraîne de nombreux

accidents. En urologie, malgré le faible nombre de personnes enquêtées, on peut dire que les Bobolais sont plus nombreux qu'ailleurs à venir directement.

Dans le tableau 74, les Bobolais sont les moins nombreux à pratiquer de multiples étapes avant d'arriver à l'HN. Le système public offre peu de possibilités de lieux de soins, le CSPS et l'HN se partagent la ville, la médecine traditionnelle est moins pratiquée qu'en milieu rural, surtout en urologie et les services privés sont peu sollicités. Hormis, la clinique du Dr Soma, dans le quartier de Colsama, la ville ne dispose que de cabinets tenus par des infirmiers peu capables de pratiquer des opérations. Le temps écoulé avant l'arrivée du malade à l'HN oppose l'urologie aux autres services car les patients souffrent de leur mal pendant plusieurs années avant d'être hospitalisés pour les autres unités ; l'urgence fait que dans près de 50% des cas, le patient arrive aussitôt ou après moins d'une semaine à l'HN. Pour la totalité du service chirurgie, 36% des hospitalisés ont eu recours à l'HN sans aucune étape préliminaire, 16% seulement en médecine.

Tableau 75 : Temps écoulé avant l'arrivée du malade à l'HN dans le service chirurgie

| Temps écoulé avant l'arrivée à l'HN | Urologie | Chirurgie B | Orthopédie | Chirurgie A |
|-------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------|
| Aussitôt | 8 | 16 | 35 | 24 |
| moins d'une semaine | 7 | 18 | 9 | 7 |
| 1 à 2 semaines | 4 | 0 | 4 | 8 |
| 2 à 3 semaines | 0 | 2 | 1 | 2 |
| 1 mois | 4 | 5 | 0 | 4 |
| 1 à 12 mois | 11 | 15 | 8 | 7 |
| plus de 12 mois | 16 | 31 | 10 | 8 |
| second passage pour le même mal | 6 | 2 | 1 | 0 |

Source : enquêtes personnelles

Chacun des trois services étudiés fonctionne différemment de l'autre en raison du type de "maladie", mais aussi de la catégorie socio-professionnelle de la personne hospitalisée, de l'existence de services susceptibles de jouer un rôle palliatif au mal, et en raison des coûts générés par l'hospitalisation. Un aspect étudié lors de nos enquêtes mais que nous n'avons pas exploité pour des raisons de fiabilité des informations. Les coûts sont assumés le plus souvent par la famille du malade, les ordonnances et factures diverses se perdent entre les différents intervenants, les frais engagés pour l'achat des médicaments est difficile à évaluer. Les soins s'ajoutent au coût d'hospitalisation, variable selon la chambre occupée, de 3 000 F. CFA par jour dans les chambres

de première catégorie, chambre individuelle et climatisée, à 500 F. CFA par jour pour les lits de quatrième catégorie dans des blocs communs de 4 à 6 lits et toilette extérieure : les lits de quatrième catégorie sont les plus représentés. Avec une moyenne de 13 jours d'hospitalisation⁹⁵, on peut estimer pour cette catégorie, le coût du séjour à 6 000 F. CFA, auxquels il faut ajouter 2 000 F. CFA de frais d'entrée et dans un certain nombre de cas, le kit opératoire, un forfait de 15 000 F. CFA, soit un total de 12 000 F. CFA sans opération et 27 000 F. CFA avec opération. Ce total exclut les frais engagés pour l'achat de médicaments rarement inférieurs à 4 000 F. CFA. La majorité des patients est constituée d'agriculteurs aux revenus modestes bien que difficiles à évaluer parce qu'ils sont variables selon les cultures pratiquées, commerciales ou vivrières. En outre, certains patients bénéficient de l'aide financière de leur famille dont d'autres ne profitent pas. Quant aux fonctionnaires, salariés, élèves, ils bénéficient d'une réduction des frais d'hospitalisation, voire d'une exonération liée à leur statut.

Le secteur public donne priorité à la santé des travailleurs et des écoliers dans la ville, les services ouverts à tous sont limités en nombre et pendant de longues décennies ont négligé la périphérie. L'HN, au centre de la ville, se présente avant tout comme un équipement urbain adjacent aux quartiers administratif et commercial. Malgré sa réhabilitation, son autonomie de gestion décidée en 1989, l'HN fonctionne comme un centre hospitalier urbain dont l'attraction se résume à la ville et ses environs immédiats, malgré quelques variantes selon les services il n'a pas le rayonnement que lui confère sa place au sommet de la hiérarchie sanitaire.

⁹⁵ Le nombre de jours d'hospitalisation est variable selon les unités du service chirurgie, en urologie les patients restent à l'hôpital en moyenne 30 jours, 21 jours en orthopédie, 16 jours en chirurgie A, 6 jours en chirurgie B

CONCLUSION

Doit-on conclure à une insuffisance numérique des infrastructures sanitaires dans le Houet ?

Une insuffisance hiérarchique certes, mais plus que cela, c'est une mauvaise répartition qu'il faut constater, il y a concentration en des espaces déjà bien équipés et, si au regard des indicateurs et des normes imposées dans le domaine de la santé, le HCK apparaît mieux équipé que le nord du pays, les taux de consultation ne sont pas élevés.

Mais à travers les multiples exemples offerts par les CSPS du Houet, la situation paraît complexe. L'offre de soins qui se voulait équitable a entraîné la diffusion d'établissements de qualité médiocre. Aujourd'hui ils sont délaissés par les populations pour des raisons diverses mais qui résumant bien ce que peut ou ne peut pas apporter une politique sanitaire, découlant de directives internationales sans connaissance concrète des populations auxquelles elles s'adressent. L'Etat a privilégié certains axes dans ses choix d'implantation que l'on pourrait assimiler à ceux de médecins exerçant pour leur propre compte, même si l'aspect lucratif est absent des considérations burkinabè ; les CSPS sont souvent construits là où sont réunies les conditions optimales d'utilisation. Ainsi, la "*différenciation de l'espace s'opère aux dépens des lieux et des populations jugés les moins attractifs*"⁹⁶. La distribution des structures de soins dépend largement de la représentation que l'Etat se fait de l'espace.

Malgré les efforts réalisés pour multiplier les structures de soins au Burkina Faso, le système de soins primaires est un échec puisqu'il n'a pas entraîné l'augmentation des recours aux soins publics. Après l'effet de nouveauté qui accompagne toute nouvelle mise en oeuvre politique, la population se désintéresse des équipements mis à sa disposition. Les PSP qui devaient servir de relais entre population et CSPS avaient pratiquement disparu en 1995. Pourtant le président Sankara avait beaucoup insisté sur leur développement basé sur la participation communautaire. Ce thème est toujours d'actualité, le Burkina Faso ayant souscrit à l'Initiative de Bamako, l'autonomie de gestion est accordée aux CSPS dans l'espoir de les redynamiser ; la survie de l'établissement dépend alors de la participation financière des populations et de l'utilisation qu'elles font de la structure de soins. La politique sanitaire suit de nouveaux axes depuis peu de temps, ce sont la qualité des soins et les bénéfices financiers, ils ont supplanté la recherche d'équité territoriale et la diffusion des structures de soins. Cependant le même problème demeure, comment intéresser des populations qui ont de tout temps privilégié l'organisation villageoise, alors que la participation communautaire déborde de ce cadre.

⁹⁶ Picheral (II), 1992, "Les médecins aux Etats-Unis : équité et justice territoriale"

CONCLUSION

C'est comme géographe que nous avons choisi d'étudier le système de soins publics au Burkina Faso ; c'est donc en partant de l'organisation de l'espace que nous avons cherché à identifier les facteurs responsables de la faible fréquentation observée le plus souvent dans les CSPS de ce pays. Si globalement la politique sanitaire burkinabè répond aux normes internationales de l'offre de soins (1 CSPS en moyenne pour 10 000 habitants), en revanche, alors que les limites administratives se trouvent à la base de la répartition des structures de soins, les spécificités territoriales restent souvent ignorées par l'Etat lui-même.

La politique sanitaire burkinabè est calquée sur une conception théorique de l'espace, privée de sa composante sociale. Ainsi à l'échelle de la province du Houet sur laquelle nous avons centré notre étude, la répartition des structures de soins de base est fonction des môles de densités, représentés à partir des données du recensement de 1985. Or, même si le rythme de croissance des structures n'est pas égal à celui de la population, un paradoxe apparaît : plus ces structures de soins se développent, moins elles sont utilisées, alors que la population continue de croître.

De plus, les soins de santé primaires qui devaient contribuer à réduire les inégalités spatiales les ont exacerbées. En effet, le système de soins public au Burkina Faso est formé d'un réseau d'établissements mal équipés en raison de difficultés budgétaires. Cette situation entraîne une désaffectation de ces structures, ainsi en moyenne, seulement 15 habitants sur 100 ont recours à un infirmier, lorsqu'ils sont malades, alors que l'OMS évalue ce nombre à 70 pour l'ensemble des pays ayant souscrit à la politique des "soins primaires".

"La santé pour tous d'ici l'an 2000" ne serait-elle donc qu'un vain mot ?

Aujourd'hui, la hiérarchie hospitalière est quantitativement mal représentée, alors que les soins de base sont beaucoup plus représentés que les autres établissements ; ainsi un déséquilibre se creuse au détriment de soins plus spécialisés, pratiqués dans des formations intermédiaires, entre dispensaires et hôpitaux régionaux ou nationaux.

L'héritage colonial a contribué au développement de structures de soins bien équipées, généralement établies en ville, et qui sont à l'origine de la formation du sommet de la hiérarchie sanitaire actuelle. L'héritage colonial a également contribué à la localisation des hôpitaux, une localisation que l'Indépendance a confirmée. Les hôpitaux ont constitué une contrainte dans la

construction de la hiérarchie sanitaire dans la mesure où leur présence a nui à la création d'établissements de niveau intermédiaire. L'analyse à l'échelle provinciale nous a ainsi permis de mettre en évidence une carte sanitaire qui a pris forme au début des années 1950 et qui s'est progressivement développée.

On reprochait aux formations sanitaires passées de ne desservir qu'une petite partie du territoire, et donc de négliger les populations éloignées des pôles urbains. Cependant, si aujourd'hui la politique de développement des soins de santé primaires a rapproché les Burkinabè de la santé moderne, elle n'a que peu modifié leur comportement ; du moins n'a-t-elle pas permis de le modifier durablement. La faible utilisation des soins de santé modernes contribue de toute évidence à une situation sanitaire peu enviable, qui dépend, notamment, de la qualité des services offerts. Et c'est sans doute là que se trouve la faille du système sanitaire burkinabè : à vouloir rapprocher les populations des structures de soins sans considérer le rapport des populations à l'espace, l'Etat a privilégié la quantité aux dépens de la qualité. Les autorités sanitaires ont tenté de rendre la distribution équitable, en suivant le modèle français de distribution des soins, aujourd'hui remis en cause, mais elles n'ont pas réussi à détourner les populations du système de soins traditionnels.

Le Burkina Faso n'échappe donc pas à l'image courante d'une médecine traditionnelle, qui reste le principal, sinon le seul, recours pour remédier à un mal. La faible scolarisation a certainement contribué à l'absence de connaissance des règles d'hygiène ou à l'attribution des maladies à des phénomènes surnaturels. Mais le recours médiocre aux structures de soins modernes s'inscrit aussi dans un comportement plus général des Burkinabè face aux interventions extérieures. Le faible taux de scolarisation, le faible nombre de musulmans témoignent de la résistance ou, du moins, de la lente adaptation des populations burkinabè à des évolutions qui ne sont pas le fruit de l'organisation de la société traditionnelle.

Ainsi, bien que les indicateurs sanitaires montrent une situation économique en évolution, mais toujours en retard par rapport aux pays limitrophes, les populations ne font pas davantage appel à la médecine moderne, on peut donc se demander si les soins de santé primaires ne sont pas "une grande illusion" comme l'écrivait M. Gentilini⁹⁷.

Contrairement à l'exemple indien⁹⁸, le système public n'est pourtant pas délaissé au profit d'un système privé, plus performant, car dans les campagnes burkinabè les investissements privés dans le domaine sanitaire sont rares. Malgré l'élaboration de plans quinquennaux, les objectifs

⁹⁷ Gentilini (M), 1987, "Alma-Ata ou la grande illusion ?"

⁹⁸ Rihouey (F), 1993, "Le système de santé : acteurs et stratégies en présence (Karempudi, district de Guntur, A.P., Inde), Bazin (S), 1996, "Analyse du système public de santé dans un milieu : Coimbatore (Inde du Sud)"

sanitaires, notamment en matière de santé maternelle et infantile, ne sont pas satisfaisants, les femmes sont d'ailleurs les moins nombreuses à utiliser les services de santé et les maternités des CSPPS sont très peu fréquentées.

Il aurait donc fallu s'interroger davantage sur l'adéquation entre offre de soins et besoins de santé, "*notion ambiguë du fait de son double caractère, physiologique et psychologique, objectif et subjectif*"⁹⁹. Cependant, faute d'informations fiables nous avons dû écarter les pathologies de notre analyse.

S'il s'est avéré difficile de répondre à la question de l'adéquation entre besoins de santé et services offerts, en revanche nous avons tenté d'évaluer si l'équité spatiale recherchée correspondait à la répartition spatiale des populations. Les structures de soins de base sont un type de service public, qui organise l'espace en contribuant à l'équipement des villes, en servant de base au découpage administratif, comme cela a été le cas en 1984. De plus, ces établissements, installés en limite du village et tenus par des infirmiers, agents de l'Etat, très mobiles, représentent l'Etat.

Ainsi, alors que les populations du sud-ouest sont des sociétés "sans Etat", la localisation des CSPPS s'est appuyée sur des pôles ayant joué un rôle administratif pendant la colonisation et qui avaient le privilège de se situer dans les espaces les plus peuplés. Cependant, ces pôles ne sont pas systématiquement des lieux attractifs pour les populations, et les points forts de l'organisation traditionnelle ne sont pas les points forts de l'organisation politique.

C'est ici que le hiatus porteur du dysfonctionnement du système de soins apparaît. Ce constat nous amène à nous interroger sur le succès de la nouvelle politique sanitaire dont l'objectif reste la santé pour tous, et qui a adopté de nouveaux moyens pour y parvenir. Ces nouveaux moyens ont été définis par l'Initiative de Bamako en 1987, et mis en oeuvre à l'échelle nationale en 1995, ils sont basés sur la participation communautaire et l'autonomie de gestion. La population devient désormais actrice de son système de soins modernes. Or, l'image de la couverture sanitaire que nous avons présentée montre que l'espace est organisé selon des critères étatiques, donc politiques et économiques, et que les choix ne sont pas toujours socialement adaptés et une fois encore l'espace est absent de ces arbitrages politiques. Les difficultés auxquelles doivent faire face les CSPPS résident dans le terme communauté, qui réclame une adhésion volontaire, une prise de conscience des populations. La réussite de cette politique tient certainement davantage au financement de la formation, issu des soins devenus payants, que dans la participation de la population au fonctionnement de l'établissement.

⁹⁹ Ficheral (II), 1984, GEOS n°2

Ici, l'analyse géographique doit permettre de comprendre et d'identifier les éléments qui ont participé à l'organisation de l'espace. Ceux-ci ne sont pas seulement politiques, liés aux choix de l'Etat, mais, ce sont aussi des choix sociaux, dépendant de l'organisation des sociétés et de leur mode de gestion du territoire. La santé est souvent ignorée des analyses spatiales pourtant elle fait partie intégrante de cette organisation. D'un point de vue politique, elle renforce par l'offre de soins, l'importance des centres urbains et participe, dans le cas du Burkina Faso, au découpage du territoire ; d'un point de vue social, elle intervient à différents niveaux, mais nous pouvons retenir, au "pays des hommes intègres", le rôle marquant des grandes endémies sur la répartition des populations.

L'étude de l'offre de soins fait apparaître la pertinence du concept "*d'espace légitime*"¹⁰⁰, proposé par J. Lévy, car l'objet à considérer ici c'est bien "*l'ensemble des liens spatiaux qui expriment les règles de la société, les arbitrages et une équité minimale sans laquelle il n'est pas de construction socio-spatiale possible*"¹⁰¹. A travers les structures de soins, nous avons voulu analyser la société sous un autre éclairage que celui des techniques et pratiques agricoles traditionnellement considérées par la géographie classique car les établissements de soins ne sont plus aujourd'hui uniquement un moyen de répondre aux besoins, ils organisent l'espace et constituent des appuis politiques au découpage territorial.

Qu'elle s'intéresse à une maladie ou à un système de soins, la géographie de la santé doit toujours avoir pour objet l'organisation spatiale, qui se constitue entre espace et sociétés.

¹⁰⁰ Lévy (J), "L'espace légitime"

¹⁰¹ Rettaillé (D), 1997, "Le monde du géographe", p 262

Annexe 1

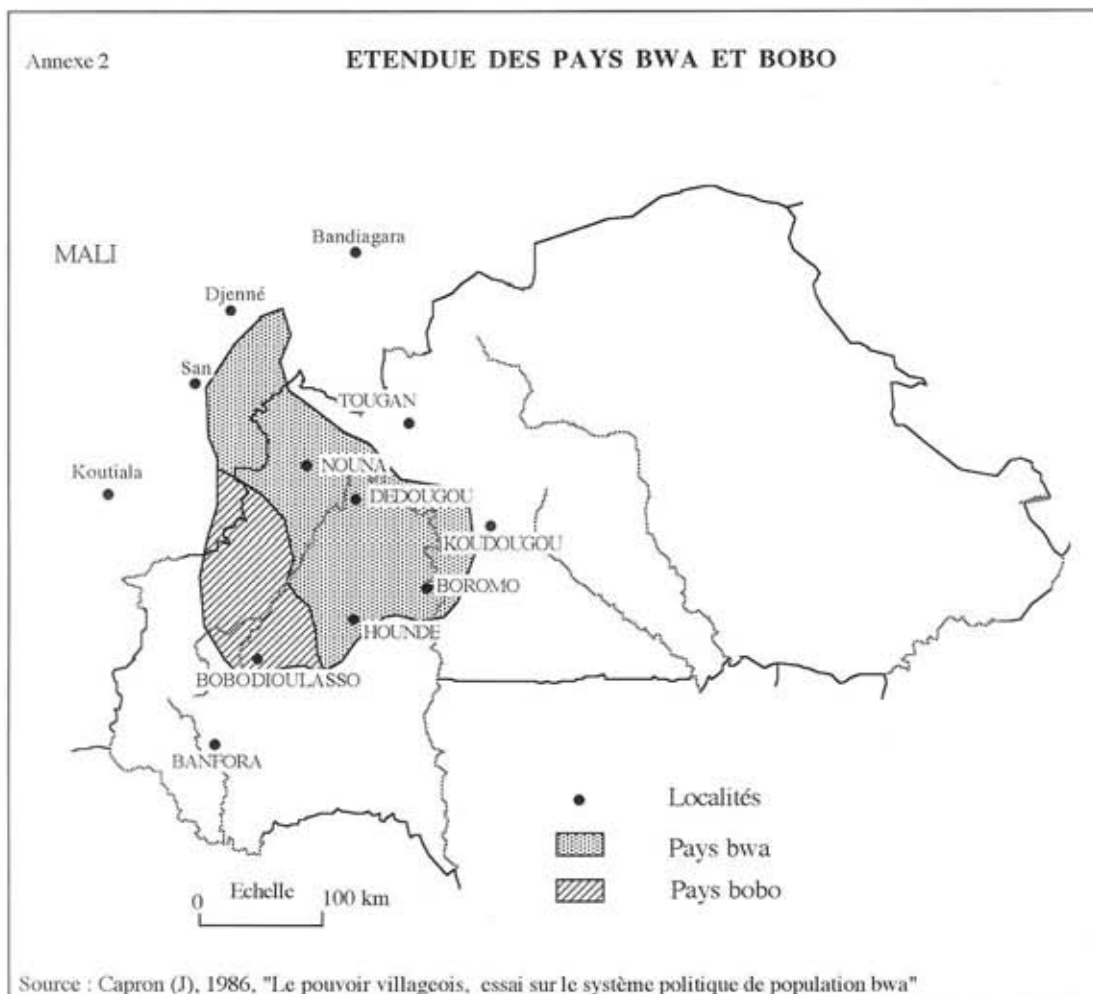
ETENDUE DU PAYS MOSSI AU BURKINA FASO



Source : Marchal (JY), 1982, "Facteurs climatiques limitants, Yatenga, pays mossi"

Annexe 2

ETENDUE DES PAYS BWA ET BOBO



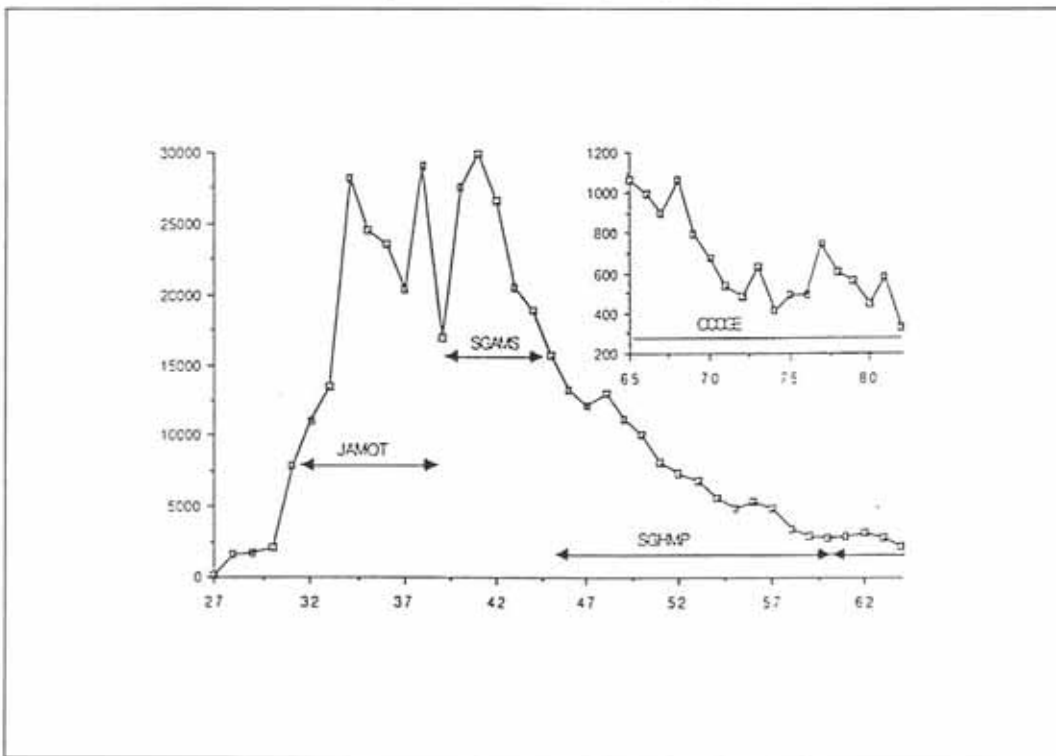
Source : Capron (J), 1986, "Le pouvoir villageois, essai sur le système politique de population bwa"

Annexe 3

ITINÉRAIRES DES CAPITAINES BINGER ET MONTEIL A TRAVERS LE BURKINA FASO



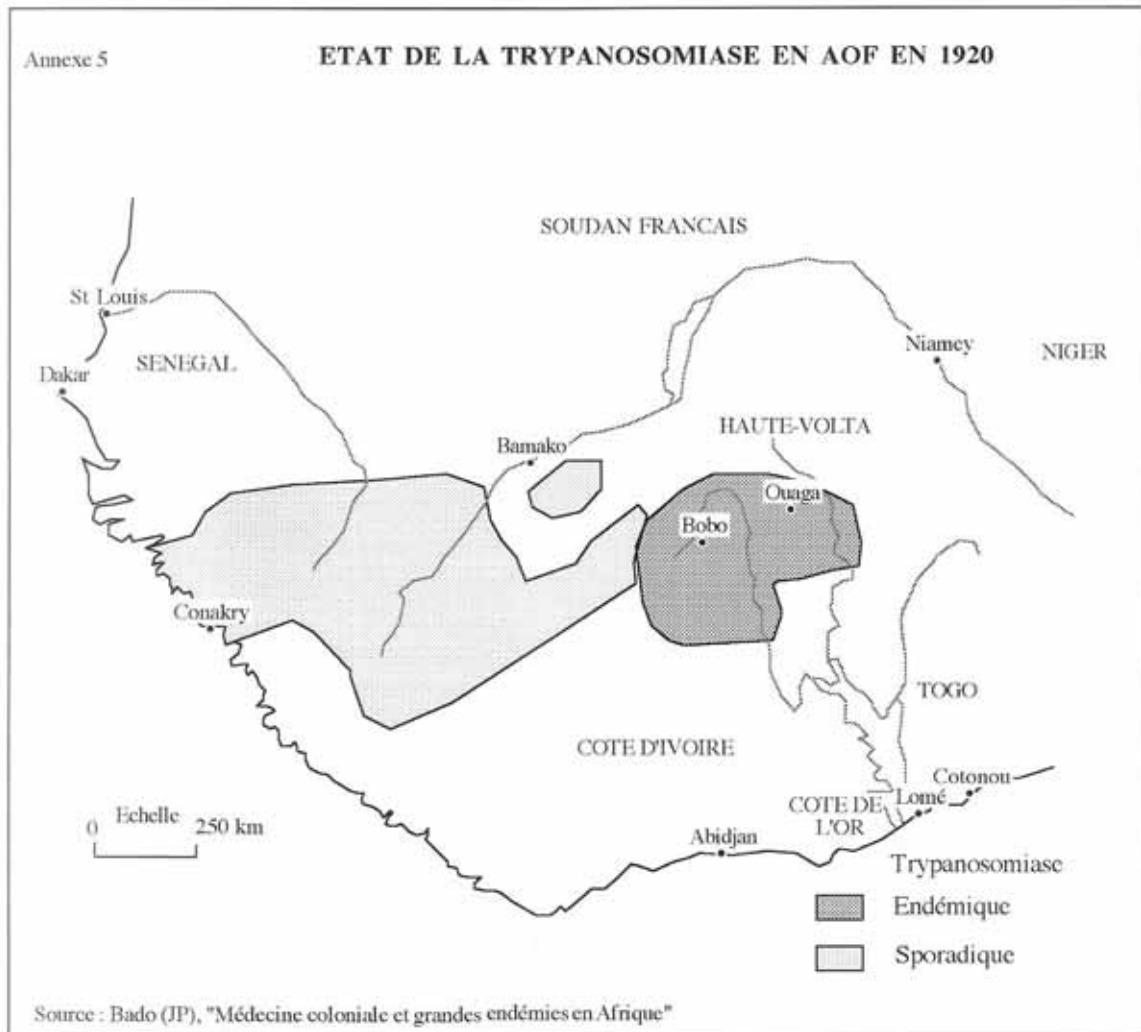
Nombre de trypanosomés dépistés chaque années en Afrique de l'ouest francophone jusqu'en 1982



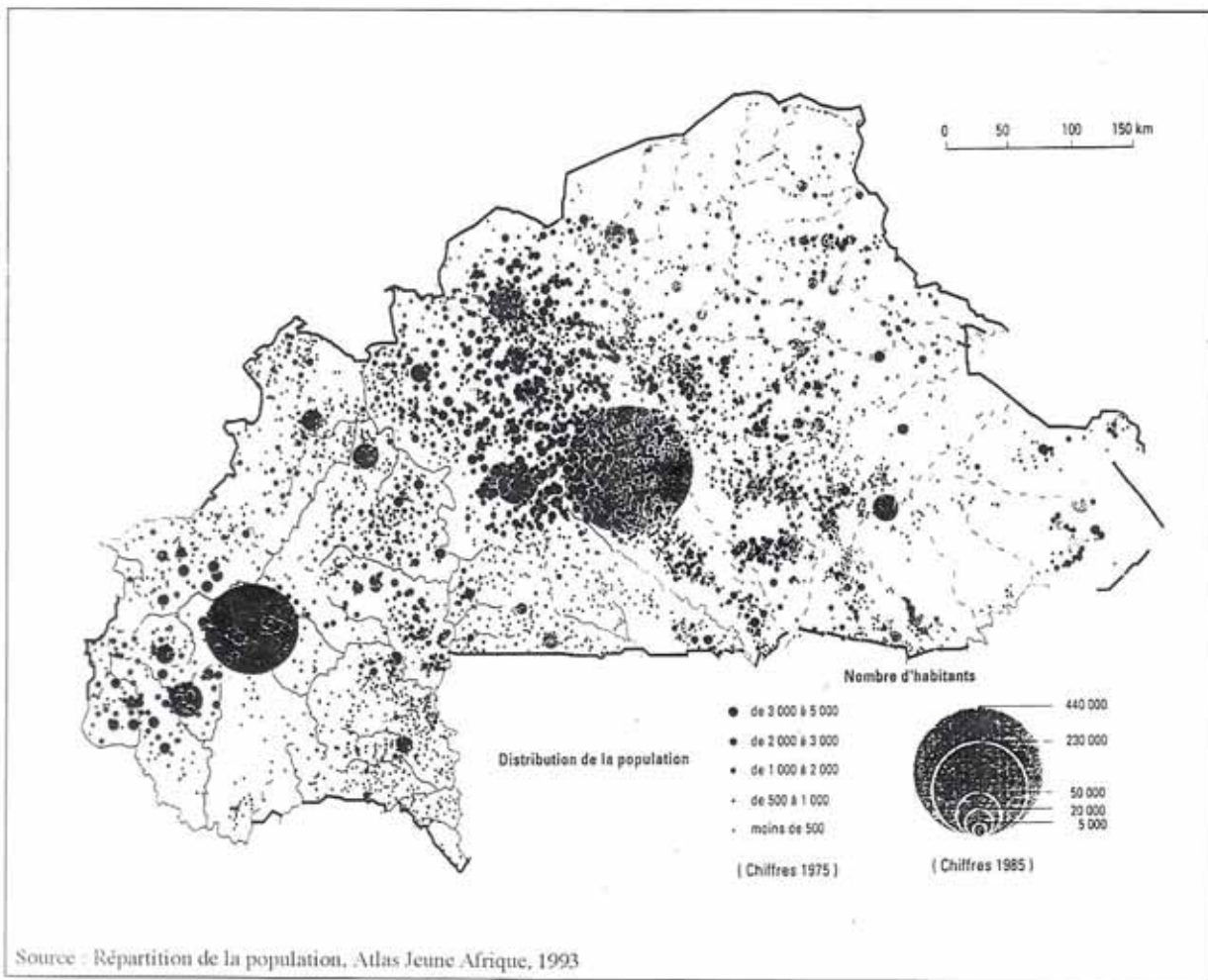
Source : Lavessière (C), Hervoiel (JP), "La trypanosomiase humaine en Afrique de l'ouest", p 14

Annexe 5

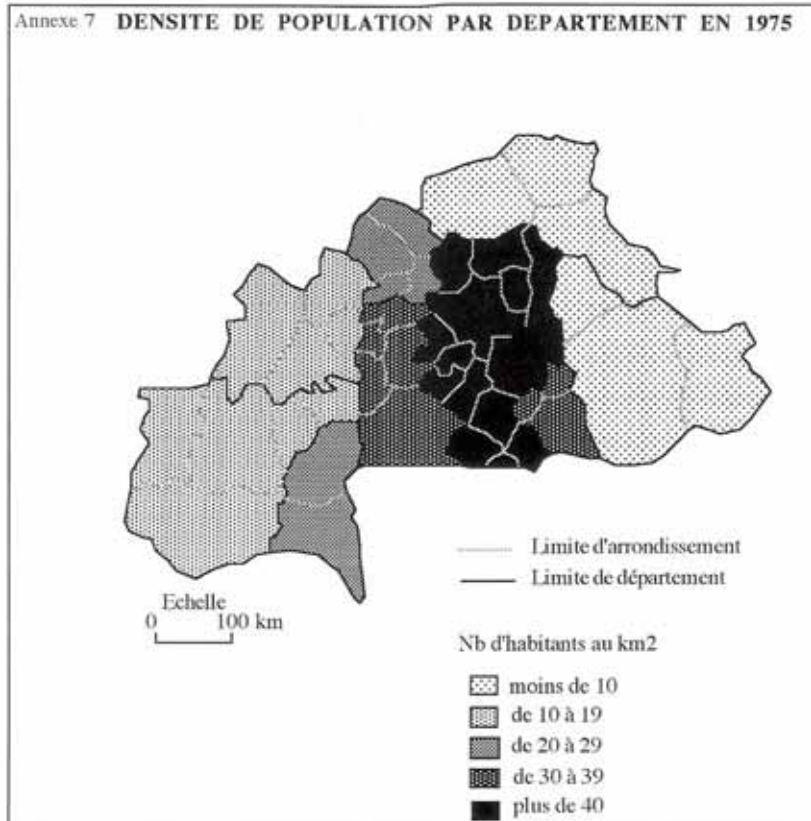
ETAT DE LA TRYPANOSOMIASE EN AOF EN 1920



Source : Bado (JP), "Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique"



Annexe 7 DENSITE DE POPULATION PAR DEPARTEMENT EN 1975



Densités de population par départements en 1975

| Départements | Pop 1975 | superficie en km ² | densités |
|---------------|-----------|-------------------------------|----------|
| Centre | 944 706 | 21 952 | 43,0 |
| Centre-Est | 404 602 | 11 266 | 35,9 |
| Centre-Nord | 632 285 | 21 578 | 29,3 |
| Centre-Ouest | 788 962 | 26 324 | 30,0 |
| Est | 407 215 | 49 992 | 8,1 |
| Hauts-Bassins | 582 810 | 43 172 | 13,5 |
| Nord | 530 192 | 12 293 | 43,1 |
| Sahel | 354 079 | 36 869 | 9,6 |
| Sud-Ouest | 357 592 | 17 448 | 20,5 |
| Volta Noire | 635 760 | 33 106 | 19,2 |
| Total | 5 638 203 | 274 000 | 20,5 |

source : Délégation du Ministère du Plan, Bobo-Dioulasso

Correspondance approximative avec le découpage de 1985:

Centre : Bazega, Ganzourgou, Kadiogo, Nahouri, Oubritenga, Zoundweogo

Centre-Est : Boulgou, Kouritenga

Centre-Nord : Bam, Namentenga, Sanmatenga

Centre-Ouest : Boulkiemde, Passore, Sanguié, Sissili

Est : Gnagna, Gourma, Tapoa

Hauts-Bassins : Comoé, Houet, Kenedougou

Nord : Yatenga

Sahel : Oudalan, Seno, Soum

Sud-Ouest : Bougouriba, Poni

Volta Noire : Kossi, Mouhoun, Sourou

Annexe 8 : Nature et fonction des zones d'immigration, carte de synthèse

(source : Benoit (M), Lahuec (JP), "L'insertion des éléments du champ migratoire mossi dans les différents contextes régionaux", Ministère du travail et de la fonction publique, 1975)

ZONE D'OCCUPATION ANCIENNE

Référence 1 : - peuplement immigré faible, diffus, "en quartier" accolé. Dynamique toujours très faible

Référence 2 : peuplement immigré important, en villages

Référence 3 : peuplement immigré faible, parfois assimilé

Référence 4 : peuplement immigré faible, lié à l'habitat local. Pas d'implantation sur les terres vierges

Référence 5 : peuplement immigré fort, en villages. Grappes de villages "enkystés"

Référence 6 : peuplement immigré diffus, en établissements de petite taille homogène

Référence 7 : peuplement immigré idem. Localement en voie d'abandon (est)

ZONE D'OCCUPATION ACTUELLE

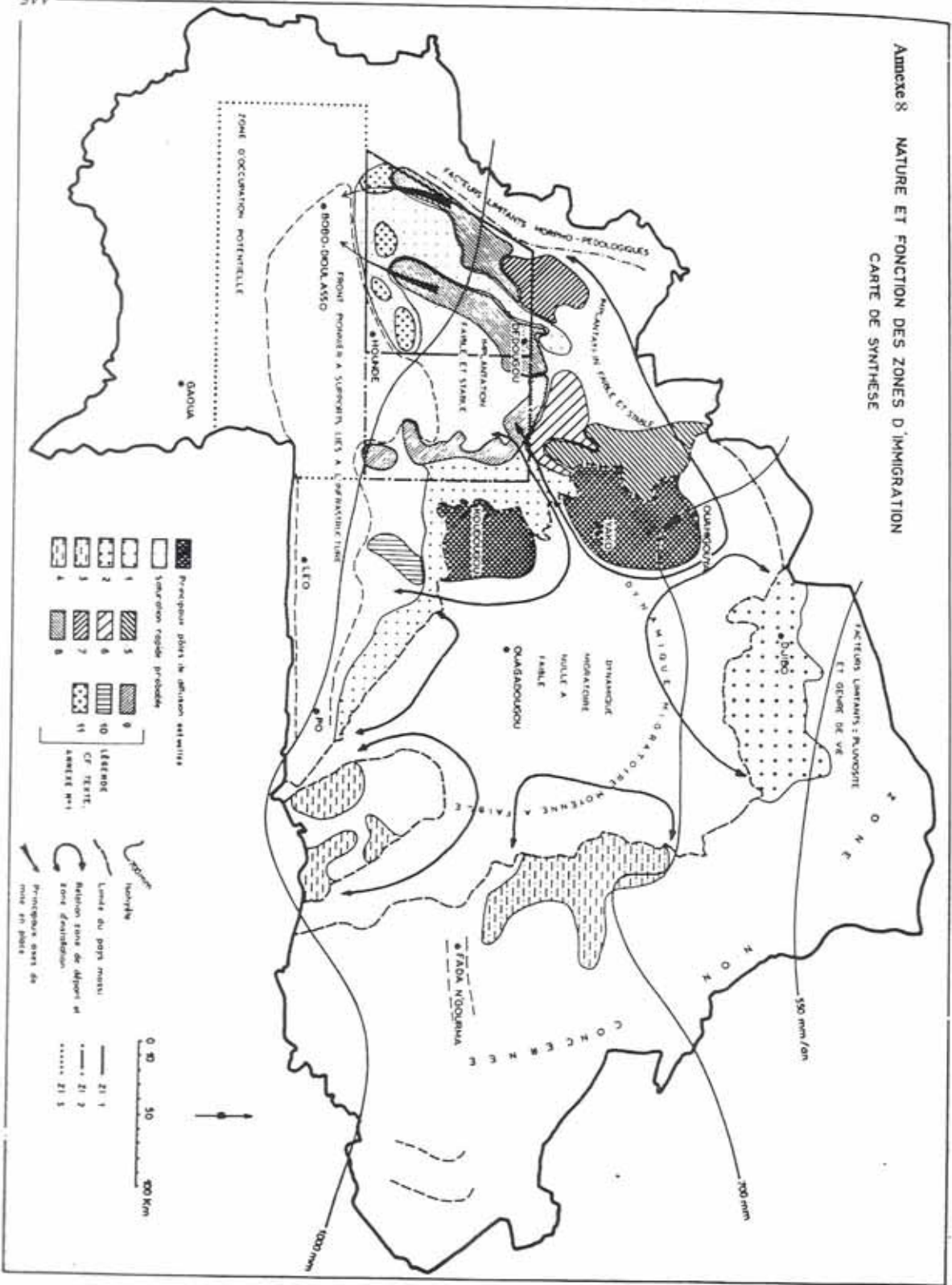
Référence 8 : peuplement immigré fort. Densification rapide

Référence 9 : peuplement immigré diffus. Fort localement, en villages

Référence 10 : peuplement immigré fort (récent). Réseau villageois en plein essor

Référence 11 : peuplement immigré encore diffus mais localement important

Annexe 8 NATURE ET FONCTION DES ZONES D'IMMIGRATION
 CARTE DE SYNTHÈSE



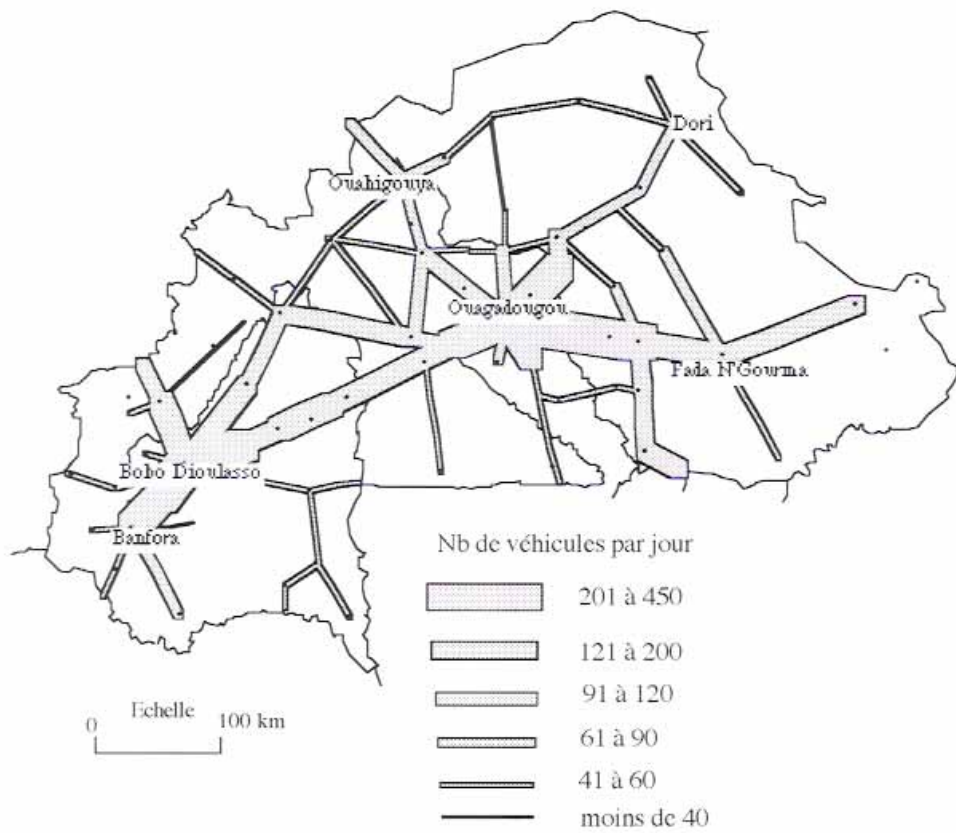
Annexe 9 : Population urbaine du Burkina Faso (plus de 10 000 habitants)

(source : SDAU, Bobo-Dioulasso, 1986)

| Localités / Chefs-lieux administratifs | Population | Population |
|--|------------|------------|
| <u>Ouagadougou</u> | 172 660 | 442 223 |
| <u>Bobo-Dioulasso</u> | 115 100 | 231 162 |
| <u>Koudougou</u> | 36 800 | 51 670 |
| <u>Ouahigouya</u> | 25 700 | 38 604 |
| <u>Banfora</u> | 12 400 | 35 204 |
| <u>Kaya</u> | 19 200 | 25 779 |
| <u>Tenkodogo</u> | 18 224 | 22 889 |
| <u>Dédougou</u> | 7 915 | 20 962 |
| <u>Fada N'Gourma</u> | 13 067 | 20 414 |
| <u>Réo</u> | 14 600 | 18 342 |
| <u>Djibo</u> | 5 344 | 16 182 |
| <u>Nouna</u> | 12 823 | 16 014 |
| Garango | | 15 434 |
| <u>Po</u> | 8 943 | 14 843 |
| <u>Yako</u> | 11 000 | 14 171 |
| Gourcy | 10 250 | 14 077 |
| Béna | | 13 845 |
| <u>Orodara</u> | 8 983 | 12 826 |
| Villy | 9 338 | 12 283 |
| Niankorodougou | 7 396 | 12 476 |
| <u>Tougan</u> | 10 600 | 12 468 |
| <u>Kombissiri</u> | 4 600 | 12 392 |
| <u>Diapaga</u> | 5 619 | 12 054 |
| Pouitenga | 6 508 | 11 901 |
| <u>Zorgho</u> | 2 500 | 11 721 |
| Kié | | 11 695 |
| Vallée du Kou | 6 364 | 11 250 |
| <u>Dori</u> | 6 599 | 10 717 |
| Toussiana | 6 216 | 10 530 |
| Khion | 8 012 | 10 316 |
| <u>Léo</u> | 5 673 | 10 012 |

Annexe 10

LE TRAFIC ROUTIER AU BURKINA FASO EN 1987



Source : Cosaert (P), "Les voies de communication au Burkina Faso"

Annexe 11 Répartition des structures de soins au Burkina Faso

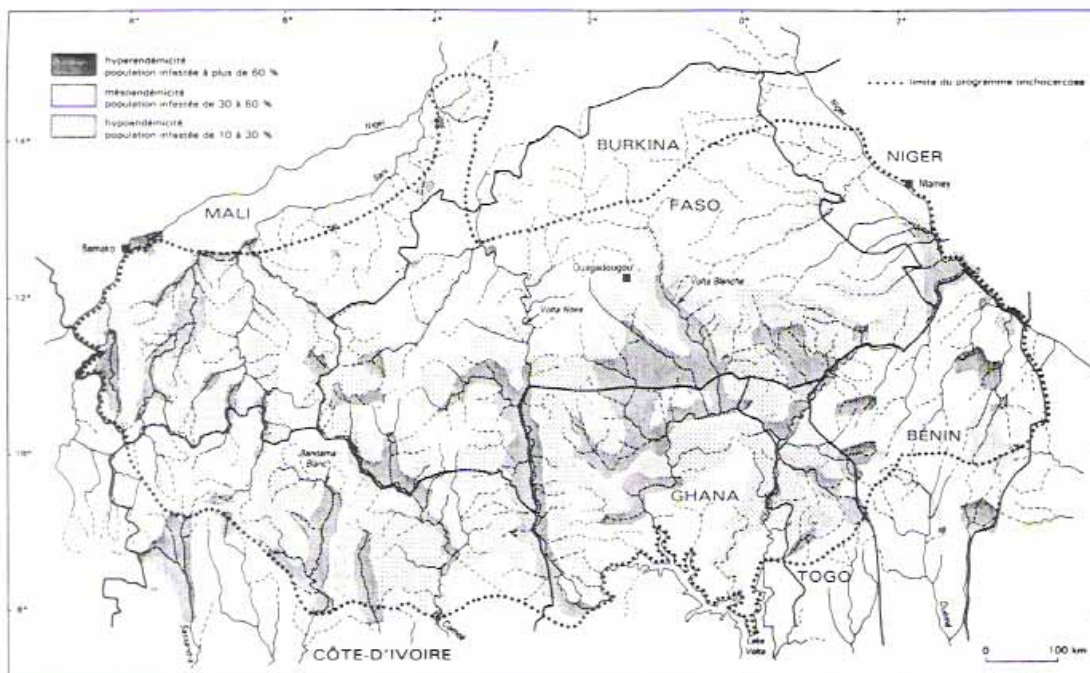
| PROVINCES | IIN | IIR | CM | CSPS | PSP 88 | PSP92 |
|------------|-----|-----|----|------|--------|-------|
| BAM | | | 1 | 10 | 262 | 228 |
| BAZEGA | | | 1 | 28 | 281 | 331 |
| BOUGOURIBA | | | 3 | 15 | 288 | 297 |
| BOULGOU | | 1 | 3 | 35 | 367 | 368 |
| BOULKIEMDE | | 1 | 2 | 30 | 151 | 131 |
| COMOE | | 1 | 2 | 29 | 201 | 200 |
| GANZOURGOU | | | 2 | 14 | 191 | 134 |
| GNAGNA | | | 2 | 19 | 226 | 232 |
| GOURMA | | 1 | 3 | 21 | 357 | 266 |
| HOUET | 1 | | 1 | 43 | 232 | 221 |
| KADIOGO | 1 | | 0 | 7 | 10 | 4 |
| KENEDOUGOU | | | 2 | 20 | 148 | 68 |
| KOSSI | | | 3 | 21 | 154 | 384 |
| KOURITENGA | | | 2 | 12 | 240 | 68 |
| MOUHOUN | | 1 | 3 | 31 | 286 | 221 |
| NAHOURI | | | 2 | 6 | 148 | 73 |
| NAMENTENGA | | | 2 | 6 | 92 | 127 |
| OUBRITENGA | | | 3 | 21 | 275 | 233 |
| UDALAN | | | 1 | 8 | 104 | 24 |
| PASSORE | | | 3 | 21 | 189 | 200 |
| PONI | | 1 | 3 | 10 | 754 | 437 |
| SANGUIE | | | 1 | 13 | 107 | 106 |
| SANMATENGA | | 1 | 3 | 18 | 304 | 339 |
| SENO | | 1 | 2 | 7 | 189 | 119 |
| SISSILI | | | 4 | 27 | 284 | 596 |
| SOUM | | | 3 | 3 | 157 | 135 |
| SOUROU | | | 4 | 26 | 266 | 299 |
| TAPOA | | | 3 | 15 | 100 | 92 |
| YATENGA | | 1 | 3 | 40 | 577 | 612 |
| ZOUNDWEOGO | | | 1 | 15 | 145 | 127 |
| Total | 2 | 9 | 68 | 571 | 7085 | 6672 |

Annexe 12 : EVOLUTION DU DECOUPAGE ADMINISTRATIF ET DE TAILLE MOYENNE DES VILLAGES

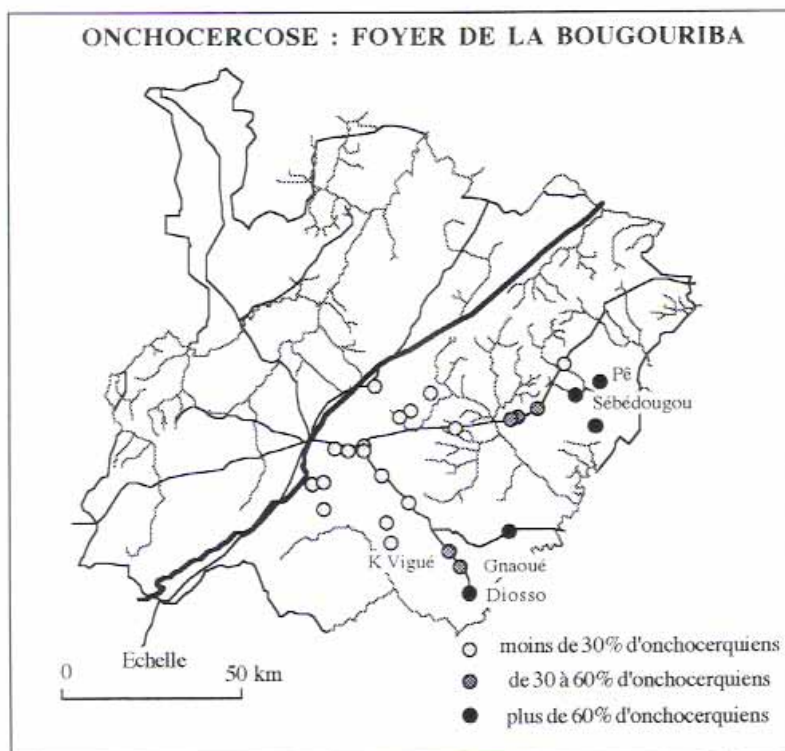
| découpage administratif en 1975 | | | | découpage administratif en 1985 | | | | Evolution 1975/85 | |
|---------------------------------|------------|---------------|-----------------|---------------------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|-------------|
| Arrondissements | nb vill | pop tot | taille moy vill | Départements | nb vill | pop tot | taille moy vill | vill | population |
| Banfora | 37 | 41826 | 1130 | Banfora | 20 | 25447 | 1272 | | 196 |
| | | | | Bérégadougou | 8 | 7598 | 950 | | 188 |
| | | | | Moussodougou | 4 | 8477 | 2119 | | 303 |
| | | | | Wolonkoto | 2 | 2466 | 1233 | | 88 |
| | | | | sous-total | 34 | 43988 | 1294 | -3 | 164 |
| Bdsso rural | 123 | 100251 | 815 | Bama | 15 | 36305 | 2420 | | 1170 |
| | | | | Bdsso rural | 49 | 62715 | 1280 | | 370 |
| | | | | K-Vigué | 17 | 19762 | 1162 | | 791 |
| | | | | Lena | 10 | 10519 | 1052 | | 309 |
| | | | | Padema | 9 | 30936 | 3457 | | 2677 |
| | | | | Satiri | 12 | 25837 | 2153 | | 1194 |
| | | | | sous-total | 112 | 186074 | 1661 | -11 | 846 |
| Foh | 25 | 23651 | 946 | Foh | 25 | 47461 | 1898 | 0 | 952 |
| Houndé | 51 | 45422 | 891 | Bekuy | 6 | 12835 | 2139 | | -573 |
| | | | | Bereba | 28 | 16200 | 578 | | 275 |
| | | | | Houndé | 18 | 41952 | 2330 | | 800 |
| | | | | Koumbia | 6 | 10248 | 1708 | | 682 |
| | | | | sous-total | 58 | 81235 | 1450 | 7 | 559 |
| Koloko | 37 | 24599 | 665 | Koloko | 19 | 23835 | 1254 | | 260 |
| | | | | Ouelimi | 11 | 7586 | 690 | | 171 |
| | | | | sous-total | 30 | 31421 | 1047 | -7 | 382 |
| Loumana | 18 | 23670 | 1315 | Loumana | 15 | 16948 | 1130 | | 297 |
| | | | | Niankorodougou | 4 | 15965 | 3991 | | 547 |
| Mangodara | 26 | 8639 | 332 | Mangodara | 27 | 16369 | 606 | 1 | 274 |
| N'Dorola | 44 | 25854 | 588 | Kourouma | 14 | 13560 | 969 | | 309 |
| | | | | N'Dorola | 34 | 26743 | 787 | | 230 |
| | | | | sous-total | 48 | 40303 | 840 | 4 | 252 |
| Niangoloko | 15 | 14499 | 967 | Niangoloko | 16 | 19629 | 1227 | 1 | 260 |
| Orodara | 27 | 26180 | 969 | Djigouera | 14 | 14242 | 1017 | | 536 |
| | | | | Orodara | 6 | 18326 | 3054 | | 983 |
| | | | | Samogohiri | 7 | 6801 | 972 | | 147 |
| | | | | sous-total | 27 | 39369 | 1458 | 0 | 489 |
| Samorogouan | 32 | 20349 | 635 | Morolaba | 11 | 8657 | 787 | | 6 |
| | | | | Samorogouan | 16 | 13193 | 825 | | 276 |
| | | | | Sindo | 9 | 7030 | 781 | | 117 |
| | | | | sous-total | 36 | 28880 | 802 | 4 | 167 |
| Sidéradougou | 65 | 29127 | 448 | Ouo | 23 | 5800 | 252 | | 76 |
| | | | | Sidéradougou | 32 | 20683 | 646 | | 141 |
| | | | | Tiéfora | 18 | 22660 | 1259 | | 547 |
| | | | | sous-total | 73 | 49143 | 673 | 8 | 225 |
| Sindou | 15 | 24623 | 1641 | Douana | 3 | 7030 | 2343 | | -758 |
| | | | | Kankalaba | 8 | 6296 | 787 | | -667 |
| | | | | Sindou | 9 | 13881 | 1542 | | 142 |
| | | | | sous-total | 20 | 27207 | 1360 | 5 | -281 |
| Soubakagnédougou | 18 | 20585 | 1143 | Dakoro | 4 | 9631 | 2408 | | 600 |
| | | | | Soubakagnédougou | 14 | 15768 | 1126 | | 173 |
| | | | | sous-total | 18 | 25399 | 1411 | 0 | 268 |
| Toussiana | 31 | 27225 | 878 | Kourignon | 13 | 9726 | 748 | | 275 |
| | | | | Peni | 16 | 16176 | 1011 | | -461 |
| | | | | Toussiana | 3 | 12382 | 4127 | | -122 |
| | | | | sous-total | 32 | 38284 | 1551 | 1 | 673 |

Sources : recensements 1975 et 1985, INSD Ouagadougou

ENDEMICITE DE L'ONCHOCERCOSE AVANT LA LUTTE



Source : Rémy (G), "Paysages épidémiologiques dans l'espace ivoiro-burkinabè"



Source : OCCGE, "L'onchocercose humaine dans le foyer de la Bougouriba"

Annexe 14

INTERVENTION DES SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES DANS LA DÉCENNIE 1960

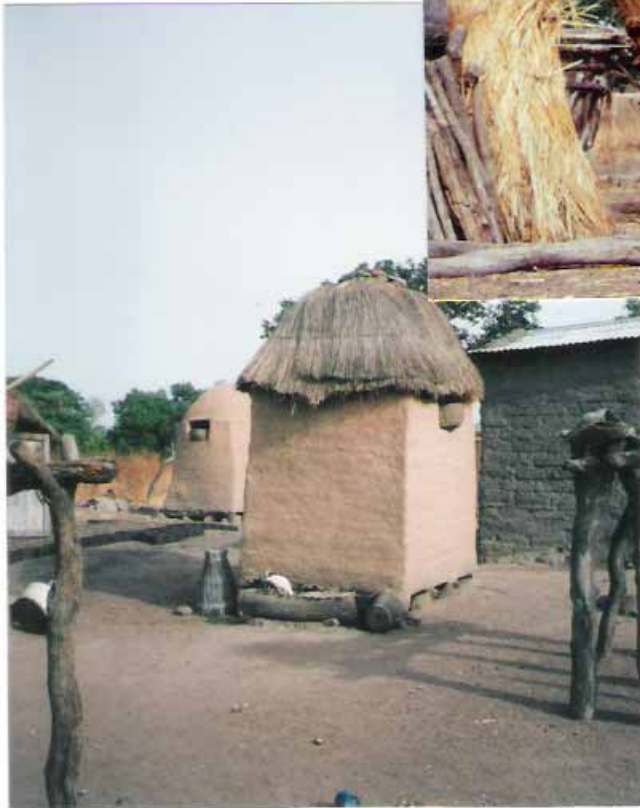


Source : Schwartz (A), 1993, "Brève histoire du coton au Burkina Faso"

Grenier bobo à Dandé



Grenier mossi



Grenier tiefo à Dabokry



Greniers karaboro



Greniers toussian à Tapoko



Grenier bolon près de Dande

Annexe 16 : Evolution de la fréquentation entre 1989 et 1994

| CSPS | 1994 | 1993 | 1992 | 1992 | 1991 | 1990 | 1989 | 1987 |
|----------------|-------|-------|-----------|----------|-------|-------|-------|-------|
| | | | Registres | Rapports | | | | |
| Balla | 1316 | 1071 | 1513 | 1485 | 1263 | 1456 | 4186 | |
| Bama | 5018 | 4753 | 4266 | 4425 | 4163 | 1128 | 2058 | 2613 |
| Bekuy | 1639 | 1649 | 2522 | 3158 | 3340 | 2902 | 2530 | 2607 |
| Béréba | 2536 | 2226 | 2597 | 2642 | 2806 | 9645 | 3056 | |
| Boni | 1352 | 1544 | 1153 | 1261 | 1265 | 659 | 2261 | 1761 |
| Bouahoun | 3034 | 1967 | 1778 | 1894 | 1913 | 771 | 2093 | 1659 |
| Faramana | 1394 | 1539 | 2179 | 2253 | 2306 | 2507 | 2729 | 3041 |
| Foh | 1505 | 1422 | 1089 | 1149 | 1274 | 1414 | 1525 | |
| Houndé | 5674 | 5878 | 5505 | 6078 | 6556 | 6652 | 5238 | 6518 |
| Karangasso-Sem | 1455 | 1685 | 912 | 754 | 1058 | 1184 | 1193 | 2201 |
| Karangasso-Vig | 1616 | 1374 | 1646 | 1928 | 1758 | 2243 | 1260 | 2088 |
| Kari | 1079 | 1144 | 938 | 946 | 1375 | 806 | 3068 | |
| Kiéré | 1116 | 1137 | 1847 | 2179 | 3220 | 1055 | 2275 | 1486 |
| Kotédougou | 1016 | 1183 | 1494 | 1473 | 1614 | 2058 | 2373 | 1865 |
| Kouentou | 2026 | 2441 | 2547 | 2570 | 2039 | 2374 | 2539 | 2588 |
| Koumbia | 2952 | 2067 | 2035 | 2450 | 2983 | 1622 | 4325 | |
| Koumi | 1602 | 1982 | 2675 | 2702 | 3464 | 2854 | 3112 | 5142 |
| Kourignon | 751 | 789 | 761 | 817 | 1180 | 1439 | 2060 | |
| Léguema | 1509 | 1559 | 1783 | 1704 | 2267 | 2249 | 2493 | 2067 |
| Lena | 2741 | 3059 | 3365 | 3403 | 3305 | 3696 | 2928 | 2965 |
| Matourkou | 2015 | 2184 | 1889 | 1979 | 1891 | 2942 | 3365 | 3173 |
| Nasso | 3420 | 4207 | 4215 | 5105 | 4781 | 5342 | 3148 | 5812 |
| Padema | 1187 | 1239 | 1850 | 1942 | 1831 | 2083 | 2443 | 2527 |
| Péni | 1049 | 1323 | 1639 | 1641 | 1954 | 1791 | 1995 | 2316 |
| Santidougou | 790 | 1525 | 2095 | 2085 | 1928 | 2092 | 2411 | 1494 |
| Sara | 1359 | 1106 | 899 | 1631 | 1143 | 549 | 1244 | |
| Satiri | 2005 | 2114 | 2276 | 2459 | 2225 | 2814 | 3093 | 2496 |
| Siankoro | 1130 | 1214 | 1590 | 1680 | 1597 | 2355 | | |
| Soumousso | 3594 | 3152 | 3252 | 3193 | 2824 | 3215 | 2833 | |
| Soungalodaga | 1541 | 1358 | 1120 | 1220 | 1611 | 2317 | 2164 | |
| Tapoko | 1099 | 1623 | | 0 | 0 | | | |
| Toukoro | 1353 | 1295 | 1175 | 1364 | 1168 | 1625 | 2455 | |
| Toussiana | 2955 | 1875 | 2482 | 2484 | 3031 | 2469 | 1543 | 2411 |
| Vallée du Kou | 4030 | 3988 | 3929 | 3926 | 5650 | 4892 | 3801 | |
| Wakuy | 1893 | 2137 | 1975 | 2094 | 2219 | 1139 | | |
| Yéguéresso | 2766 | 3026 | 1923 | 2071 | 1329 | 1924 | 1511 | |
| Dandé | 3480 | 3836 | 4079 | 4267 | 3628 | 131 | | |
| Baré | 952 | 1075 | 961 | 1129 | 1209 | 77 | | |
| Dohoun | 577 | 979 | 1122 | 1077 | 1026 | 59 | | |
| Bouéré | 679 | 496 | 864 | 870 | 1090 | 81 | | |
| Banwali | 1790 | 1653 | | 0 | 0 | 0 | | |
| Bossora | 873 | 928 | | 0 | 0 | 0 | | |
| Lahyrasso | 2115 | 1891 | | 0 | 0 | 0 | | |
| Pè | 660 | 662 | | 101 | 0 | 0 | | |
| Tiébani | 947 | 389 | | 0 | 0 | 0 | | |
| Sourkoudougou | 825 | 0 | | 0 | 0 | 0 | | |
| | 86415 | 85744 | 81940 | 87589 | 91284 | 86611 | 85308 | 58830 |

En gras ce sont nos dépouillements ou ceux de Stanislas Poda réalisés sur les registres au CSPPS

En clair ce sont les chiffres de DPS

Wakuy réouvert en 89

Dandé, Baré, Dohoun, Bouéré ouverts en 90

Tapoko, Banwali, Lahyresso ouverts en 92

Bossora, Pè, Kiebani, Sourkoudougou ouverts en 93

Source : Chateil (S), 1994, "Accessibilité et accès aux soins modernes dans le sud-ouest du Burkina Faso"

Les durées de prise en charge et d'évacuation du CSPS vers l'HN ont été estimées à partir des informations délivrées par les registres de Burkina-Secours qui mentionnent l'heure de départ pour chercher le patient et l'heure d'arrivées à la structure de soins supérieure. Elles restent donc très aléatoires car les registres n'informent pas de la durée écoulée entre le moment où l'infirmier déclare l'évacuation et l'instant où l'évacuateur est contacté. Ces durées ne sont qu'une moyenne qui comprend plusieurs étapes de plus ou moins longue durée selon les lieux :

- l'appel de l'évacuateur, acte qui demande parfois un long déplacement, effectué en bicyclette ou vélomoteur,

- la "négociation" avec l'évacuateur : ambulance, Burkina-Secours, transporteurs, pour les deux premiers les prix sont définis d'avance, pour le troisième il faut négocier les prix

- la venue de l'évacuateur : elle dépend du type de route pour accéder au CSPS ou au lieu de résidence du malade

- la mobilisation des moyens financiers pour l'achat de carburant, dans le cas d'une évacuation par ambulance ou par transport privé, la somme peut aller de 2 000 f CFA pour les villages les plus proches de Bobo-Dioulasso comme Matourkou, Santidougou, Yegueresso jusqu'à 15 000 f CFA à Faramana. A titre de comparaison, un sac de maïs de 50 kg est vendu entre 7 000 et 10 000 f CFA selon la période de l'année.

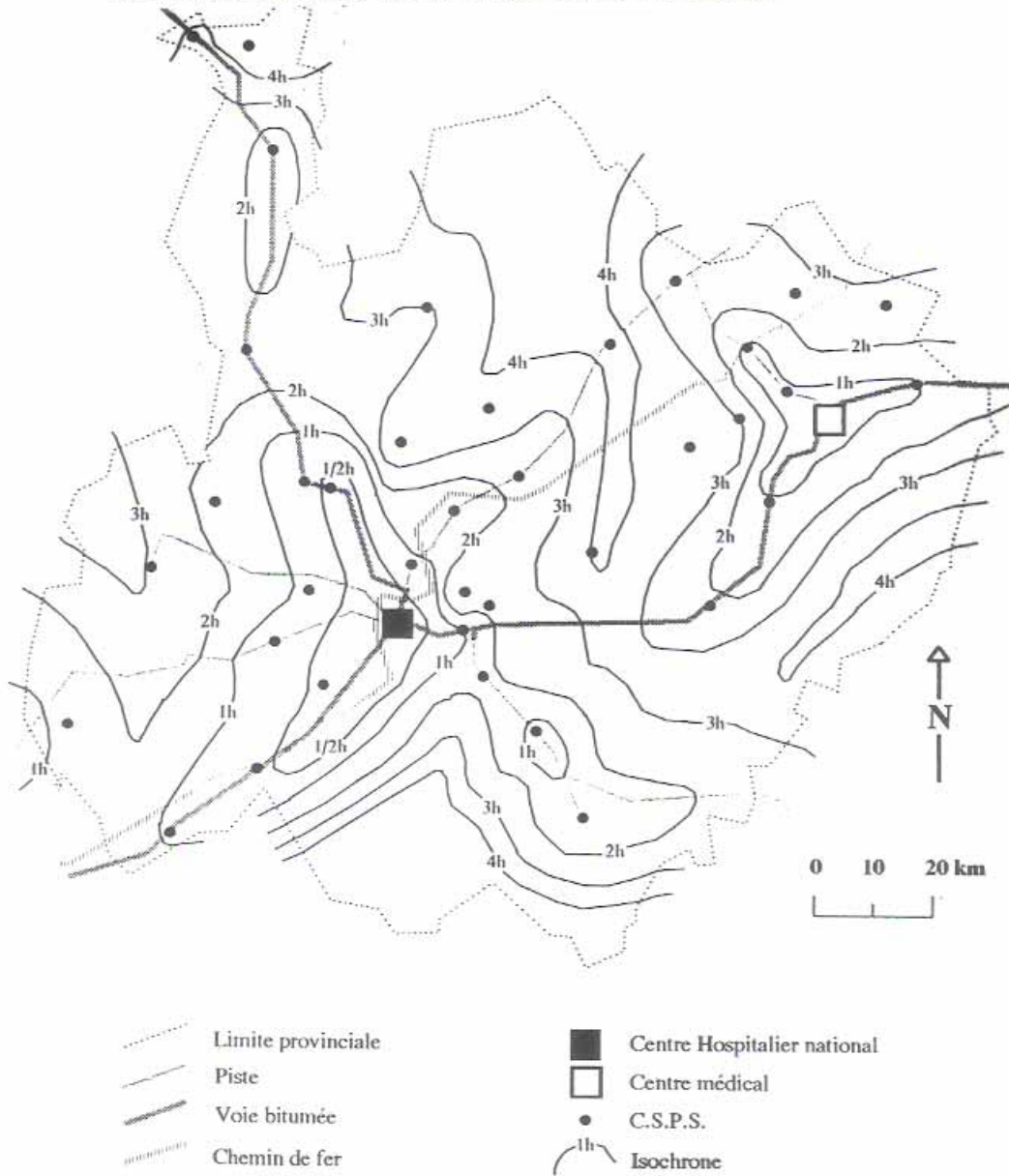
Dans ces conditions on ne peut que constater le retard des malades à leur arrivée à l'HN de Bobo-Dioulasso et une forte mortalité pour conséquence. Un projet de diffusion d'une "mobylette-ambulance" a été organisé en 1993. Il précisait qu'un "prototype de "mobylette-ambulance" à deux roues effectuée depuis 10 ans avec succès, à faible coût, des évacuations sanitaires en milieu rural dans le sud-ouest du Burkina Faso. Ce prototype a été à l'origine d'un

engagement communautaire villageois réussi"¹. Le but de ce projet est de fabriquer dix "mobylettes-ambulances" pour en équiper les villages les plus enclavés.

Le projet n'a abouti qu'en 1997 sous l'impulsion d'une autre association Velay-Burkina sans frontières, il est relaté dans le n°1924 de Jeune Afrique. "L'engouement de multiples partenaires locaux (Rotary Le Puy, Lafayette Club Peugeot, La Poste, l'Union départementale des sapeurs pompiers de la Haute-Loire, ...), ainsi que le soutien de l'Union Européenne. Six engins ont été remis au village de Tiarako (province du Houet), "dans la brousse, sur des pistes qui ne sont guère que des sentiers, les mobylettes surmontent des conditions de circulation qui interdisent le passage aux quatre-roues". Le village de Tiarako bénéficie depuis longtemps de l'aide d'ONG qui déjà en 1993 avait construit un dispensaire que la DPS avait refusé d'ouvrir parce que le village n'était prévu dans la programmation sanitaire. En effet, la proximité de Tiarako avec les CSPS de Balla et sa situation au sein d'un espace relativement bien équipé en structures de soins de base ne justifiait la désignation d'un infirmier dans le local construit par l'association, sans réelle concertation avec la DPS. Selon Jeune Afrique, le dispensaire était ouvert en 1997. Les associations comme celle de Velay-Burkina qui "concentre ses efforts depuis une dizaine d'années sur quelques villages du département de Satiri" contribue à accentuer les disparités d'équipements sur le territoire.

¹ Projet : "Mobylettes-ambulances et évacuations sanitaires périphériques au Burkina Faso", association Burkina Secours

**DUREE TOTALE DE PRISE EN CHARGE
DES EVACUATIONS SANITAIRES DANS LE HOUET**



Source : Chateil (S), 1994, "Accessibilité et accès aux soins modernes dans le sud-ouest burkinabè"

Annexe 18 Tableau de contingence relation entre présence d'une pharmacie et importance de la fréquentation dans le Houet en 1992

| | Faible fréquentation (y1) < 1000 em | Moyenne fréquentation (y2) 1000 à 2500 em | Forte fréquentation (y3) >2500 em | Somme X |
|--|---|---|--------------------------------------|------------|
| Absence de pharmacie, dépôt ou armoire (x1) | 3 | 6 | 1 | 10 |
| Présence d'un dépôt privé ou GV (x2) | 2 | 14 | 5 | 21 |
| Présence d'une pharmacie, ou d'un dépôt, d'une armoire alimenté par une ONG (x3) | 1 | 2 | 5 | 8 |
| Somme Y | 6 | 22 | 11 | 39 |

Sources : enquêtes personnelles, e.m = épisodes morbides

Analyse des écarts à l'indépendance tableau de la situation théorique
(effectifs calculés n'_{ij} en cas d'indépendance entre X et Y)

| | Faible fréquentation (y1) < 1000 em | Moyenne fréquentation (y2) 1000 à 2500 em | Forte fréquentation (y3) >2500 em |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Absence de pharmacie, dépôt ou armoire (x1) | 1,5 | 5,6 | 2,8 |
| Présence d'un dépôt privé ou GV (x2) | 3,2 | 11,8 | 5,9 |
| Présence d'une pharmacie, ou d'un dépôt, d'une armoire alimenté par une ONG (x3) | 1,2 | 4,5 | 2,2 |

Les calculs sont tirés de l'ouvrage publié par le groupe Chadule sur "l'initiation aux pratiques statistiques en géographie", p 83

LE SYSTEME DE SANTE A TRAVERS LES TIMBRES



1968-1970 : Les organismes internationaux sont les principaux acteurs dans le domaine de la santé



1971-1979 : La lutte contre l'onchocercose et l'actualité la plus marquante dans le domaine de la santé



1981 : Retour aux organismes internationaux



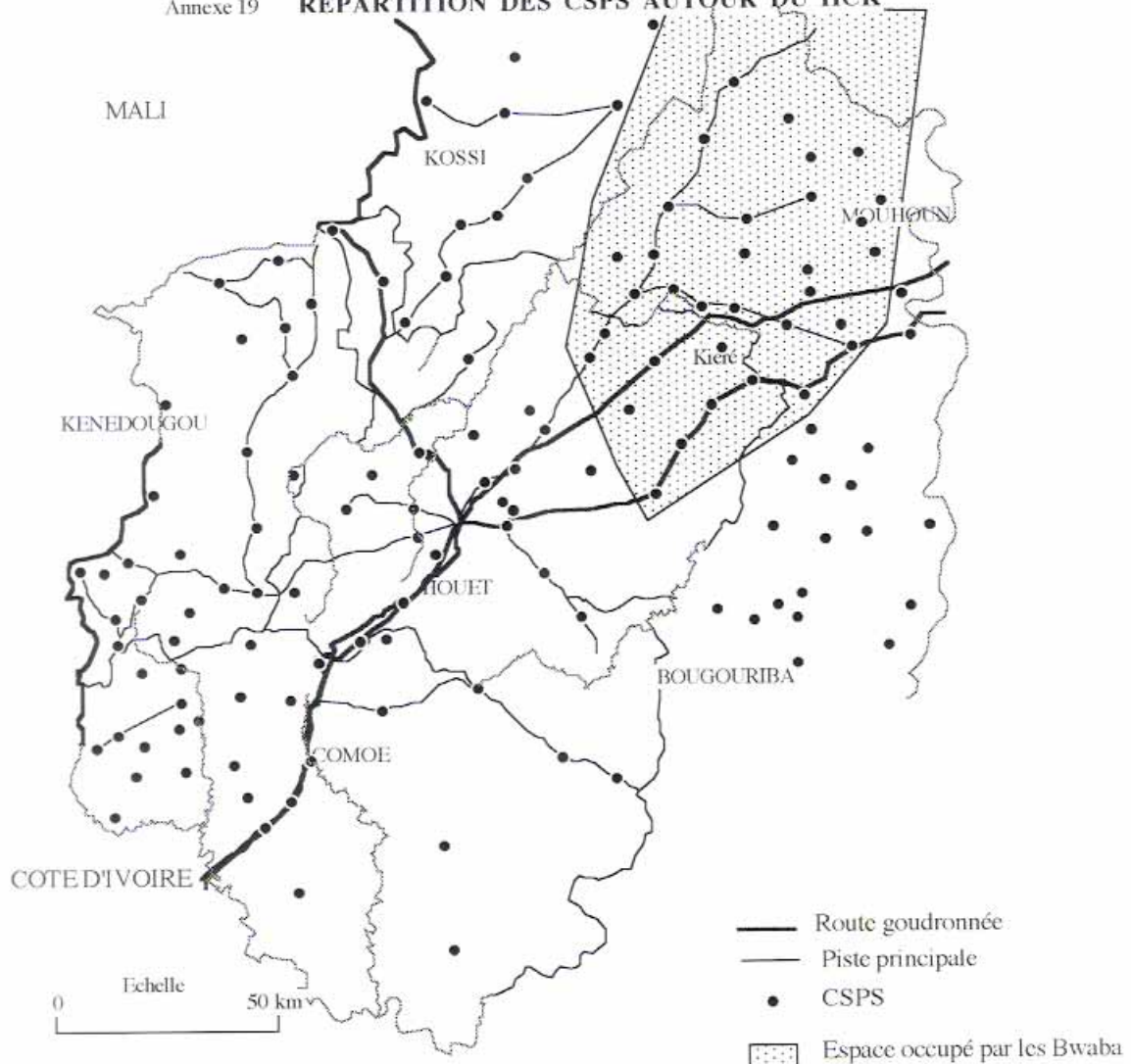
1986-1996 : Reflet de la nouvelle politique sanitaire nationale
Après une longue absence la santé redevient un thème dans la philatélie burkinabé

À travers la philatélie, moyen de promotion et d'information, on peut voir l'évolution du système de santé.

Au cours des années 1960, la politique sanitaire s'intéresse avant tout aux grandes endémies, influencée en cela par les organisations internationales, comme l'OMS. Cette lutte s'organise à l'échelle de plusieurs pays et elle illustre le thème de la santé dans la philatélie.

Puis les années 1980 s'ouvrent sur d'autres actions celles des grands thèmes privilégiés toujours par les organismes internationaux ; et le plan quinquennal favorable à la santé de la mère et de l'enfant est largement évoqué.

Annexe 19 **REPARTITION DES CSPS AUTOUR DU HCK**



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX :

- BINGER (L.G), 1892 "Du Niger au golfe de Guinée", Hachette, Paris, tome 1, p 513
- BONT (N), 1962 "Crépuscule des temps anciens", Présence africaine, Paris, p 256
- BRAUDEL (F), 1986 "L'identité de la France - Espace et Histoire", Arthaud-Flammarion Tome 1, p 367
- BRUNEL (S), 1986 "Asie-Afrique: greniers vides, greniers pleins", Economica, Paris, p 190
- CHALEARD (JL), 1996 "Temps des villes, temps des vivres. L'essor du vivrier marchand en Côte d'Ivoire", Karthala, Paris, p 661
- CHARRE (J), 1995 "Statistiques et territoire", Reclus, Paris, p 119
- CHRETIEN (JP), PRUNIER (G), 1989 "Les ethnies ont une histoire", Karthala - ACCT, Paris, p 435
- CICERI (MF), 1977 "Introduction à l'analyse de l'espace", Masson, Paris, p 173
- CLAVAL (P), 1993 "Initiation à la géographie régionale", Nathan, Paris, p 284
- DE BENOIST (JR), 1987 "Eglise et pouvoir colonial au Soudan français - Administrateurs et missionnaires dans la boucle du Niger (1885-1945)", Karthala, Paris, p 541
- DUMONT (R), 1986 "Pour l'Afrique j'accuse", Plon, Terre humaine, Paris, p 458
- ELA (JM), 1982 "L'Afrique des villages", Karthala, Paris, p 228
- ENGELHARD (P) et al, 1988 "Vivre et mourir en Afrique", ENDA, Dakar, p 313
- GOUROU (P), 1970 "L'Afrique", Hachette, PARIS, p 127-129
- GUILJAUME (P), 1994 "Le monde colonial du 19 au 20è siècle", Colin, Paris, p 282
- LEMASSON (O), 1997 "Adel-Bagrou, belvédère sur l'Afrique de l'Ouest à l'horizon mauritanien", Mémoire de géographie, Université de Rouen, p 140
- MARCONIS (R), 1996 "Introduction à la géographie", Colin, Paris, p 221
- MORICONT-EBRARD (F), 1993 "L'urbanisation du monde depuis 1950", Anthropes, p 372
- PERSON (Y), 1975 "Samori", Mémoire IFAN n° 89, t III, Dakar, p 1104
- RETAILLE (D), 1997 "Le monde du géographe", Presses de Sciences Po, Paris, p 253

ARTICLES GENERAUX :

- BABONAUX (Y), 1985 "Le département dans l'organisation de l'espace français", Travaux et Documents de géographie tropicale, n°53, p 360-369
- BATAILLON (G), 1974 "Organisation administrative et région en pays sous-développé" l'espace géographique, n° 1, p 5-10
- BELLONCLE (G), FOURNIER (G), 1973 "Santé et développement en milieu rural africain l'expérience du Niger", Revue Tiers-Monde, tome 14, p 173-176
- BIARNES (P), 1980 "L'Afrique aux africains : 20 ans d'indépendance en Afrique noire francophone", Colin, Paris, p 480
- BRET (B), 1996 "Les inégalités une question de géopolitique", L'information géographique, n° 60, p 10-19
- CAMBREZY (L), 1995 "De l'information géographique à la représentation géographique - une liaison subordonnée à une certaine vision de l'espace", in la cartographie en débat, représenter ou convaincre, Karthala - ORSTOM, Paris, p 129-148
- COQUERY-VIDROVITCH (C), 1992 "Les changements sociaux", in "L'Afrique Occidentale au temps des Français, colonisateurs et colonisés, c. 1860-1960" sous la direction de C.Coquery-Vidrovitch, La Découverte, Paris, p 23-34
- DE TURENNE (I), 1995 "Méthodologie pour le redécoupage de la carte sanitaire en Rhône-Alpes", Espace, populations, sociétés, n° 1, p 117 - 125
- DEVERIN (Y), 1989 "Densités de population, obstacle ou contribution au développement", Tropiques lieux et liens, édition ORSTOM, Paris, p 249-257
- DUCHEMIN (JP), 1972 "Elaboration et signification d'une carte de densité par isolignes", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, vol. 9, n°2, p 161-178
- GALLAIS (J), 1981 "L'évolution de la pensée géographique de P. Gourou sur les pays tropicaux"(1935-1970), Annales de géographie, n° 498, p 129-150
- GALLAIS (J), 1976 "De quelques aspects de l'espace vécu dans les civilisations du monde tropical", L'espace géographique, tome 5, n° 1, p 5-10
- GOUROU (P), 1972 "La carte et le raisonnement géographique", Cahier ORSTOM, Série Sciences Humaines, Volume 9, n° 2, p 135-136
- JUILLARD (E), 1962 "La région : essai de définition", Annales de géographie, n° 383, p 483-499
- KAYSER (B), 1984 "La région revue et corrigée" Hérodote, n° 33-34, p 222-229
- KIMBA (I), 1992 "Le Niger", in "L'Afrique Occidentale au temps des Français, colonisateurs et colonisés, c. 1860-1960" sous la direction de C.Coquery-Vidrovitch, La Découverte, Paris, p 221-250
- MAUREL (MC), 1984 "Pour une géopolitique du territoire - l'étude du maillage politico administratif", Hérodote, n° 33, p 131-143
- PHILIPS (DR), 1995 "Les défis aux systèmes de soins en crise dans les pays en voie de développement", Société Neuchâteloise de Géographie, n° 39, p 137-154
- POURTIER (R), 1979 "Ville et espace en Afrique noire : l'exemple du Gabon", L'espace géographique, n° 2, p 119-130

- RAISON (JP), 1975 "L'atlas des structures agraires au sud du Sahara", Etudes rurales, n° 59, p 97-102
- SAINT JULIEN (I), 1985 "Diffusion spatiale des innovations", (GIP-Reclus Mode d'emploi, Montpellier, p 37
- SAUTTER (G), 1978 "Dirigisme opérationnel" et stratégie paysanne, ou l'aménageur aménagé", L'espace géographique, Tome VII, n° 4, p 233-243
- SAUTTER (G), 1981 "Urbanisation et types de peuplement dans l'espace régional. Travaux et documents de géographie tropicale, n° 53, p 377-389
- VENNETIER (P), 1981 "Réseaux de transport, flux de biens et urbanisation. Etude de cas en Afrique et en Amérique tropicales", Travaux et documents de géographie tropicale n° 53, p 215-231
- VERHASSELT (Y), 1983 "Apports des symposia de l'UGI (Madras et Brasília) au thème "Tropiques et Santé", "De l'épidémiologie à la géographie humaine" Travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CEGET/CNRS, n° 48, p 23-24

OUVRAGES ET TRAVAUX SUR LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE ET LA SANTE EN GENERAL

- AMAT-ROZE (JM) et al, 1994 "Les systèmes de recours aux soins à la plaine Saint Denis, étude géographique à l'échelle locale", Cahiers GEOS, n° 29, p 50
- AUJOLAT (LP), 1969 "Santé et développement en Afrique", Colin, Paris, p 285
- BADO (JP), 1996 "Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique", Karthala, Paris, p 432
- BRISSET (C), 1984 "La santé dans le Tiers-Monde", La découverte, Paris, p 252
- BRUNET (R), FERRAS (R), THERY (II), 1993 "Les mots de la géographie, dictionnaire critique" Reclus - la documentation française, p 518
- DOUMENGE (JP), 1992 "Dynamique des paysages agraires - la santé en société : regards et remèdes", ORSTOM, Paris, p 213-224
- ETCHEPARE (M), 1985-86, "Médicaments et Afrique", DESS, gestion des services de santé - sciences et organisations, Paris 9, p 64
- ETCHEPARE (M), TRAORE (A), 1986 "Les soins de santé primaires de la Chine à l'Afrique- Mythes et réalités", mémoire DESS, gestion des services de santé - sciences des organisations, Université Paris 9, p 48
- GOTANEGRE (JI), 1992 "Mortalité et recours aux soins au Rwanda : analyses géographiques des données disponibles", Cahiers GEOS, n° 23, p 41
- LAPIYSSONNIE (L), 1988 "La médecine coloniale : mythes et réalités", Séghers : médecine et histoire, Paris, p 310
- LAPIYSSONNIE (L), 1987 "Moi, Jamot", Editions Louis Mersin, Bruxelles, p 198
- RIHOUEY (F), 1993 "Les sujets de santé : acteurs et stratégies en présence, karempudi, district de Guntur, (Andhra Pradesh, Inde). Mémoire de géographie, Université de Rouen, p 101

- THOUEZ (JP), 1987 "Organisation spatiale des systèmes de soins", Presses de l'université de Montréal, Montréal, p 166
- ZAGRE (P), 1994 "Les politiques économiques du Burkina Faso, une tradition d'ajustement structurel", Karthala, Paris, p 244

ARTICLES SUR LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE ET LA SANTE EN GENERALE

- ADJANOHOOUN (E), 1983 "L'Action de l'OUA et de diverses autres organisations internationales pour le développement de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles africaines", "De l'épidémiologie à la géographie humaine", travaux et documents de géographie tropicale, CEGET/ACCT/ CNRS, n° 48, p 43-45
- AMAT-ROZE (JM), REMY (G), 1983 "Paysage épidémiologique, du paludisme dans l'espace ivoiro-voltaïque", 1983, "De l'épidémiologie à la géographie humaine" travaux et documents de géographie tropicale, CEGET/CNRS/ACCT n° 48, p 97-107
- AUGUSTIN (JP), 1994 "La Haute-Volta à l'épreuve du territoire : création, suppression et reconstruction", "Géographies des colonisations XV-XXe siècles", sous la direction M. Bruneau, D. Dory, Harmattan, Paris, p 399-409
- AUJOULAT (LP), 1973 "L'éducation pour la santé dans les pays du Tiers-Monde", Revue Tiers-Monde, tome 14, p 57-66
- BADO (JP), 1995 "Les maladies de l'eau en Haute-Volta de la conquête à 1932", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 401-411
- BOURDIER (A), 1994 "Système de soins et bilan de santé : étude de cas en milieu rural, Inde du Sud", Cahiers GEOS, n°28, p 60
- BOURDIER (F), 1995 "Le secteur informel des soins de santé, méthodes d'approche et terrain (le cas de l'Inde)", Société Neuchâteloise de Géographie, n° 39, p 163-176
- BOURGAREL (S), 1994 "Espace social, espace de santé, l'exemple de la Guyane", Cahiers GEOS, n° 27, p 54
- BOUSSOUF (R), 1989 "Système de santé et ressources sanitaires dans l'est algérien" Cahiers GEOS, n° 15, p 42
- BRICOTEAU (D) et al, 1992 "Territorialisation des flux de recrutement des patients : un besoin stratégique", Actes de l'Atelier 4, CREDES Paris, p 263-268
- BRILLET (P), 1995 "La géographie de la santé et les sciences médicales", Société neuchâteloise de Géographie, n° 39, p 21-35
- CANTRELLE (P), 1983 "Pour une recherche intégrée sur les problèmes de santé" "De l'épidémiologie à la géographie humaine", Travaux et documents de géographie tropicale, CNRS/CEGET/ACCT, p 25-27
- CANTRELLE (P), LOCOH (I), 1990 "Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest", Dossier CEPED, Ouagadougou, n° 10, p 36

- CHARMOT (G), 1978 "Les bilharzioses en tant que problèmes de santé publique", Bulletin de la section de géographie du comité des travaux historiques et scientifiques, n° 83, p 89-94
- CREPON (P), 1992 "Les inégalités régionales d'accès au système de soins", Actes de l'Atelier 4, CREDES, Paris, p 61-70
- DESTANNE de BERNUS (G), 1973 "La planification sanitaire : Questions improductives" Revue Tiers-Monde, Tome 14, p 19-45
- DESTEXHE (A) , 1987 "Crise économique et financement de la santé", Politique africaine, n° 28, p 53-64
- DIAKITE (BD) et al, 1993 "Le recours aux soins dans le quartier de Bankoni", se soigner au Mali, Karthala, Paris, p 155-176
- DORY (D), 1995 "La géographie de la santé comme discipline géographique", Société neuchâteloise de géographie, n° 39, p 9-21
- DOUMENGE (JP), 1983 "De l'épidémiologie à la géographie humaine", "De l'épidémiologie à la géographie humaine" Travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CEGET/CNRS, n°48, p 309-311
- DOUMENGE (JP), CHEUNG (C) al, 1983 "Intérêt et limites d'une cartographie des schistosomiasis humaines dans le monde", "De l'épidémiologie à la géographie humaine" Travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CNRS/CEGET, n° 48, p 169-176
- DOZON (JP), 1987 "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire", Politique africaine, n° 28, p 9-20
- FAINZAING (S) , 1985 "La maison du blanc. La place des dispensaires dans les stratégies thérapeutiques des Bissa au Burkina Faso", Sciences sociales et santé, volume 3, n° 3-4, p 105-128
- FAINZANG (S), 1981-82 "La cure comme mythe : le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples africains", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, volume 18, n° 4, p 415-421
- FASSIN (D), 1987 "La santé, un enjeu politique quotidien", Politique africaine, n° 28, p 2-8
- FASSIN(D), 1986 "La vente illicite des médicaments au Sénégal", politique africaine, n° 23, p123-130
- FASSIN (D) JEANNEE (F), "Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal)", Sciences sociales et santé, n° 4, p 205-221
- FENET RIEUTORD (M), 1986 "Espace géographique et santé en Afrique Centrale : La diffusion des maladies le long du fleuve Oubangui (1885-1982)", Cahiers ORSTOM, séries sciences humaines, volume 22, n°2, p 231-256
- GEORGE (P), 1978 "Perspectives de recherche pour la géographie des maladies", Annales de géographie, 87^e année, n° 484, p 641-650
- GESLER (WM), 1995 "Aspects culturels des systèmes de soins", Société Neuchâteloise de Géographie, n° 39, p 153-162
- HERVOUET (JP), 1992 "Environnement et grandes endémies : le poids des hommes", Afrique contemporaine, n° 161, p 155-167

- HERVOUET (JP), 1992 "Dynamiques des paysages agraires - la santé en société : regards et remèdes", ORSTOM, Paris, p 272-301
- HERVOUET (JP), 1992 "Environnement et grandes endémies : le poids des hommes", Afrique contemporaine, n° 161, p 155-167
- HERVOUET (JP),
LAVEISSIERE (C), 1981 "Population des glossines et occupation de l'espace : enquête entomologique dans la région de la Lobo (Côte d'Ivoire)", Cahiers ORSTOM, série entretiens médical et parasitaire, volume 19, n° 4, p 247-260
- HERVOUET (JP),
LAVEISSIERE (C), 1986 "Cash crop development and sleeping sickness in the forest belt of West Africa", in : Health and disease in Tropical Africa, Geographical and medical viewpoints, Harwood academic publishers, p 373-381
- HERVOUET (JP),
LAVEISSIERE (C), 1987 "Les grandes endémies : l'espace social coupable", Politique africaine, n° 28, p 21-32
- HERVOUET (JP),
LAVEISSIERE (C), 1991 "La trypanosomiase humaine en Afrique de l'ouest. épidémiologie et contrôle" ORSTOM, Paris, p 157
- HERVOUET (JP),
LAVEISSIERE (C), "Les interrelations hommes/milieu/glossine et leur répercussion sur le développement de la maladie du sommeil en secteur forestier de Côte d'Ivoire", PNUD, BANQUE MONDIALE, OMS, p 17
- HERVOUET (JP), PROST (A), 1978 "Organisation de l'espace et épidémiologie de l'onchocecosse", Mémoire ORSTOM, Paris, n° 89, p 179-189
- HOURS (B), 1986 "L'état de santé", Cahiers d'études africaines, volume 26, n° 103, p 395-401
- HOURS (B), 1992 "La santé publique entre soins de santé primaires et management", Cahiers des sciences humaines, ORSTOM, volume 28, n° 1, p 123-140
- KALUME (Z), 1984 "Le luxe d'être malade", Autrement, hors série, n° 9, 183-187
- KANE (CH), MANDI (PE), 1973 "Vers une remise en cause des problèmes de santé publics en Afrique de l'ouest et du centre", Revue Tiers-Monde, Tome 14, p 135-147
- LASSAILLY-JACOB (V), 1983 "Grands barrages africains et prise en compte des populations", L'espace géographique, n° 1, p 46-58
- LEVY (E), MIZRAHI (A), 1992 "De l'analyse économique aux politiques de santé : un colloque européen", Actes de l'Atelier 4, CREDES, Paris, p 3-9
- LOSLIER (L), 1983 "Questions sur les principaux facteurs de l'évolution de la santé publique à Porto-Rico - Résultats préliminaires et problématique de recherche", "De l'épidémiologie à la géographie humaine", travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CEGET/CNRS, n° 48, p 29-37
- MIZRAHI (A et A) .1992 "Les champs d'action des équipements médicaux : distance et consommation médicales", Espace, population, sociétés, n° -, p 333 -343
- MOUSSAYE de la (E)
JACQUEMOT (P), 1993 "La politique de santé : les trois options stratégiques", Afrique contemporaine, n° 166, p 15-26
- NEWELLE (K), 1989 "La voie à suivre pour les systèmes de santé de district", Forum mondial de la santé, volume 10, n° 1, p 89-97

- PAMPALON, 1989 "Aires administratives ou aires homogènes : que choisir pour la planification" Géos n° 16, p 16-74
- PARIS (F), 1992 "Dynamique des paysages agraires; la santé en société : regards et remèdes", ORSTOM, Paris, p 59-85
- PETT (M) et al, 1990 "Risques épidémiques liés à la construction d'un barrage avec retenue d'eau sur le Mono (Togo-Bénin)", Revue belge de géographie, n° 4, p 211-222
- PETT (MM), 1989 "Les problèmes posés par l'éradication d'une maladie liée à l'environnement : cas de la dracunculose dans le sud du Togo", Géographie économique tropicale, 13(1-4), p 41-53
- PICHERAL (H), 1989 "La desserte en soins médicaux : variations sociogéographiques", Cahiers GEOS, n° 16, p 82
- PICHERAL (H), 1983 "Complexe et système pathogènes : approche géographique" "De l'épidémiologie à la géographie humaine" Travaux et document ACCT/CEGET/CNRS, n° 48, p 5-22
- PICHERAL (H), 1982 "Géographie médicale, géographie des maladies, géographie de la santé", L'espace géographique, n° 3, p 161-175
- PICHERAL (H), 1992 "Décentralisation des politiques de santé : allocations de ressources, recours aux soins et décision locale", Actes de l'Atelier 4, CREDES, Paris, p 19-33
- PICHERAL (H), 1992 "Les médecins aux Etats-Unis : équité et justice territoriale", Espace, populations, Sociétés, n° 3, p 285-295
- PICHERAL (H), 1995 "Le lieu, l'espace et la santé", Espace, populations, sociétés, n° 1, p 19-24
- PICHERAL (H), 1989 "Géographie de la transition épidémiologique", Annales de géographie, n° 546, p 129-151
- PICHERAL (H), SALEM (G) 1992 "De la géographie médicale à la géographie de la santé - Bilan et tendances de la géographie française 1960-1991", Cahiers GEOS, n° 22, p 44
- PICHERAL (H), 1984 "Mots et concepts de la géographie de la santé", Géos n° 2, p 25
- PIGASE (P), 1987 "Vous avez dit santé ?", Courrier de l'UNESCO, 40è année, p 4-6
- REMY (G), 1983 "De l'aire du possible aux foyers endémiques - les clés épidémiologiques de la répartition de la filariose de Bancroft", L'espace géographique, n° 1, p 59-68
- RICHARD (JL), 1995 "Accès aux soins de santé en milieu rural", Société Neuchâteloise de Géographie, n° 39, p121-136
- RICHARD (JL), 1995 "Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural", Espace, populations et sociétés, n° 1, p 91-104
- RICHET (P), 1980 "La lutte contre les grandes endémies tropicales en Afrique noire francophone", Afrique contemporaine, n° 112, p 1-11
- ROZE (JM), CHARMOT (G), 1978 "L'onchocercose", Bulletin de la section de géographie du comité des travaux historiques et scientifiques, n° 83, p 119-135

- SALEM (G), 1989 "Les fondemens sociaux et spatiaux de la santé communautaire : l'exemple de Pikine", Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde ORSTOM - Paris, p 257-263
- SALEM (G), et al, 1991 "L'accès aux soins : les distances physiques, sociales et culturelles se superposent-elles ? l'exemple d'une recherche menée à Pikine en 1991 (Sénégal)" Actes de l'atelier 4, CREDES, Paris, p 219-238
- SCHULTZ (J), 1995 "Urbanisme géographique et santé à Djibouti", Cahiers GEOS, n° 30, p 37
- SICAULT (G), 1973 "Les différentes orientations de la politique de santé", Revue Tiers-Monde, Tome 14, p 9-18
- TARIMO (E), CREESE (A), 1991 "La santé pour tous d'ici l'an 2000, à mi-chemin, le point de la situation dans divers pays", OMS, Genève, p 277
- TARIMO (E), FOWKES (FGR), 1989 "Renforcer l'ossature des soins de santé primaires", Forum mondial de la santé, volume 10, n° 1, p 82-88
- THOUÉZ (JP), 1989 "Régions et planification sanitaire", Annales de géographie, n° 546, p 196-211
- THOUÉZ (JP), 1988 "L'espace et le temps en géographie des maladies éléments méthodologiques", Cahiers GEOS, n° 12, p 32
- TINTA (S), 1993 "Le services de santé du cercle de Bandiagara", se soigner au Mali, Karthala, Paris, p 211-228
- TONGLET (R) et al, 1991 "Accessibilité géographique des services de santé", Cahiers santé, n° 1, p 202-208
- TONNELIER (P), 1992 "L'impossible équité spatiale en France", Actes de l'Atelier 4, CREDES, Paris, p 141-150
- WALT (G), RIFKIN (S), 1990 "Contexte politique des soins de santé primaires", Expériences depuis Alma Ata, p 14-22
- WALTER (A), 1981-82 "Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives", Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, volume 18, n° 4, p 405-414

OUVRAGES ET ARTICLES SUR LE BURKINA FASO

ANNUAIRE JEUNE AFRIQUE, 1996

ATLAS JEUNE AFRIQUE, 1993 "Burkina Faso" Edition Jeune Afrique, Paris, p 54

ATLAS JEUNE AFRIQUE, 1975 "Haute Volta" Edition Jeune Afrique, Paris, p 47

BALIMA (SA), 1996 "Légendes et histoire des peuples du Burkina Faso", Jeune Afrique, p 403 et annexes

BELLOT (JM), BELLOT-
COUDERC (B), 1978 "Pour un aménagement du cours moyen de la Volta Noire et de la vallée du Sourou", Cahiers d'Outre Mer, n° 123, p 271-286

- BENOIT (D), 1976 "Une étude démographique à partir de registres paroissiaux en pays Gourounsi (Haute Volta)", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, vol 13, n°3, 1 p 297-310
- BENOIT (M), 1972 "La genèse d'un espace agricole mossi en pays Bwa (Haute Volta)", L'espace géographique, tome 1, n° 4 p 239-250
- BENOIT (M), 1977 "Mutation agricole dans l'ouest de la Haute Volta : le cas de Daboura (sous-préfecture de Nouma)", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, vol 14, n° 2, p 95-111
- BERCHIE (T), 1985 "A propos d'une ONG de développement sanitaire : l'église catholique en Afrique et les soins de santé primaires", Sciences sociales et santé, volume 3, n° 3-4, p 85-103
- BONKLAN (H), 1986 "Allocation de ressources entre coton et sorgho dans la région de Boromo", ICRISAT, Ouagadougou, p 29
- BONNET (D), 1981-82 "La procréation, la femme et le génie (les Mossi de Haute-Volta)", Cahiers ORSTOM, Série sciences humaines, vol 18, n° 4, p 423-431
- BOULET (R), 1976 "Notice des cartes de ressources en sols de Haute Volta", Ministère de la Coopération, ORSTOM, Paris
- BOUTILLIER (JL) et al, 1977 "Systèmes socio-économiques mossi et migrations", Cahiers ORSTOM, Série sciences humaines, vol 14, n° 4, p 361-381
- BRUNET - JAILLY (J), 1992 "Santé : une occasion manquée ? le Mali" et "l'Initiative de Bamako", Politique africaine, n° 162, p 3-18
- CAMPOS DA SILVA (V), OUEDRAOGO (B), 1990 "Renforcement des soins de santé primaires - Projet PEDI/volet-santé province du Sanmatenga, Burkina Faso", in: "Expériences depuis Alma Ata, les soins de santé primaires, p 111-129
- CAPRON (J), 1973 "Communautés villageoises Bwa - Mali - Haute Volta", Mémoire de l'institut d'ethnologie - 9, Paris Tome 1, p 379
- CAPRON (J), 1965 "Anthropologie économique des populations Bwa, Mali - Haute Volta, documents et statistiques", CNRST, Ouagadougou, p 187
- CHAMARD (P), COUREL (F), 1979 "Contribution à l'étude du Sahel voltaïque" Travaux de l'Institut de géographie de Reims, n° 39/40, p 75-90
- COSAERT (P), 1990 "Les voies de communication au Burkina Faso", Cahiers d'Outre-mer, n° 169, p 53-76
- COUREL (MF) et al, 1979 "La population de Haute Volta au recensement de décembre 1975", Cahiers d'Outre Mer, Bordeaux, n° 125, p 39-65
- DAVEAU (S) et al, 1962 "Cuirasses et chaînes birrimiennes en Haute Volta", Annales de géographie, n° 383, p 460-482
- DE BENOIST (R), 1975 "Docteur Lumière, 40 ans au service de l'homme en Haute Volta", Editions SOS, Paris, p 236
- DRAME (T), RUTISHISHA (G), 1985 "La coopérative d'Orodara: impact et problèmes - Etude de faisabilité pour une redynamisation", CIESAO, Bobo Dioulasso, p 114

- DUPERRAY (A), 1992 "La Haute-Volta" (Burkina Faso), in "L'Afrique Occidentale au temps des Français, colonisateurs et colonisés, c. 1860-1960" sous la direction de C.Coquery-Vidrovitch, La Découverte, Paris, p 251-288
- FAINZANG (S), 1985 "Le temps des causes - Réflexions sur la pensée étimologique des Bisa du Burkina Faso (Haute Volta). L'ethnographie, tome 81 - numéro spécial : causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, n° 96/97, p 187-196
- GILLES (N), REMY (G), 1983 "Éléments d'une géographie de la trypanosomiase dans l'espace ivoiro-voltaïque", "De l'épidémiologie à la géographie humaine", Travaux et documents, ACCT/CNRS, n° 48, p 157-166
- GNANKAMBARY (B), 1978 "La révolte des Bobo de 1916 dans le cercle de Dedougou", Notes et documents voltaïques, 11 (3-4), p 1-38
- GNESSEIN (F), 1996 "Réflexion sur les fondements d'une politique sanitaire dans un pays en développement: le Burkina Faso", Cahiers du Centre d'Etudes et de Recherches Juriques sur l'Afrique francophone, n° 7, p 290
- GUERIN (B), 1984 "La route Ouagadougou-Bobo - Un impact limité sur le milieu rural", Cahiers d'Outre-mer, n° 145, p 5-32
- GUERIN (B), 1982 "A propos de l'influence socio-économique de la route Ouagadougou-Bobo Dioulasso sur le milieu rural", Thèse de 3ème cycle de géographie, Bordeaux 3, p 211
- HARTOG (T), 1978 "La vallée du Kou : un exemple d'intervention planifiée et d'encadrement paysan dans l'ouest voltaïque", Mémoire ORSTOM, n° 89, p 301-305
- HARTOG (T), 1980 "Modes d'occupation de l'espace et différenciations régionales dans l'ouest voltaïque", Thèse de 3è cycle de géographie, PARIS 10, p 306
- HARTOG (T), 1983 "Le périmètre sucrier de Banfora (Haute Volta) : du pouvoir technocratique aux déboires paysans", COM, n° 142, p 119-135
- HEBERT (J), "Révoltes en Haute Volta de 1914 à 1918", Notes et documents voltaïques 3(4) juillet septembre 1970, p 3-45
- HEBERT (J), "La bataille de Bama", Notes et documents voltaïques 3(4) juillet et septembre 1970, p 32-52
- HERVOUET (JP), 1983 "Aménagement hydro-agricole et onchocercose (Loumana-Haute Volta)", De l'épidémiologie à la géographie humaine" Travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CNRS/CEGET, n° 48, p 271-275
- HERVOUET (JP), 1978 "La mise en valeur des vallées des Volta Blanche et Rouge : un accident historique", Cahiers ORSTOM série sciences humaines, volume 15, n° 1, p 81-97
- HERVOUET (JP), 1990 "Le mythe des vallées dépeuplées par l'onchocercose", Cahiers GEOS, n° 18, p 53
- HERVOUET (JP), 1980 "Du riz et des aveugles l'onchocercose à Loumana", ORSTOM Ouagadougou, p 40
- HERVOUET (JP), PODA (S), "Les structures de soins en milieu rural au Burkina Faso, aspects

- 1991, géographiques - le cas de l'est de la province du Houet", ORSTOM, Bobo-Dioulasso, p 10
- ILBOUDO (KE), 1988 "Vicissitudes politico-administratives et planification au Burkina Faso 1960-85", Revue du CEDES, Ouagadougou, n° 25, p 1-24
- ILBOUDO (KE), 1986 "Les inégalités inter-provinciales dans le domaine de la santé au Burkina Faso en 1985", ESSEC, Ouagadougou, p 36
- IZARD (F), 1967 "Recherche sur l'histoire du peuplement de la Haute-Volta", Notes et documents voltaïques, 1(1), p 9-13
- IZARD (M), 1985 "Le Yatenga précolonial - Un ancien royaume du Burkina", Karthala, Paris, p 164
- JAFFRE (B), 1989 "Burkina Faso les années Sankara", Harmattan, Paris, p 332
- JAGLIN (S), 1995 "Gestion urbaine partagée à Ouagadougou - Pouvoirs et périphéries (1983-1991)", ORSTOM, Paris, p 659
- KAMBOU-FERRAND (JM), 1993 "Peuples voltaïques et conquête coloniale 1885-1914, Burkina Faso", Harmattan, Paris, p 478
- KAMBOU-FERRAND (JM), 1995 "Souffre, gémis, mais marche ! Regard d'une paysanne lobi sur sa vie au temps colonial", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 147-156
- KIETHEGA (JB), 1993 "La mise en place des peuples du Burkina Faso", "Découverte du Burkina", SEPIA-ADDB, Paris-Ouagadougou, p 9-29
- KIETHEGA (JB), 1993 "Les castes au Burkina Faso", "Découverte du Burkina" SEPIA-ADDB, Paris-Ouagadougou, p 31-53
- KOLHER (JM), 1972 "Les migrations des Mossi de l'ouest", Travaux et documents ORSTOM, n° 18, p 100
- LABAZEE (P), 1989 "Discours et contrôle politique : les avatars du Sankarisme", Politique africaine, n° 33, p 27-38
- LACOSTE (Y), 1966 "Problème de développement agricole dans la région de Ouagadougou (Haute Volta)", Bulletin de l'association des géographes français, CNRS, n° 346-347, p 4-18
- LAHUEC (JP), 1983 "Contraintes historiques et onchocercose : une explication des faits du peuplement dans la sous-préfecture de Garango, nord pays Bissa - Haute Volta", "De l'épidémiologie à la géographie humaine", Travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CEGET/CNRS, n° 48, p 253-258
- LAHUEC (JP), 1980 "Le parc d'un village mossi (Zaongho) du traditionnel au moderne", Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, volume 17, n° 3-4, p 151-15
- LAHUEC (JP), 1979 "Le peuplement et l'abandon de la vallée de la Volta Blanche en pays bissa", Travaux et Documents ORSTOM, n° 103, p 7-90
- LAHUEC (JP), BENOIT (M), "L'insertion des éléments du champ migratoire mossi dans les différents

- 1975 contextes régionaux, essai d'une cartographie de synthèse", Ministère de la Fonction Publique et du Travail de Haute Volta, P 169-215
- LAHUTEC (JP), MARCHAL (JY), "La mobilité du peuplement Bissa et Mossi", Travaux et Documents ORSTOM, n°103, p 149
- LAFEYSONNIE (L), 1995 "La trypanosomiase humaine africaine et la Haute-Volta", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 379-383
- LARTIGUE (JJ), CAUSSE (G), 1963 "Enquête sur la répartition de l'onchocercose humaine dans les villages de Gombélédougou, Intiéoudougou, Sidi, Banfoulagué et Guéna", Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, p 27
- LATREMOLIERE (J), 1985 "Burkina Faso : la face cachée de la révolution burkinabé", Marchés tropicaux, n° 2054, p 681-687
- LAVEISSIERE (C), 1976 "Un "foyer" de trypanosomiase humaine sans glossines : Ouahigouya (république de Haute Volta)", Cahiers ORSTOM, série , volume 14, n° 4, p 359-367
- LE BRAS (M), GIAP (G) et al 1983 "L'influence des actions humanitaires et des aménagements hydro agricoles sur la diffusion de la schistosomiase urinaire dans la région de Kaya (Haute Volta)", De l'épidémiologie à la géographie humaine", Travaux et documents de géographie tropicale, ACCT/CEGET/CNRS, n° 48, p 185-199
- LE DENTU (R), 1922-23 "L'état sanitaire de la population indigène et le fonctionnement du service de l'assistance médicale dans la colonie de Haute-Volta pendant l'année 1922", Annales de médecine et de pharmacie coloniale, p 133-153
- LE MOAL (G), 1968 "Enquêtes sur l'histoire du peuplement du pays bobo", Notes et documents voltaïques, 1 (2), p 6-9
- LE MOAL (G), 1980 "Les Bobo nature et fonction des masques", Travaux et documents ORSTOM n° 121, p 535
- LE MOAL (G), BRASSEUR (G), 1963 Carte ethnodémographique de la Haute Volta, Collection, mémoire : IFAN, p 33
- MADIEGA (YG), 1981 "Esquisse de la conquête et de la formation territoriale de la colonie de Haute Volta", Bulletin de l'IFAN, série B, tome 43, n° 3-4, p 217-277
- MADIEGA (YG), 1995 "Aperçu sur l'histoire coloniale du Burkina", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 13-33
- MAESTRI (B), 1992 "Le système de soins en milieu rural africain : évaluation et mesure de son activité, l'exemple des formations sanitaires de la province de la Comoé (Burkina Faso)", D E A "Espace et Développement", Université de Montpellier, p 65
- MAHARAUX (A), 1992 "Le géographe et le tracé des espaces coloniaux et postcoloniaux", in "Géographies des colonisations XV-XXe siècles", sous la direction M. Bruncau, D. Dory, Harmattan, Paris, p 349-367

- MANDE (I), 1995 "Les migrations de travail des Voltaïques. Une panacée pour l'économie ivoirienne de 1919 à 1960", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 313-339
- MARCHAL (JY), 1977 "Système agraire et évolution de l'occupation de l'espace au Yatenga (Haute Volta), Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, volume 14, n° 2, p 141-149
- MARCHAL (JY), 1976 "Un périmètre agricole en Haute Volta - Guiedougou - Vallée du Sourou", Cahiers ORSTOM, séries Sciences Humaines, volume 13, n° 1, p 57-73
- MARCHAL (JY), 1972 "Aperçus sur l'aménagement de la vallée du Kou", ORSTOM, Ouagadougou, p 42
- MARCHAL (JY), 1974 "Un espace régional nord soudanien - le pays du Yatenga", L'espace géographique, tome 3, n° 2, p 93-109
- MARCHAL (JY) , 1979 "La cartographie et ses utilisateurs en pays africain à propos de la Haute Volta", Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, volume 16, n°3, p 261-272
- MARCHAL (JY), 1983 "Yatenga nord Haute Volta - la dynamique d'un espace rural soudano-sahélien", Travaux et documents ORSTOM, n° 167, p 273
- MARCHAL (JY), 1982 "Brève histoire du développement économique de la Haute-Volta", Problèmes économiques, n° 1804, p 23-29
- MARCHAL (JY), 1980 "Chronique d'un cercle de l'AOF, Ouahigouya (Haute-Volta) 1908-1941", Travaux et Documents ORSTOM, n° 125, p 215
- MARCHAL (JY), 1987 "En Afrique des savanes, le fonctionnement des unités d'exploitations rurales ou le chacun pour soi, l'exemple des Moose du Burkina Faso", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, volume 23, n° 3-4, p 445-454
- MARCHAL (JY), 1982 "Facteurs climatiques limitants et calamités agricoles en régions de savane - Yatenga, pays mossi, Haute-Volta", HERODOTE, n° 24, p 68-94
- MARCHAL (M), 1983 "Les paysages agraires de Haute Volta - Analyse structurale par la méthode géographique", Atlas des structures agraires au sud du Sahara, ORSTOM, n° 18, p 115
- MARTENS (L), 1989 "Sankara, Compaoré et la révolution Burkinabè", Editions EPO, Anvers, p 335
- MASSA (B), MADIEGA (Y.G), 1995 "La Haute Volta coloniale", "Témoignages, recherches, regards". Karthala, Paris, p 9-33
- MATTHEU (P), 1994 "Mouvements de population et transformations agricoles : le cas du sud-ouest du Burkina Faso", Cahiers du CIDEP, n° 20, p 15-39
- MERLET (A), 1995 "Textes anciens sur le Burkina (1853-1897)". A.D.D.B./SEPIA, Paris, Ouagadougou, p 294
- MONIOD (F) et al. 1977 "Le bassin du fleuve Volta", Monographies hydrologiques, ORSTOM, n° 5, p 513

- NEUVY (G), 1989 "L'onchocercose, une endémie en voie de disparition au Burkina Faso", Cahiers d'Outre-Mer, n° 168, p 377-394
- OUEDRAOGO (D), 1978 "Genèse et structure d'un espace enclavé : la Haute-Volta" Mémoire ORSTOM, Paris, n° 89, p 553-559
- OUEDRAOGO (D), 1978 "La vallée du Kou (Haute Volta), un sous-espace aliéné", Mémoire ORSTOM, Paris, n° 89, p 481-491
- PALLIER (G), 1981 "Géographie générale de la Haute Volta", CNRS/Université de Limoges, 2^e édition, p 241
- PALLIER (G), 1976 "Un effort de développement en Haute Volta : le complexe agro-sucrier de Bérégadougou" Travaux et mémoires de l'UER de Limoges, volume 2, p 91-107
- PARIS (F), 1983 "Système d'occupation de l'espace et onchocercose, foyer de la Bougouriba - Volta Noire (Haute Volta)", "De l'épidémiologie à la géographie humaine", travaux et document de géographie tropicale, ACCT/CEGET/CNRS, n° 48, p 259-270
- PRADEAU (C), 1970 "Kokolibou (Haute Volta) ou le pays de Dagari à travers un terroir" Etudes rurales, n° 37-38-39, p 85-112
- PRADEAU (C), 1975 "Adaptabilité d'une agriculture tropicale traditionnelle : le pays Dagari (Haute Volta)", Etudes rurales, n° 58, p 7-28
- REMY (G), 1968 "Les mouvements de population sur la rive gauche de la Volta Rouge (région de NOBERE)", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, volume 5, n°2, p 45-66
- REMY (G), 1970 "Une carte de l'occupation des sols en Haute Volta, note méthodologique et descriptive", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, Volume 7, n°2, p 3-14
- REMY (G), 1988 "Paysages et milieux épidémiologiques dans l'espace ivoiro-burkinabè", CNRS, Paris, p 268
- REMY (G), 1970 "L'étude d'un terroir en zone soudanienne : l'exemple de Donsin (Haute Volta)", Etudes rurales, n° 37-38-39, p 480-500
- ROUAMBA (EG), 1995 "La vie d'un infirmier du service des grandes endémies", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 385-393
- ROUAMBA (PT), 1970 "Terroirs en pays Mossi : à propos de Yaoghin (Haute Volta)", Etudes rurales, n° 37-38-39, p 129-149
- SAVONNET (G), 1978 "Structure sociale et organisation de l'espace (exemples empruntés à la Haute Volta)" "actes du colloque de Ouagadougou 4-8 décembre 1978", Maîtrise de l'espace agraire et développement en Afrique tropicale - logique paysanne et rationalité technique", p 39-44
- SAVONNET (G), 1976 "Inégalités de développement et organisation sociale (exemples empruntés au sud ouest de la Haute Volta)", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, volume 13, n°1, p 23-40

- SAVONNET - GUYOT (C), 1986 "Etat et sociétés au Burkina Faso : essai sur la politique africaine" Karthala, Paris, p 227
- SCHWARTZ (A), 1993 "Brève histoire de la culture cotonnière au Burkina Faso", ORSTOM, Ouagadougou, p 27
- SCHWARTZ (A), 1991 "L'exploitation agricole de l'aire cotonnière burkinabè, caractéristiques socio-démographiques, économiques", ORSTOM, Ouagadougou, p 88
- SCHWARTZ (A), 1993 "La culture du coton du Burkina Faso à un tournant crucial de son histoire", Rapport de mission ORSTOM, Ouagadougou, p 10
- SCHWARTZ (A), 1996 "Pratiques paysannes et gestion de la fertilité des terres sur les exploitations cotonnières dans l'ouest du Burkina Faso", Cahiers ORSTOM, série sciences humaines, volume 32, n° 1, p 153-171
- SCHWARTZ (A), 1995 "La politique coloniale mise en valeur agricole de la Haute-Volta (1919-1960)", in "La Haute-Volta coloniale, témoignages, recherches, regards" sous la direction de G. Massa, YG Madiéga, Karthala, Paris, p 263-291
- SCHWARTZ (A), 1993 "Brève histoire de la culture du coton au Burkina Faso", "Découverte du Burkina", SEPLA-ADDB, Paris-Ouagadougou, p 207-237
- SIRVEN (P), 1987 "Démographie et villes au Burkina Faso", Cahiers d'Outre-Mer, n° 159, p 265-283
- SOMBIE (BM), 1988 "Le cheminement vers la santé pour tous au Burkina Faso", Ouagadougou, p 45
- TALLET (B), 1993 "Faim de terre, soif de coton : colonisation agricole encadrée et spontanée dans les vallées des volta au Burkina Faso", Espaces tropicaux, n° 8, p 35-45
- VAUGELADE (J), GAZIN (P), 1987 "Les besoins de santé exprimés par une population rurale du Burkina" Symposium "Le médicament essentiel dans les pays en développement" Paris 19, 20 mai 1987, p 7
- VAUGELADE (C), 1988 "Comportement économique des Samo et Mossi en zone de colonisation agricole. Esquisse de comportement sanitaire", ORSTOM, Ouagadougou, p 38
- VERHASSELT (Y), 1969 "Bobo-Dioulasso le développement d'une ville d'Afrique occidentale", Cahier d'Outremer, n° 85, p 88-94

TRAVAUX SUR LE BURKINA FASO

- ASSELINEAU (JY), 1979 "Le milieu naturel en Haute Volta : problèmes de santé", Mémoire de maîtrise de géographie, Paris 4, p 137
- BELEM (PC), 1985 "Coton et système de production dans l'ouest du Burkina Faso, Thèse de 3^e cycle de géographie, aménagement de l'espace rural, Montpellier 3, p 3-40
- BOURGUE (AM), 1987 "La trypanosomiase humaine en Haute-Volta pendant la période coloniale : genèse d'une endémo-épidémie et influence de l'évolution des structures de lutte 1928-1952", thèse d'histoire Université Paris 7, p 856 (2 tomes)

- CHIATEL (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 Moussodougou", Mémoire de géographie, Université de Rouen, p 151 et annexes
- DEMARE (G), 1996 "Accès et accessibilité à l'hôpital national de Bobo-Dioulasso", Mémoire de géographie, Université de Rouen, p 170
- DE PLAEN (R), 1994 "Dossi : étude géographique de la dynamique d'un système d'exploitation agricole chez les Bwaba du sud-ouest du Burkina Faso", mémoire de géographie, Université de Montréal, p 181
- GOBATTO (I), 1996 "Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso", Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et de sociologie, Université Paris 5, p 470
- KINDA (P), 1993 "L'intervention des ONG au Burkina Faso de 1970 à 1990 : la province du Sanmatenga, un exemple de promotion du développement", Thèse de doctorat en science sociale, Université Paris I, p 487
- KONE (A), 1993 "Impact des dispensaires privés sur le recours aux soins dans un espace médical public (arrondissement de Ross Bothio)", mémoire DEA de géographie, Université de Dakar, p 81
- KONE (A), 1992 "Disparités géographiques du paludisme dans la place aménagée de Banzon" Mémoire de géographie, Université de Ouagadougou, p 86
- LACHERIEZ (S), 1991 "Santé et système de soins au Burkina Faso : pour la défense d'un projet de coopération médicale en milieu rural burkinabè", Thèse de médecine, Nancy I, p 345
- MATHIEU (A), 1993 "Différenciations spatiales et santé dans la zone d'influence des aménagements de Bagré (Burkina Faso)", Mémoire de maîtrise de géographie, Université de ROUEN, p 93
- NANA (M), 1984 "Héritage colonial et développement : rôle historique et socioéconomique du chemin de fer Abidjan-Niger dans le développement de la Haute Volta", Thèse 3ème cycle histoire, Université Toulouse-Le Mirail, p 308
- OUABA (K), 1992 "Les urgences au centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso", Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, p 210
- OUATTARA (A), 1982 "Industrialisation et urbanisation en Haute Volta, le cas de Banfora : transformations, problèmes de croissance et d'organisation spatiale", Thèse de 3ème cycle de géographie, Strasbourg, p 482
- OUATTARA (L), 1990 "Approche d'une conception nouvelle de la fonction d'infirmier major d'unités de soins dans les hôpitaux nationaux au Burkina Faso", Mémoire en Sciences et Techniques sanitaires et sociales, Lyon II, p 187
- OUATTARA (N), 1988 "L'évolution des activités agricoles dans les zones ouest du Burkina Faso - La confrontation des espaces ruraux avec des sollicitations nationales concurrentes. L'exemple des Hauts Bassins", Thèse de doctorat de géographie, Université de Caen, p 230
- OUEDRAOGO (G), 1982 "La politique d'utilisation des bénéfices d'une Société d'Etat : le cas de la loterie nationale voltaïque", Mémoire de fin d'études option gestion des organisations, Université de Ouagadougou, p 51

- OUEDRAOGO (OD), 1986 "Aménagements hydro-agricoles opération "Terres Neuves" et déplacements de population au Burkina Faso de 1900 à nos jours", Thèse de géographie, Université Bordeaux 3, 2 tomes, p 850
- OUEDRAOGO, SALEMBERE (MM), 1989 "Urbanisation, organisation de l'espace et développement au Burkina Faso", Thèse de géographie urbaine, Bordeaux 3, p 857
- PARE (E), 1976 "Les transformations géographiques et socio-économiques liées à l'introduction de l'agriculture commerciale chez les Bwa (Haute-Volta)", Thèse de 3^e cycle, géographie, Montpellier 3, p 255
- PASNIK (F), 1984 "Mimétisme sanitaire : frein au développement (les pays francophones d'Afrique de l'ouest)", Thèse de doctorat de 3^e cycle Université Paris I, sciences économiques, sciences humaines, sciences juridiques - 2 tomes, p 450
- SANGLI (G), 1991 "Approche éco-géographique de la transmission du paludisme, perception et innovation en santé à la vallée du Kou (Burkina Faso)", Mémoire de maîtrise de géographie, Université de Ouagadougou, p 150
- SANOU (P), 1989 "La ceinture maraîchère de Bobo-Dioulasso, l'expérience du pays Bobo", Mémoire de maîtrise de géographie, Université de Ouagadougou, p 120
- SOME (M), 1992 "La christianisation de l'ouest volta de la révolution sociale au conflit culturel et l'éveil politique 1927-60", Thèse de doctorat d'histoire, Université Paris IV, 2 tomes, p 543
- THIAM (L), 1983 "Le problème des transports en Haute-Volta (de 1986 à nos jours)", Thèse 3^eème cycle Histoire et Civilisation, Université de Strasbourg II, p 246
- VASSALLUCCI (JP), 1988 "Gbafo Kù : peuplement du site de Banfora (Burkina Faso)", Thèse de doctorat ès sciences, Université de Provence, p 359

PUBLICATION DU MINISTERE DE LA SANTE/OMS/BANQUE MONDIALE

- ADESCO, 1993 "Eléments de connaissance du département de Orodara, province du Kénédougou", Ministère du Plan Bobo Dioulasso, p 35
- BANQUE MONDIALE, 1993 "Rapport sur le développement dans le monde 1993 "Investir dans la santé", p 339
- DIRECTION GENERALE DE BOBO-DIOULASSO, "Etude de milieu : monographie du Kénédougou", ministère 2^eème plan quinquennal de développement populaire province du Houet, de la Comoé, du Kénédougou, p 90
- DPS Houet, "Plan quinquennal de développement sanitaire 1991-95", tome 1, ministère
- DPS Houet, 1993 "Mise en oeuvre de l'initiative de Bamako 1993", "Programme budget pour la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako", p16
- GOUVERNEMENT GENERAL D'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANCAISE, 1996 "Service médical du Haut Sénégal et Niger", p 46

| | |
|--|---|
| HAGBERG (S), 1990 | "Étude sociologique de cinq terroirs villageois dans les provinces de la Comoé et du Kéné Dougou", Ministère de l'environnement et du Tourisme, Ouagadougou, p 113 |
| INSD, 1993 | Enquêtes démographiques et de santé, ministère |
| INSD, 1991 | Enquêtes démographiques : 1/ état de la population, habitat et ménage 2/ phénomènes démographiques 3/ santé maternelle et infantile, planification familiale, ministère |
| INSD, 1987, 1988, 1989-90, 1991-92 | Annuaire statistiques, données socio-économiques, ministère |
| INSD, 1975 | Recensement général de la population, ministère |
| Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage | CRPA des Hauts Bassins, Rapports de campagne, 1991/92, 1993/94 |
| Ministère de l'agriculture et de l'Élevage Burkina Faso, 1981 | "Schéma directeur de la mise en valeur de la zone aménagée de Sidéradougou - Rapport de synthèse", p 64 |
| Ministère de l'Enseignement, Supérieur et de la Recherche Scientifique, CNRST, IRSSH, 1988 | "Étude des maladies parasitaires et infectieuses liées à l'environnement et aux conditions de travail dans le périmètre rizicole aménagé de la vallée du Kou", p 68 |
| Ministère de la Coopération et du Développement, 1989 | "Évaluation de l'aide française au Burkina Faso", p 200 |
| Ministère de la Coopération Française, Projet HCK, 1989 | "Rapport d'activité du projet d'appui au développement sanitaire des 3 provinces Houet-Comoé-Kéné Dougou", Projet HCK, Bobo-Dioulasso, p 41 |
| Ministère de la Coopération française", 1986 | "Projet de lutte intégrée contre les glossines dans la zone de Sidéradougou", (Burkina Faso), p 9 |
| Ministère de la Coopération Française, 1979 | Dossier d'information sur la population de Haute Volta |
| Ministère de la Planification et du Développement Populaire, | 1er plan quinquennal de développement populaire de la province du Kéné Dougou, p 57 |
| Ministère de la Planification et, du Développement Populaire, Burkina Faso, 1986 | Semaine nationale "population et développement", p 240 |
| Ministère de la Planification et Développement Populaire Burkina Faso, 1986 | 1er plan quinquennal de Développement populaire, de la province du de la Comoé, p 63 |
| Ministère de la Planification et, du Développement Populaire, Burkina Faso | "Programme populaire de développement 1984-86 - Conseil National de la révolution - An 2" |
| Ministère de la Planification et du Développement Populaire, Burkina Faso, 1986 | 1er plan quinquennal de développement populaire de la province du Houet, p 21 |

| | |
|--|---|
| Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et de la famille, Burkina Faso, 1993 | "Province du Houet programme annuel", p 72 |
| Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et de la famille, Burkina Faso, 1988 | "Opération un village, un PSP", rapport de cellule de suivi des PSP 1986-87, p 55 |
| Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Burkina Faso, 1990 | "Enquête nationale de couverture vaccinale par province", p 183 |
| Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Burkina Faso, DEP | "Rapport annuel, statistiques socio-sanitaires, 1988, 1989" |
| Ministère de la santé et de l'action sociale, Burkina Faso, DEP, 1989 | " Rapport annuel, statistiques socio-sanitaires" |
| Ministère de la Santé Publique, Burkina Faso, 1985 | "Etudes, planification et statistiques sanitaires" |
| Ministère de la Santé Publique, République de Haute-Volta, 1983 | "Atelier national sur les soins de santé primaires", p 78 |
| Ministère de la Santé, 1994 | "Liste nationale des médicaments essentiels", |
| Ministère des Finances et du Plan, 1993 | "Population et développement dans la province du Houet", p 83 |
| Ministère des Transports et de la Communication - Direction de la Météorologie | "Bulletins pluviométriques annuels de 1980 à 1994" |
| Ministère du Plan - division régionale de la planification de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso | "Deuxième plan quinquennal de développement populaire 1991-95, programmes sectoriels" |
| Ministère du Plan - division régionale de la planification de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso | "Premier plan quinquennal de développement populaire 1986-90, politiques sectorielles" |
| O M S, 1974 | Cahiers Techniques Afro, n° 7 |
| OCCGE, 1989 | "La formation en santé publique à l'école supérieure des sciences de la santé de Ouagadougou: place de l'épidémiologie", p 6 |
| OCCGE, 1961 | "Projet relatif au financement d'une campagne de lutte contre l'onchocercose, tentative d'éradication du foyer voltaïque, étude du foyer soudanais", p 44 |
| OCCGE, 1966 | "L'onchocercose humaine dans le foyer de la Bougouriba", République de Haute Volta, p 40 |
| OCCGE, 1961 | "Plan d'établissement d'une zone pilote sur la Volta Noire", p 22 |

| | |
|-------------------------------------|--|
| OCCGE, 1968 | "Enquêtes bilarsioses dans le cercle de Banfora - résultats concernant l'onchocercose dans 6 cantons", 8è conférence technique Bamako 19-23 avril, p 5 |
| OCCGE, 1965 | "L'onchocercose en Haute-Volta", p 5 |
| OMS, | "10 années de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest 1974-84" |
| OMS, FISE, 1978 | "Les soins de santé primaires" |
| OMS/UNICEF, 1983 | "Soins de santé primaires. Expériences de 9 pays de la région africaine", Mali, p 61 |
| SDAU, 1990 | Schéma de Développement et d'Aménagement Urbain, Ministère de l'Équipement, Bobo Dioulasso |
| SOCIETE SUCRIERE DE LA COMOE, 1991. | "Atelier national sur la restructuration de la filière sucre dans le cadre du PASA", Banfora, Tome 1, p 8 - Tome 2, p 40 - Tome 3, p 43 |

TABLE DES TABLEAUX

| | | |
|------------|--|-----|
| Tableau 1 | Ecarts de peuplement entre les cinq principales villes du Burkina Faso selon le recensement de 1975 et 1985 | 108 |
| Tableau 2 | Taux de croissance annuelle des villes entre 1975 et 1985 au Burkina Faso | 109 |
| Tableau 3 | Evolution de la taille des deux principales villes du Burkina Faso | 114 |
| Tableau 4 | Situation de l'équipement sanitaire au Burkina Faso | 131 |
| Tableau 5 | Nombre de structures de soins réparties sur le territoire burkinabé | 132 |
| Tableau 6 | Part du budget santé au Burkina Faso depuis l'indépendance | 137 |
| Tableau 7 | Evolution du budget santé au Burkina Faso | 140 |
| Tableau 8 | Ventilation du budget santé par secteur | 140 |
| Tableau 9 | Villes dotées d'une structure de soins tertiaires en 1993 | 149 |
| Tableau 10 | Taille des plus gros villages selon le recensement de 1985 dans le Sud Ouest et croissance annuelle dans le HCK | 165 |
| Tableau 11 | Taux de croissance annuel des villes communes urbaines et villages disposant d'un aménagement entre 1975 et 1985 dans le Sud-Ouest | 170 |
| Tableau 12 | Taille moyenne des villes en 1975 et 1985 dans le HCK | 181 |
| Tableau 13 | Croissance des villages par groupe entre 1975 et 1985 | 182 |
| Tableau 14 | Evolution de la taille des villes de plus de 5000 habitants entre 1975 et 1985 | 184 |
| Tableau 15 | Evolution des densités de population dans le Sud-Ouest | 186 |
| Tableau 16 | Superficies et densités rurales par département en 1975 et 1985 | 187 |
| Tableau 17 | Taille et croissance des villages dans le Houet en fonction de leur éloignement au CSPS | 198 |
| Tableau 18 | Evolution dans le temps de la création des dispensaires | 202 |
| Tableau 19 | Evolution de la population entre 1975 et 1993 autour de Kiéné | 210 |
| Tableau 20 | Part de chaque ethnie par village en 1993 autour de Kiéné | 211 |
| Tableau 21 | Sex-ratio des villages autour de Kiéné en 1993 | 212 |
| Tableau 22 | Croissance de population entre 1975 et 1985 dans la province du Houet | 213 |
| Tableau 23 | Taux de croissance entre 1975 et 1985 par département | 216 |
| Tableau 24 | Indice de masculinité pour les villages entre 3000 et 5000 habitants en 1975 dans le HCK | 221 |
| Tableau 25 | Distribution par groupe d'âge de la population | 222 |
| Tableau 26 | Distribution par âge de la population selon la taille des villages dans la province du Houet | 223 |
| Tableau 27 | Part de chaque classe d'âge selon l'ethnie autour de Kiéné | 224 |
| Tableau 28 | Part des allochtones par rapport au total des chefs d'exploitation dans les villages | 231 |
| Tableau 29 | Evolution de la pluviométrie dans la province du Houet | 236 |
| Tableau 30 | Source de financement des CSPS depuis 1970 | 247 |
| Tableau 31 | Banfora : évolution de la population | 255 |
| Tableau 32 | Situation des villages et de la population par rapport au réseau de communication | 256 |
| Tableau 33 | Distance des infrastructures par rapport à la route en 1993 dans le Houet | 262 |
| Tableau 34 | Evolution de la taille des villages en fonction de leur équipement entre 1975 et 1985 | 263 |
| Tableau 35 | Distance des structures de soins par rapport à la route en 1989 dans le HCK | 264 |
| Tableau 36 | Importance des marchés dans la province du Houet en 1993 | 267 |
| Tableau 37 | Villages CSPS avec fonctions administratives à des périodes différentes | 274 |
| Tableau 38 | Répartition des structures de soins en 1989 | 287 |
| Tableau 40 | Evolution des indicateurs démographiques au Burkina Faso | 292 |
| Tableau 41 | Situation des pays limitrophes en 1992 | 292 |
| Tableau 42 | Fréquentation des CSPS selon les rapports mensuels en 1992 | 298 |
| Tableau 43 | Fréquentation des structures de soins du nord est du Houet en 1992 | 310 |
| Tableau 44 | Distances des habitants du Houet par rapport au CSPS en 1989 et 1992 | 316 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Tableau 45 | Nombre d'épisodes morbides en fonction de la distance des villages par rapport au CSPS dans la province du Houet uniquement | 323 |
| Tableau 46 | Indépendance entre situation observée en 1992 et situation théorique | 326 |
| Tableau 47 | Ethnie et durée d'exercice des infirmiers de 3 CSPS du Houet | 335 |
| Tableau 48 | Indépendance : écarts entre situation observée en 1992 et situation théorique | 339 |
| Tableau 49 | Importance du recours par village selon les CSPS, villages appartenant à l'aire de responsabilité de Karangasso-Sembla | 341 |
| Tableau 50 | Répartition ethnique à Kéré et ses environs | 347 |
| Tableau 51 | Evolution du nombre d'écoles dans le nord-est du Houet | 352 |
| Tableau 52 | Evolution des prix du coton | 352 |
| Tableau 53 | Campagne cotonnière à Kéré | 353 |
| Tableau 54 | Fréquentation du CSPS de Kéré ente 1989-1992 et 1993 | 354 |
| Tableau 55 | Distances des villages avec le CSPS de Kéré | 356 |
| Tableau 56 | Fréquentation du CSPS de Kéré par village | 358 |
| Tableau 57 | Le recours à d'autres CSPS | 359 |
| Tableau 58 | Fréquentation du CSPS de Kéré par ethnie en 1992 | 361 |
| Tableau 59 | Répartition ethnique en fonction de l'éloignement du CSPS | 362 |
| Tableau 60 | Fréquentation par "groupe d'âge" au CSPS de Kéré | 362 |
| Tableau 61 | Part des épisodes morbides par "groupe d'âge" parmi les villages "consultants" en 1989 (en%) | 364 |
| Tableau 62 | Variations saisonnières des principales pathologies | 366 |
| Tableau 63 | Répartition ethnique dans la plaine en 1995 | 381 |
| Tableau 64 | Ancienneté d'établissement des différentes ethnies les plus représentées . | 383 |
| Tableau 65 | Répartition de la population dans la plaine | 387 |
| Tableau 66 | Destination des malades résidant dans la plaine en 1992 | 388 |
| Tableau 67 | Densités de population à Bobo Dioulasso en 1986 selon le SDAU | 403 |
| Tableau 68 | Répartition des établissements de santé dans la ville de Bobo Dioulasso en 1993 | 408 |
| Tableau 69 | Nombre d'hospitalisés par service en 1985 à l'HN | 422 |
| Tableau 70 | Répartition du nombre d'hospitalisés en 1990 | 423 |
| Tableau 71 | Recrutement du CHR de Bobo Dioulasso hors des frontières en 1993 ... | 424 |
| Tableau 72 | Nombre d'hospitalisés de février à mars 1993 | 424 |
| Tableau 73 | Origine géographique des patients référés et non référés par une structure de soins en pédiatrie et chirurgie en 1993 | 427 |
| Tableau 74 | Nombre d'étapes des hospitalisés avant l'arrivée à l'HN de Bobo Dioulasso | 429 |
| Tableau 75 | Temps écoulé avant la prise en charge du mal par l'HN dans le service chirurgie | 430 |

TABLE DES FIGURES

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figure 1 | Le Burkina Faso situation des espaces témoins | 11 |
| Figure 2 | Le Burkina Faso à la fin du 19ème siècle | 20 |
| Figure 3 | Principales routes commerciales à l'ouest des Volta et direction des principaux groupes ethniques | 25 |
| Figure 4 | Itinéraires commerciaux en Afrique Occidentale | 33 |
| Figure 5 | La colonie de Haute Volta en 1919 | 47 |
| Figure 6 | Localisation des dispensaires de Haute Volta au début des années 1930 | 61 |
| Figure 7 | Les postes de missions catholiques de 1890 à 1941 | 64 |
| Figure 8 | La Haute Volta rayée de la carte (1933-1947) | 74 |
| Figure 9 | Localisation des forêts classées au Burkina Faso | 80 |
| Figure 10 | Périmètres existants (plus de 50 ha) et projet d'irrigation au Burkina .. | 89 |
| Figure 11 | Evolution du découpage administratif | 98 |
| Figure 12 | Localisation des villes et communes urbaines en 1985 | 105 |
| Figure 13 | Taille des villes en 1985 au Burkina Faso et croissance démographique entre 1975-85 | 110 |
| Figure 14 | Relation rang-taille des villes en 1975 et en 1985 | 112 |
| Figure 15 | Schéma de l'évolution historique du Burkina Faso..... | 118 |
| Figure 16 | Evolution de la part du budget santé dans le budget national | 137 |
| Figure 17 | Densités de population par province en 1985..... | 141 |
| Figure 18 | Tailles moyennes des villages par province en 1985 | 144 |
| Figure 19 | Charge potentielle des CSPPS par province en 1993 | 146 |
| Figure 20 | Solde migratoire en 1985 au Burkina Faso | 146 |
| Figure 21 | Répartition des structures de soins au Burkina Faso | 151 |
| Figure 22 | Répartition des structures de soins dans le HCK..... | 163 |
| Figure 23 | Relation rang-taille des villes du HCK..... | 168 |
| Figure 24 | Répartition de la population en 1985..... | 169 |
| Figure 25 | Evolution de la population rurale entre 1975 et 1985 | 170 |
| Figure 26 | Répartition des ethnies | 178 |
| Figure 27 | Rôle des gros villages dans l'organisation de l'espace | 183 |
| Figure 28 | Densité de population par isoligne en 1975..... | 189 |
| Figure 29 | Densité de population par isoligne en 1985..... | 190 |
| Figure 30 | Date dans le temps des CSPPS dans le Houet | 201 |
| Figure 31 | Comparaison entre l'évolution de la création des CSPPS et les recensements nationaux de population | 203 |
| Figure 32 | Espace d'immigration dans le Sud-Ouest au début des années 1990..... | 208 |
| Figure 33 | Culture du coton au Burkina Faso campagne 1988/89 | 232 |
| Figure 34 | Production commercialisée de coton dans le Houet en 1991 et 1993 ... | 235 |
| Figure 35 | Répartition de l'habitat | 242 |
| Figure 36 | Répartition des équipements en milieu rural dans la province du Houet en 1993 | 261 |
| Figure 37 | Nombre de scolarisés dans le Houet en 1993 et part des filles dans la scolarisation | 265 |
| Figure 38 | Localisation des marchés dans la province du Houet | 269 |
| Figure 39 | Localisation des gros marchés et des CSPPS | 270 |
| Figure 40 | Aire de responsabilité des CSPPS dans le Houet..... | 277 |
| Figure 41 | Charge potentielle par CSPPS en 1992 | 281 |
| Figure 42 | Le sud-ouest : une situation complexe | 284 |
| Figure 43 | Fréquentation des CSPPS en 1989 dans le HCK | 301 |
| Figure 44 | Variation des épisodes morbides en nombre et en pourcentage par CSPPS en 1989 en 1992..... | 303 |
| Figure 45 | Nombre et taux d'épisodes morbides par village en 1992 dans le Houet | 307 |
| Figure 46 | Distance du CSPPS à "vol d'oiseau" dans le HCK | 314 |
| Figure 47 | Distance entre village et CSPPS (déclarée par les infirmiers) | 317 |
| Figure 48 | Relation des dispensaires et des populations avec les populations des provinces limitrophes | 321 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| | provinces limitrophes | 321 |
| Figure 49 | Personnel de santé nommé par l'Etat | 327 |
| Figure 50 | Ethnie de l'infirmier en 1992 | 331 |
| Figure 51 | Localisation des dépôts pharmaceutiques en 1992 | 337 |
| Figure 52 | Présentation du CSPS de Kiéré dans le nord est de la province du Houet | 344 |
| Figure 53 | Production commercialisée de coton en 1993 dans le nord est du Houet .. | 350 |
| Figure 54 | Fréquentation des CSPS par village et taux d'épisodes morbides en 1992 | 355 |
| Figure 55 | Diagramme ombrothermique de Houndé | 365 |
| Figure 56 | Relations matrimoniales entretenues par Kiéré | 368 |
| Figure 57 | Attraction des guérisseurs | 368 |
| Figure 58 | Présentation des hameaux et villages enquêtés dans la plaine | 377 |
| Figure 59 | Répartition ethnique dans la plaine | 380 |
| Figure 60 | Origine des migrants de la plaine | 382 |
| Figure 61 | Origine des migrants Mossi de la plaine | 384 |
| Figure 62 | Répartition de la population dans la plaine | 386 |
| Figure 63 | Photo aérienne | 390 |
| Figure 64 | Découpage de Bobo Dioulasso par quartier et secteur | 399 |
| Figure 65 | Typologie des quartiers de Bobo Dioulasso | 405 |
| Figure 66 | Répartition des services de santé à Bobo Dioulasso | 412 |
| Figure 67 | Le principe de subsidiarité en 1992 | 414 |
| Figure 68 | Evacuations sanitaires réalisées par l'ONG Burkina Secours | 417 |
| Figure 69 | Photo aérienne de Bobo Dioulasso | 419 |

TABLE DES ANNEXES

| | | |
|-----------|--|-----|
| Annexe 1 | Etendue du pays mossi au Burkina Faso | 437 |
| Annexe 2 | Etendue des pays Bwa et Bobo | 438 |
| Annexe 3 | Itinéraires des capitaines Binger et Monteil à travers le Burkina Faso .. | 439 |
| Annexe 4 | Nombre de trypanosomés dépistés chaque année en Afrique de l'ouest francophone jusqu'en 1982 | 440 |
| Annexe 5 | Etat de la trypanosomiase en AOF en 1920 | 441 |
| Annexe 6 | Projet d'irrigation, espaces non aménagés et distribution spatiale de la population en 1995 | 442 |
| Annexe 7 | Densité de population par département en 1975 | 443 |
| Annexe 8 | Nature et fonction des zones d'immigration, carte de synthèse | 444 |
| Annexe 9 | Population urbaine du Burkina Faso (plus de 10 000 habitants) | 446 |
| Annexe 10 | Répartition des structures de soins au Burkina Faso | 447 |
| Annexe 11 | Le trafic routier au Burkina Faso en 1987 | 448 |
| Annexe 12 | Evolution du découpage administratif | 449 |
| Annexe 13 | L'onchocercose dans le Sud-Ouest dans les années 1960..... | 450 |
| Annexe 14 | Intervention des sociétés dans la décennie 1960..... | 451 |
| Annexe 15 | Architecture des greniers..... | 452 |
| Annexe 16 | Evolution de la fréquentation entre 1989 et 1994 | 454 |
| Annexe 17 | La carte des temps d'évacuation | 455 |
| Annexe 18 | Tableau de contingence | 458 |
| Annexe 19 | Répartition des CSPS autour du HCK | 459 |
| Annexe 20 | Le système de santé à travers les timbres | 460 |

| | |
|---|------------|
| AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS..... | 7 |
| INTRODUCTION GENERALE..... | 7 |
| PREMIERE PARTIE | |
| ORGANISATION TERRITORIALE DU BURKINA FASO SANTE ET SYSTEME DE SOINS | 16 |
| CHAPITRE I-L'OFFRE DE SOINS REFLET DES LOGIQUES SPATIALES DES POUVOIRS SUCCESSIFS | 19 |
| <i>I- ESQUISSE D'UNE ORGANISATION TERRITORIALE A L'AUBE DE LA COLONISATION.....</i> | <i>19</i> |
| 1 - Des systèmes d'organisation sociale fort différents..... | 19 |
| a - Un territoire à l'écart des grands empires..... | 21 |
| b- Le sud-ouest : une occupation humaine diverse..... | 22 |
| c- Le sud-ouest : l'histoire comme explication des faibles densités..... | 27 |
| 2 - Situation précoloniale : des jalons sur les pistes caravanières..... | 31 |
| <i>II- POLITIQUE DE CONQUETE ET SERVICES DE SANTE.....</i> | <i>36</i> |
| 1 - La course au territoire..... | 36 |
| 2 - Les "pays des Volta" : un ensemble périphérique..... | 39 |
| a - Constitution de la colonie du Haut-Sénégal-Niger..... | 39 |
| b - L'organisation sanitaire au début de la colonisation..... | 42 |
| c - L'offre de soins héritière du passé | 44 |
| CHAPITRE II-EMERGENCE DE NOUVEAUX POLES ET MULTIPLICATION DES EQUIPEMENTS SANITAIRES DE 1919 A 1959..... | 46 |
| <i>I- L'ORGANISATION TERRITORIALE DE 1919 A 1932</i> | <i>48</i> |
| 1 - Le gouverneur Hesling et la politique de développement économique..... | 49 |
| a - La culture du coton et "l'exportation" de main-d'oeuvre | 49 |
| b - Le rôle déterminant des voies de communication dans l'organisation de l'espace..... | 52 |
| 2 - Un réseau sanitaire peu développé et dépendant du découpage administratif..... | 59 |
| a - Evolution de l'organisation du réseau sanitaire | 59 |
| b - Les missionnaires, les populations et la santé..... | 63 |
| 3 - Les grandes endémies et la politique coloniale avant le démembrement de la..... | 66 |
| <i>II- LA FIN D'UNE EXPLOITATION "INCONSIDEREE" DU TERRITOIRE BURKINABE ? : 1932-1959.....</i> | <i>73</i> |
| 1 - 1932 : la disparition de la colonie, 1947 : "la renaissance"..... | 75 |
| 2 - Les années 1930 à 1950 : la lutte contre les grandes endémies..... | 77 |
| CHAPITRE III-DYNAMIQUE DE LA POPULATION ET MEDECINE DE L'INDEPENDANCE..... | 85 |
| <i>I- L'ORGANISATION TERRITORIALE ACTUELLE. CONSEQUENCE DE LA COLONISATION</i> | <i>86</i> |
| 1 - Le recul des grandes endémies et les aménagements hydro-agricoles..... | 86 |
| 2 - Une répartition humaine peu homogène..... | 92 |
| a - L'influence du découpage administratif | 92 |
| b- La modification des aires de peuplement issue des mouvements internes de la population | 100 |
| 3 - Une faible urbanisation..... | 104 |

| | |
|---|------------|
| a - Des villes peu nombreuses..... | 104 |
| b - La hiérarchie urbaine..... | 108 |
| c - L'apparition des déséquilibres régionaux : le leg du passé..... | 119 |
| <i>II - SYSTEME ET CONTINUITÉ.....</i> | <i>120</i> |
| 1 - La politique sanitaire des années 1960 à 1978 : la continuité de la politique coloniale..... | 121 |
| 2 - Vers une redéfinition du système de santé : de 1978 à 1990..... | 123 |
| <i>III - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME ACTUEL.....</i> | <i>128</i> |
| 1- Un système sanitaire hiérarchisé..... | 129 |
| 2 - Des choix budgétaires en faveur du milieu urbain ?..... | 135 |
| a - Des stratégies indissociables de l'intervention extérieure..... | 135 |
| b - Un budget santé réduit à la portion congrue..... | 138 |
| <i>IV - CENTRES DE SOINS : UNE DISTRIBUTION INFLUENCEE PAR L'ORGANISATION SPATIALE.....</i> | <i>142</i> |
| 1 - Répartition humaine et structures de soins de base au Burkina Faso..... | 142 |
| 2 - Une implantation des structures de soins spécialisées influencée par l'organisation administrative..... | 148 |
| | |
| DEUXIEME PARTIE L'OFFRE DE SOINS DANS LE SUD- OUEST..... | 157 |
| | |
| LA PROVINCE DU HOUEY, UN EXEMPLE D'ORGANISATION DU RESEAU SANITAIRE..... | 157 |
| CHAPITRE I-DENSITES, DYNAMISMEDEMOGRAPHIQUES ET EQUIPEMENT SANITAIRE..... | 160 |
| I - LA HIERARCHIE SANITAIRE DU SUD-OUEST..... | 160 |
| II - LA PRESENCE D'UNE STRUCTURE DE SOINS :..... | 167 |
| CRITERE D'URBANITE ?..... | 167 |
| III - UN TERRITOIRE FAIBLEMENT HUMANISE..... | 174 |
| 1 - 1975 : des disparités spatiales marquées..... | 176 |
| 2 - 1985 : Vers un rééquilibrage du peuplement ?..... | 179 |
| IV - DES CONCENTRATIONS HUMAINES PONCTUELLES, FACTEURS D'EVOLUTION..... | |
| DES STRUCTURES DE SOINS DE BASE..... | 185 |
| 1 - Densités et répartition ethnique..... | 185 |
| 2 - Mômes démographiques : un couloir ignoré par la politique sanitaire..... | 191 |
| a - Les espaces d'implantation privilégiés des immigrants..... | 191 |
| b - Un nombre croissant de structures de soins de base..... | 195 |
| c - Le temps dans la répartition des CSPA..... | 200 |
| CHAPITRE II - OCCUPATION DE L'ESPACE ET RISQUES SANITAIRES..... | 206 |
| I - LE SUD-OUEST : UN ESPACE D'IMMIGRATION..... | 206 |
| 1 - Les mouvements de population internes à la province..... | 206 |
| 2 - Les mouvements interprovinciaux..... | 207 |
| 3 - Un dynamisme démographique soutenu..... | 213 |

| | |
|--|---------|
| 4 - Une population jeune..... | 219 |
| II - LES RISQUES SANITAIRES PASSES ET LEURS CONSEQUENCES ACTUELLES..... | 224 |
| 1 - Le milieu naturel : une opposition spatiale marquée..... | 224 |
| 2 - Les enquêtes sanitaires dans les années 1960..... | 227 |
| III - LES ACTIVITES AGRICOLES COMMERCIALES : UN FACTEUR DE LOCALISATION DES STRUCTURES DE SOINS ?..... | 229 |
| 1 - Une région agricole riche : zone de développement de la culture cotonnière..... | 230 |
| a - Une adoption massive de la culture du coton..... | 230 |
| b - La production de coton dans le Houet..... | 234 |
| 2 - Les aménagements hydro-agricoles et les risques sanitaires..... | 238 |
| III - CONSEQUENCES DES NOUVELLES PRATIQUES AGRICOLES : UNE PLUS GRANDE OUVERTURE AUX INNOVATIONS ?..... | 241 |
| 1 - L'habitat traditionnel..... | 243 |
| 2 - Les mutations de l'organisation agraire et de l'habitat..... | 245 |
| CHAPITRE III - OFFRE DE SOINS ET TERRITOIRE..... | 249 |
| I - LES VOIES DE COMMUNICATION EN QUESTION..... | 249 |
| 1- Orientation des voies de communication..... | 250 |
| 2 - Répartition de la population le long des axes de communication..... | 253 |
| II - LOCALISATION DES STRUCTURES PUBLIQUES ET TRADITIONNELLES..... | 259 |
| 1 - Influence de l'Etat sur l'organisation de l'espace..... | 259 |
| a- des localisations préférentielles pour les équipements publics..... | 259 |
| b - les marchés..... | 267 |
| 2 - Le maillage sanitaire en évolution permanente..... | 272 |
| a - Le découpage administratif : des limites fluctuantes..... | 272 |
| b - Aires de responsabilité : un déséquilibre spatial..... | 276 |
| TROISIEME PARTIE "LE PARADOXE SANITAIRE"..... | 289 |
| CHAPITRE I - LE RECOURS AUX SOINS PUBLICS ET LES CRITERES D'EVALUATION..... | 291 |
| I - DES INFORMATIONS STATISTIQUES CRITIQUABLES MAIS REVELATRICE..... | 296 |
| D'UNE FAIBLE FREQUENTATION..... | 296 |
| 1- Les indicateurs de santé : des moyennes masquant les variations..... | 296 |
| 2 - Méthodologie de l'analyse de la fréquentation..... | 298 |
| a- Les registres de consultations : un manque de précision géographique..... | 298 |
| b- Evaluation de la qualité des statistiques officielles..... | 301 |
| 3 - Une fréquentation en diminution..... | 305 |
| a - Volume d'activité des structures de soins..... | 305 |
| b - Impact de la création de nouveaux CSPS ou de leur réouverture..... | 309 |
| II - LA DISTANCE PHYSIQUE : UNE NOTION RECURRENTE DANS..... | 312 |
| L'ANALYSE DE LA FREQUENTATION..... | 312 |

| | |
|--|-----|
| 1 - La route, une accessibilité facilitée..... | 315 |
| 2 - La distance physique, obstacle à l'accessibilité le plus cité..... | 317 |
| a - Les distances euclidienne..... | 317 |
| b - La distance pas toujours un obstacle pour les populations..... | 320 |
| 3 - Un faible recours aux structures de soins..... | 322 |
| 4 - Densités et utilisation des services de soins modernes..... | 326 |
| a - Un nombre d'épisodes morbides révélateur de la localisation des établissements de soins..... | 326 |
| b - Représentation des "consultants" : des limites naturelles et administratives exacerbées..... | 330 |
| III - AUTRES DISTANCES..... | 338 |
| 1- Les distances psychologiques et le personnel de santé..... | 338 |
| a - Entre soins curatifs et soins préventifs..... | 338 |
| b - Des fonctionnaires qui se sentent délaissés..... | 339 |
| c - Des infirmiers en perpétuel mouvement..... | 342 |
| 2 - De l'influence des dépôts pharmaceutiques..... | 346 |
| a - Des dépôts privés aux dépôts "associatifs", une localisation spécifique..... | 346 |
| b - Une relation étroite entre la présence d'une pharmacie et la fréquentation..... | 348 |
| CHAPITRE II - L'IMPACT DES ACTIVITES ECONOMIQUES SUR LA FREQUENTATION..... | 352 |
| I- UN CSPTS DE LA ZONE COTONNIERE : KIERE..... | 352 |
| 1 - Un établissement isolé..... | 352 |
| 2 - Localisation et organisation des villages..... | 355 |
| II- DISPARITES ECONOMIQUES..... | 360 |
| 1- Des pratiques agricoles diverses..... | 360 |
| 2 - La fréquentation du CSPTS de Kiéré..... | 364 |
| III - ITINERAIRES THERAPEUTIQUES..... | 376 |
| CHAPITRE III - L'ABSENCE D'UNE STRUCTURE DE SOINS SYNONYME D'ENCLAVEMENT..... | 384 |
| I- LES PSP : LA CONCRETISATION RAPIDE DE LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE..... | 384 |
| 1 - Un rapprochement entre population et soins de santé moderne..... | 384 |
| 2 - L'échec..... | 386 |
| II- UN ISOLEMENT "SANITAIRE" : LA PLAINE..... | 389 |
| 1 - Un espace faiblement peuplé mais de plus en plus attractif..... | 389 |
| a - Un espace enclavé..... | 389 |
| b - Une population originaire du sud-ouest..... | 391 |
| 2 - La variété des recours sanitaires..... | 394 |
| a - Des structures périphériques différemment sollicitées..... | 394 |
| b - Un exemple de l'utilisation du réseau hospitalier..... | 397 |
| CHAPITRE IV - LES STRUCTURES DE SOINS DE L'ESPACE URBAIN: UNE ATTRACTION LIMITEE..... | 401 |
| I- LA VILLE ET LES STRUCTURES DE SOINS..... | 402 |
| 1 - Attraction de la ville..... | 402 |
| 2 - La ville et son organisation..... | 403 |
| a - Une morphologie entre ruelles étroites et lotissements..... | 403 |

| | |
|--|----------------|
| b - Une occupation variée de l'espace par les populations..... | 408 |
| 3 - Le réseau sanitaire urbain public et le développement des établissements..... | 413 |
| privés..... | 413 |
| a - Distribution des ressources publiques..... | 413 |
| b - Entre para-public et privé lucratif : une esquisse de l'organisation spatiale urbaine..... | 414 |
| <i>II - LA PLANIFICATION SANITAIRE IGNOREE DE LA POPULATION.....</i> | <i>419</i> |
| 1 - L'organisation du système de référence..... | 419 |
| 2 - Le principe de subsidiarité rarement utilisé..... | 423 |
| <i>III - L'AIRES D'INFLUENCE DE L'HOPITAL NATIONAL A TRAVERS DIFFERENTS SERVICES.....</i> | <i>426</i> |
| 1- La place de l'hôpital dans la ville..... | 426 |
| a - Une position géographique centrale..... | 426 |
| b - Organisation interne de l'hôpital et déroulement des enquêtes..... | 427 |
| 2 - L'attraction de l'HN de Bobo-Dioulasso..... | 429 |
| 3 - Une hiérarchie sanitaire transgressée..... | 432 |
| a - Un comportement différent selon l'origine des patients..... | 432 |
| b - L'hôpital national : la dernière étape d'un itinéraire thérapeutique parfois long..... | 435 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 461 |
| TABLE DES TABLEAUX..... | 481 |
| TABLE DES FIGURES..... | 483 |
| TABLE DES ANNEXES..... | 485 |
| TABLE DES MATIERES..... | 486 |