



Mémoire
Présenté par
AGBERE, Sitou

Faculté des Lettres et
Sciences Humaines
(FLESH)
DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE

**Qualité des soins de santé modernes dans
les structures sanitaires en Afrique
subsaharienne : recherche bibliographique**

OCTOBRE 2008

UNIVERSITE DE LOME



Faculté des Lettres et Sciences Humaines

(FLESH)

DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE

Laboratoire de Recherche sur la Dynamique des Milieux et des Sociétés

(LARDYMES)

Formation Doctorale

« *Société-Environnement-Aménagement* »

**QUALITE DES SOINS DE SANTE MODERNES DANS LES
STRUCTURES SANITAIRES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : :
Recherche bibliographique**

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETUDES APPROFONDIES
(DEA)

OPTION : GEOGRAPHIE DE LA SANTE

Présenté et soutenu par :

Sitou AGBERE

Sous la direction de :

Professeur Koffi Ayéchoro AKIBODE

OCTOBRE 2008

DEDICACE



*Ceux qui me procurent
Le sens de la vie et
La joie de vivre.*

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Même si l'initiative d'entreprendre cette étude vient de nous même, sa réalisation est le résultat de l'apport de "petites pierres" de la part de beaucoup de personnes. Ces dernières, avec leur multiples concours nous ont permis d'arriver jusqu'à terme de notre formation.

Par conséquent, nous manifestons notre profonde gratitude au Professeur **Ayéchoro Koffi AKIBODE**, pour la rigueur et l'amour de la géographie qu'il a su construire en nous. Nous le remercions de nous avoir fait découvrir la géographie de la santé dont nous sommes à présent passionné. Nous manquerons de mots justes pour le dire, mais qu'il soit sûr que le **LARDYMES** a créé en nous une nouvelle personnalité. Qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance particulière.

Notre gratitude ira également aux missionnaires qui sont se sont succédés et qui ont apporté chacun une énorme contribution à notre formation. Il s'agit du Professeur **Bonaventure MENGHO** (Université Marien N'gouabi, Congo) et du Professeur **Jérôme ALOKO-NGUESSAN** (Université de Cocody, Côte d'Ivoire) pour leur entière disponibilité lors de leur séminaire ; de messieurs **Antoine TOSSOU et Tchégnon ABOTCHI** (Université de Lomé) pour leur contribution à notre formation.

Nous manifestons nos sincères remerciements aux ATER Messieurs **Edinam KOLA** et **Koudzo SOKEMAWU** pour l'ambiance familiale qu'ils ont entretenue dans le laboratoire. Qu'ils veuillent accepter nos égards envers leur personne.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance et profonde gratitude au Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (**CODESRIA**), pour le soutien financier. La subvention nous a permis en effet de nous équiper en matériel informatique et d'avoir accès à des documents importants pour la rédaction de notre mémoire.

Nous ne saurions dire merci avec des mots exacts à tous ceux qui nous ont apporté leur soutien aussi bien moral, matériel que financier. Cependant, nous prions Messieurs **Baki ALIASSIM, Aboubakar MAMAH, Zoumarou K. AGBERE** et Mademoiselle **Chérifa MOUSSA** d'accepter nos sincères reconnaissances.

Nous remercions tous les amis de la promotion pour les échanges et l'ambiance qui a régné entre nous.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV : Antirétroviraux

BM : Banque Mondiale

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMS : Centre Médico Social

DGSCN : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

IRD : l'Institut de Recherche pour le Développement

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

ISO : International Organization for Standardization

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

SSP : Soins de Santé Primaires

UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

URD : Unité de Recherche Démographique

USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International

USP : Unité de Soins Périphériques

VIH : Virus de l'immunodéficience Acquis

LISTE DES CARTES

CARTE 1 : Réseau routier de la Préfecture de Blitta.....77

CARTE 2 : Carte sanitaire du district de Blitta.....82

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIER PARTIE : BIBLIOGRAPHIE SIGNALÉTIQUE ET ANALYTIQUE.....	4
CHAPITRE PREMIER : BIBLIOGRAPHIE SIGNALÉTIQUE.....	5
1.1 <i>Ouvrages généraux et d'intérêt méthodologique.....</i>	<i>6</i>
1.2 <i>Système de santé en Afrique subsaharienne.....</i>	<i>14</i>
1.3 <i>Accès, accessibilité et recours aux soins de santé.....</i>	<i>19</i>
1.4 <i>Effizienz des soins de santé.....</i>	<i>24</i>
CHAPITRE 2 : BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE.....	28
2.1 <i>Santé, fait social, "spatialisation de la société" :</i>	
<i>quelle méthodologie en géographie de la santé ?.....</i>	<i>29</i>
2.2 <i>Santé et systèmes de santé en Afrique subsaharienne.....</i>	<i>32</i>
2.3 <i>Accès, accessibilité et recours aux soins de santé modernes.....</i>	<i>34</i>
2.4 <i>Soins de qualité : entre efficacité, adéquation et satisfaction.....</i>	<i>37</i>
DEUXIEME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DE LA BIBLIOGRAPHIE.....	42
CHAPITRE 3 : QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ MODERNES DANS LES	
STRUCTURES SANITAIRES EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA :	
ANALYSE THÉMATIQUE.....	43
3.1 <i>Définition et clarification des concepts.....</i>	<i>44</i>
3.2 <i>Des Systèmes de santé marqués par une insuffisance notable.....</i>	<i>48</i>
3.3 <i>Déterminants de non recours aux soins de santé.....</i>	<i>54</i>
3.4 <i>Assurance qualité des soins de santé modernes.....</i>	<i>58</i>
TROISIEME PARTIE : PROJET DE THÈSE. THÈME : QUALITÉ DES SOINS DE	
SANTÉ MODERNES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BLITTA AU CENTRE-	
TOGO.....	61
CHAPITRE 4 : APPROCHE CONCEPTUELLE ET	
MÉTHODOLOGIQUE, ET MILIEU D'INVESTIGATION.....	63
4.1 <i>Approche conceptuelle.....</i>	<i>64</i>
4.2 <i>Approche méthodologique.....</i>	<i>70</i>
4.3 <i>Présentation de la zone d'étude : la préfecture de Blitta, une création coloniale.....</i>	<i>73</i>
CONCLUSION.....	83
ANNEXES.....	84
TABLE DES MATIÈRES.....	96

RESUME

La santé est un bien auquel toute personne aspire. En Afrique subsaharienne, les populations ont du mal à retrouver ce bien-être complet qu'est la santé, tout simplement parce que les soins de santé sont inégalement répartis. Ces soins sont difficiles d'accès et ne sont pas dans une large mesure, conformes, acceptables, sûrs et appropriés aux besoins exprimés par la population. Aussi le personnel médical est-il insuffisant au point d'assurer des soins continus et permanents. En plus, ils ne disposent pas du matériel approprié et tout le nécessaire pour garantir des soins qui donneront un meilleur résultat à leurs patients.

Mots clés : accès, accessibilité, besoin, conforme, qualité, santé, soins, système de soins.

ABSTRACT

Health is a good that anybody aspire. In sub-Saharan Africa, populations have difficulties to regain that complete new spelling which is health, simply because the treatments are not well distributed. That treatments not easily accessible and in large extent not comply, acceptable, sure and appropriate with the population express need. Therefore, the health personal is insufficient to the point to guarantee continuous and permanent treatment. Moreover, they don't have appropriate equipment and all the necessary, at their disposal to guarantee treatment which will give the best result to their patient.

Key words: access, accessibility, need, demand, quality, health, treatment, treatment, system.

INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne, avec près de 700 millions de personnes en 2004, aujourd'hui 916,5 millions d'habitants a longtemps été considérée par les démographes comme une région relativement homogène et résistante aux changements qui étaient en cours dans une bonne partie du monde depuis les années 50 ou 60. Depuis, la situation a bien changé. L'Afrique est rentrée dans une phase de transition démographique, mais se situe encore à une étape marquée par de forts taux de mortalité et une baisse sensible des naissances. Et pourtant, le dynamisme que connaît l'Afrique, loin d'accélérer son développement, constitue plutôt le germe de ses problèmes.

Mal partie, désenchantée, trahie par ses intellectuels, étranglée, avec ses paysans écrasés, ses terres massacrées, vulnérables, misérables etc., tels sont les termes utilisés dans les synthèses et analyses portant sur l'Afrique. L'Afrique en panne, malgré ses Politiques d'Ajustement Structurel et ses multiples projets de développement (NYASSOGBO, G.K., 2005) est aujourd'hui confrontée à une crise sans merci qui, tout en la marginalisant, entrave son processus de développement. La conséquence majeure de cette situation dramatique est l'aggravation de la pauvreté dans les villes, surtout les grandes métropoles tentaculaires. Cette situation est beaucoup plus grave dans les petites et moyennes villes.

Ces villes d'Afrique subsaharienne, dites petites et moyennes villes, sont souvent décrites comme des localités ni authentiquement rurales ni franchement urbaines (DUBRESSON, A., MARCHAL, J.Y., et RAISON, J.P, 1994). Elles sont considérées comme de fausses villes disqualifiées voire laminées par la "toute puissance". Elles sont confrontées avec ses campagnes voisines à un certain nombre de problèmes économiques, sociaux et culturels, à tel enseigne qu'on pense que leurs populations sont abandonnées, laissées à elles-mêmes, car les conditions de vie ne font que se dégrader. Elles souffrent de graves problèmes d'approvisionnement en eau potable, des conditions de production agricole contraignantes, et un réseau de communication défailant renforçant a priori leur situation d'enclavement, et surtout une insuffisance en infrastructures sanitaires, pourvoyeurs d'un "état de bien-être complet, physique, moral et social".

Face à cette situation sanitaire dégradante, les Etats se sont engagés à travers conférences, colloques et rencontres pour chercher à rétablir l'équilibre sanitaire. Dans les esprits des uns et des autres, le XXI^e siècle apportera la promesse d'une meilleure santé pour tous. Non seulement les populations vivront plus longtemps, mais aussi et surtout, jouiront d'une

meilleure qualité de vie et seront moins exposées à un risque d'incapacité et de maladie. Ainsi, la conférence d'Almat-Ata qui a eu lieu en 1978 en présence des délégations de 134 pays ainsi que de représentants d'organismes du système des Nations Unies, d'autres institutions et d'ONG, a marqué une étape importante dans la mise au point de la politique sanitaire des pays d'Afrique subsaharienne. Cette conférence a dénoncé l'état de santé, jugé inacceptable, d'une centaine de millions de personnes et a préconisé une nouvelle approche de la santé et des soins de santé, en vue de combler le fossé, entre favorisés et défavorisés, d'obtenir une distribution plus équitable des ressources pour la santé et de donner à tous les peuples du monde les moyens d'atteindre un niveau de santé, leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Elle a en outre affirmé que la démarche des soins de santé primaires s'imposait pour atteindre un niveau de santé acceptable dans le monde entier, considérant qu'un tel objectif était réalisable à condition que l'on utilise les ressources de façon plus complète et plus efficace.

Les soins de santé primaires sont des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ». Ils doivent être dirigés dans le sens de résoudre les principaux problèmes de santé, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet. C'est pour cela qu'ils mettent l'accent sur : l'éducation à la santé, notamment au contrôle des problèmes de santé, à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement, à la santé maternelle et infantile, à la vaccination contre les principales maladies infectieuses, au traitement approprié des maladies et traumatismes courants et à l'approvisionnement en médicaments essentiels. Cette politique sanitaire s'est concrétisée dans la majorité des pays en développement par l'offre des services de santé quasiment gratuits aux populations (BOUBOU, C. et al., 2002). Mais dans la réalisation de cette promesse d'accès à tous aux soins de santé, les budgets sanitaires des pays africains surtout ceux de l'Afrique subsaharienne ont connu une restriction, sous l'emprise des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel. Le vœu de la plupart des Etats d'Afrique subsaharienne de couvrir en partie des coûts de santé à partir des recettes publiques est donc venu alimenter la crise de financement des systèmes de santé (BRUNET-JAILLY, J. 1989, BM, 1987).

Pour solutionner cette crise de financement que connaissent les systèmes de santé, il a été non seulement indispensable de trouver de nouvelles sources de financement, mais aussi d'assurer une gestion rationnelle de celles déjà disponibles (RICHARD, J-L., 2001). Ainsi, la conférence des Ministres africains de la santé tenue à Bamako, a pris un certain nombre de mesures, notamment, l'accélération du programme de soins de santé primaires, l'attribution du statut prioritaire aux femmes et surtout la définition et la mise en place de mécanismes d'autofinancement au niveau du district. Ces différentes mesures regroupées sous le terme "Initiative de Bamako" préconisent l'équilibre sanitaire, pour les populations aux faibles revenus, par la promotion des centres de santé dits communautaires et par des thérapies à base des médicaments essentiels ou génériques (AVOUGLA, K., 2005).

Malgré ces efforts manifestes qui se sont traduits par des améliorations perceptibles de la couverture des soins de santé et de situation sanitaire (OMS, 1998, RICHARD, J-L., 2001), d'approvisionnement en eau potable, le renforcement de l'offre public de soins (AUDIBERT et al., 2004), l'augmentation des budgets de santé et de commandes des médicaments essentiels notamment les antirétroviraux pour les personnes vivant avec les VIH etc., l'état de santé des populations subsahariennes se dégrade et continue de se dégrader. Il présente une situation alarmante caractérisée par une couverture sanitaire assez faible, 20 à 25% au Togo, des difficultés d'accès aux centres existants, des taux de morbidité et de mortalité élevés, des ruptures régulières de stocks de médicaments, des plateaux techniques déficients ou obsolètes, une insuffisance de maintenance des équipements sanitaires et surtout le perfectionnement des compétences des professionnelles de la santé, bref un "système de santé en crise" (MEDARD, J-F, 2005). Au jour d'aujourd'hui, il se pose un problème profond de qualité des prestations sanitaires dans les pays en Afrique subsaharienne.

Ce présent travail se veut une approche bibliographique axée sur des thématiques ayant trait à la qualité des soins dispensés dans les espaces médicaux en Afrique au Sud du Sahara. Il comporte trois parties :

1. Bibliographie signalétique et analytique ;
2. Synthèse et analyse de la bibliographie ;
3. Projet de thèse.

PREMIERE PARTIE
BIBLIOGRAPHIE SIGNALETIQUE ET
ANALYTIQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE PREMIER
BIBLIOGRAPHIE SIGNALETIQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Dans le cadre de cette étude, nous avons recensé un certain nombre d'ouvrages qui se rapportent à notre thème. Dans ce chapitre, nous présentons ces ouvrages selon les rubriques suivantes :

- Ouvrages généraux et d'intérêt méthodologique ;
- Santé et systèmes de santé ;
- Accès, accessibilité et recours aux soins de santé ;
- Efficience des soins de santé.

1.1 Ouvrages généraux et d'intérêt méthodologique

1. **ALBAN T.**, (2000) : Économétrie des variables qualitatives. édition Dunod, Paris, 179 p.
2. **ANOAH A., FASSASSI R., et VIMARD P.**, (2002) : Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire. CEPED, Paris, 55 p.
3. **ANONYME**, (1997) : Conseil d'Analyse Economique. Editions La Documentation française, Paris, 285 p.
4. **BADO J., P.**, (1996) : Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique. Karthala, Paris, 432 p.
5. **BAILLY A., et BEGUIN H.**, (1998) : Introduction à la géographie humaine. Armand Colin, Paris, 216 p.
6. **BAILLY A.**, (1981) : La géographie du bien-être. PUF, Paris, 239 p.
7. **BAILLY A., DEBARBIEUX B.**, (1991) : Géographie et représentation spatiale. In Bailly, A., et al., (Dir.). Les concepts de la géographie humaine. Masson, Paris, pp. 153-160.
8. **BAUELLE G.**, (2000) : Géographie du peuplement. Cursus Géographie. Armand Colin, Paris, 192 p.
9. **BAZONZI J., M.**, (2005) : Système de transports pour le développement intégré de l'Afrique : Vers un réseau routier et ferroviaire panafricain, projet présenté au CODESRIA à l'occasion de la 11^{ème} Assemblée générale du conseil, Maputo, 19 p.
10. **BEAUCHEMIN C., et DUBOIS J-P.**, (2004) : Les migrations vers les grandes villes au Burkina Faso. Le développement des régions d'origine a-t-il un impact ? Document de travail, n°21, 39 p.
11. **BEAUD, M.** (2005) : L'art de la thèse. La Découverte, Paris, 202 p.
12. **BEAUJEU-GARNIER J., et CHABOT G.**, (1963) : Traité de géographie urbaine. Armand Colin, Paris, 493 p.

13. **BEAUJEU-GARNIER J., et al.**, (1984) : De la Géographie Urbaine à la Géographie Sociale. Collection française de géographie urbaine et sociale, Paris, 149 p.
14. **BECKER C., et COLLIGNON R.**, (1998) : Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. In Cahiers Santé, N° 8, p. 411-416.
15. **BECKER C., MBAYE S., et THIOUB I.**, (1997) : Sociétés, santé, questions sociales. In BECKER C., MBAYE S., et THIOUB I., AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960. Direction des Archives du Sénégal, Dakar, p. 955-1259.
16. **BOURDIEU P.**, (1993) : La misère du monde. Seuil, coll. Libre examen, Paris, 947 p.
17. **BOURDIEU P.**, (1994) : Raisons pratiques : sur la théorie de l'action. Seuil, Paris, 254 p.
18. **BRUNET R.**, (1974) : Espace, perception et comportement. In l'Espace Géographique, n°3, pp. 289-2004.
19. **BRUNET R., et al.**, (1993) : Les mots de la géographie – dictionnaire critique. GIP RECLUS et La Documentation Française, Collection « Dynamiques du Territoire », 2e édition, Paris, 518 p.
20. **BRUNET R., et DOLLFUSS O.**, (1990) : Mondes nouveaux. Géographie Universelle. Belin & GIP RECLUS, Paris, 552 p.
21. **BRUNET R.**, (2001) : Le déchiffrement du monde – théorie et pratique de la géographie. Belin, Collection 'Mappemonde', Paris, 401 p.
22. **CARROUE L.**, (2002) : Géographie de la mondialisation. Armand Colin, collection 'U', Paris, 254 p.
23. **CHALINE C.**, (1994) : Questions pour un cadrage conceptuel de la recherche. In CHALINE C., Ces Ports Qui Créèrent des Villes. L'Harmattan, Collection 'Maritimes', Paris, p. 13-19.
24. **CIATONI A., (dir) et VEYRET Y., (dir).** (2007) : Les fondements de la géographie. Armand Colin, Paris, 234 p.
25. **CLAVAL P.**, (1974) : La géographie et la perception de l'espace. In l'Espace géographique, n°3, p. 179-187.
26. **COLLIGNON R., et BECKER C.**, (1989) : Santé et population en Sénégal des origines à 1960. Bibliographie annotée. INED, Paris, p. 9-554.
27. **COQUERY-VIDROVITCH C.**, (1985) : Afrique noire. Permanences et ruptures. Payot Paris, 440 p.

28. **CORNIA G., MKANDAWIRE T., et VON DER HOEVEN R.,** (Dir.). (1992) : L'Afrique vers la reprise économique : de la stagnation et l'ajustement au développement humain. Economica, Paris, 421 p.
29. **CURTIN P.,** (1968): Epidemiology and the Slave Trade. Political Science Quarterly, 83, n°2, p.192-216.
30. **CURTIS, S.,** (1995) : "La géographie de la santé, un point de vue britannique". Espace, Populations, Sociétés, 95-1, p. 49-58.
31. **D'HOUTAUX A.,** (1999) : La Santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique. Masson, Paris, 132 p.
32. **DAVIS K., et RUSSELL, L., B.,** (1972) : The Substitution of Hospital Outpatient Care for Inpatient Care. Review of Economics and Statistics, Vol.54, n°1, p.109-120.
33. **DAWSON M., H.,** (1987) : "Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890-1945". In CORDELL D., D., et GREGORY J., W., (eds). African Population and Capitalism. Historical Perspectives, Boulder, Westview Press, London, 302 p.
34. **DESCHAMPS J. P.,** (2000) : Les enjeux de la santé publique dans les PED. Médecine/Sciences, n°16, p.1211-1217.
35. **DI MEO G.,** (2001) : L'explication sociale en géographie. In THUMERELLE, P., J., Explications en géographie. Démarches, stratégies et modèles. SEDES, Paris, p. 99-112.
36. **DIAKITE D.,** (1993) : Quelques maladies chez les Bamanan. In BRUNET-JAILLY J., (Dir.). Se soigner au Mali. Karthala-Orstom, Paris, 78 p.
37. **DOMERGUE-CLOAREC D.,** (1986) : Politique coloniale française et réalités coloniales : la santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958. Académie des Sciences d'Outre-Mer, 2 vol., Paris, 1320 p.
38. **DOUMENGE J.-P.,** (1982) : De l'épidémiologie à la géographie de la santé. Table ronde Tropiques et santé. Talence, CEGET-CNRS, Paris, 313 p.
39. **DOZON J.-P.,** (1985) : Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. Sciences Sociales et Santé, n°3, p. 27-56.
40. **DUBRESSON A., et RAISON J.-P.,** (1998) : L'Afrique subsaharienne, une géographie du changement. Armand Colin, Paris. 199 p.
41. **DUBRESSON A., MARCHAL J.Y., et RAISON J.-P.,** (1994) : Les Afrique au sud du Sahara. Belin Reclus, Paris, 480 p.
42. **EASTERLIN W.E.,** (1997) : Why regional studies are needed in the development of full-scale integrated assessment modelling of global change processes. In Global Environmental change, vol, n°4, p. 337-356.

43. **ELA J.-M.**, (1998) : Population, pauvreté et crises. In GENDREAU F., Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud. AS/UREF, Ed. ESTEM, Paris, p. 17-34.
44. **ESCOFIER B., et PAGES J.**, (1998) : Analyses factorielles simples et multiples ; objectifs, méthodes et interprétation. Dunod, Paris, 284 p.
45. **ESCOFIER B., et PAGES J.**, (1997) : Initiation aux traitements statistiques ; méthode, méthodologie. Presses Universitaires, Rennes 263 p.
46. **ETTE J., et JEAN-BAPTISTE E.**, (1998) : Analyse comparée des FSU-COM et établissements de soins privés et publics. PSA/DRS/CEPRASS, Abidjan 104 p.
47. **FAO.** (2007) : Les ruralités en mouvement en Afrique de l'ouest. FAO, Rome, 73 p.
48. **FERRAS R.**, (1993) : Les modèles graphiques en géographie. Economica, RECLUS, Collection « Géo-Poche ». Paris, 112 p.
49. **FERRAS R.**, (1995) : Niveaux géographiques, échelles spatiales. In BAILLY A., FERRAS R., et PUMAIN D., (ed.) Encyclopédie de Géographie. Economica, 2e édition, Paris, p. 401-419.
50. **FLEURET S., et SECHET R.**, (2004) : Géographie sociale et dimension sociale de la santé (en ligne), 10 p. Texte du Colloque ESO, du 14 décembre 2004 à Rennes. (Consulté le 28 mai 2008). Disponible sur : http://www.univlemans.fr/lettres/eo/evenements/rennes_10_04/contributions_10_2004/fr.pdf
51. **GARI J.**, (1985) : L'Afrique en panne. Vingt-cinq ans de "développement. Karthala Paris, 204 p.
52. **GAUTHIER B.**, (1984) : Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données. Presses universitaires du Québec, Québec, 584 p.
53. **GENEAU DE LAMARLIERE I., et STASZAK J.-F.**, (2000) : Principes de géographie économique. Grand Amphi. Géographie, Rosny, Bréal, 448 p.
54. **GOLAY F., et NYERGES T., L.**, (1995) : Understanding collaborative use of GIS through social cognition : "Do you see what I see?". In NYERGES T., L., et al., (Dir.), Cognitive Aspects of Human. Computer Interaction for Geographic Information Systems. Kluwer Academic Publishers, Boston, p. 287-294.
55. **GOULD P.**, (1995) : Epidémiologie et maladie. In Bailly A., Encyclopédie de la géographie. Economica, Paris, p. 947-969.
56. **GOURIEROUX C.**, (1989) : Econométrie des variables qualitatives. Economica, Collection Economie et Statistiques avancées, Paris, 356 p.
57. **GRAWITZ M.**, (1993) : Méthodes des sciences sociales. Dalloz, Paris, 843 p.

58. **GRMEK MIRKO D.**, (1992) : Histoire du Sida. Début et origine d'une pandémie actuelle. Payot, Paris, 418 p.
59. **GROSSMAN S., et HAR O.**, (1983) : An Analysis of Principal -Agent Problem. *Econometrica*, Vol. 51, London, p.7-45.
60. **GROUPE CHADULE.** (1994) : Initiation aux pratiques statistiques en géographie. Masson, Géographie, 3^e édition, Paris, 203 p.
61. **GUMUCHIAN H.**, (1991) : Représentation et aménagement du territoire. *Economica*, Paris, 564 p.
62. **GUMUCHIAN H., MAROIS C., et FEVRE V.**, (1999) : Initiation à la recherche en géographie. Aménagement, développement territoire, environnement. *Economica*, Presse de l'Université de Montréal, Montréal, 425 p.
63. **HERVOUET J.-P.**, (1992) : Environnement et grandes endémies : le poids des hommes. In dans **PONTIÉ G.**, et **GAUD M.**, (éds.). L'environnement en Afrique, N° spécial d'Afrique contemporaine, 161. La Documentation Française, Paris, p. 155-167.
64. **HERVOUET J.-P.**, (1990) : Le mythe des vallées dépeuplées par l'onchocercose : mais quelle mouche les a donc piqués ? *Géos*, n°18, 35 p.
65. **HERVOUET J.-P.**, (1992) : Les bases du mythe du dépeuplement des vallées soudaniennes par l'onchocercose. In **BLANC-PAMARD C.**, (éd). *La santé en société : regards et remèdes.* ORSTOM, Paris, p. 273-302.
66. **HERVOUET J.-P., et al.**, (1995) : De la géographie des grandes endémies à la géographie de la santé et à la géographie tout court : vingt ans de travaux de l'ORSTOM en Afrique. *Espace-Population-Société*, ORSTOM, CEDID, Paris, p. 1-7.
67. **HOGARTH J.**, (1977) : Vocabulaire de la santé publique. *La Santé Publique en Europe.* OMS, Copenhague, 271 p.
68. **IACONO G.**, (2002) : Le défi du territoire. In **IACONO G.**, *Gestion des ressources humaines*, Gualino éditeur, Collection Business, Paris, p. 99-145.
69. **ISNARD H., RACINE J., B., et REYMOND H.**, (1981) : Problématiques de la géographie. PUF, Collection 'Le Géographe', Paris, 262 p.
70. **KATAKA k.**, (2006) : L'apport des ONG dans la réalisation des infrastructures scolaires en milieu rural. Cas de Plan-Togo à Tcharè-Baou (Blitta), mémoire de maîtrise en sociologie, université de Lomé, Lomé, 75 p.
71. **KRUG E.**, (2003) : Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS, Genève, 376 p.
72. **LAMBERT D., C.**, (1985) : Lexique d'Economie de la Santé. *Economica*, Paris, 129 p.

73. **LANCASTER K.**, (1966): A New Approach to Consumer Demand Theory. *Journal of Political Economy*, n°2, p.132-157.
74. **LAPEYSSONIE N.**, (1988) : La médecine coloniale. Mythes et réalités. Seghers, Paris, 310 p.
75. **LAZORTHE G.**, (1997) : Sciences humaines et sociales. L'homme, la société et la médecine, Masson, Paris, 496 p.
76. **LEVY J., et LUSSAULT M.**, (2004) : Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés. Belin, Paris, 1033 p.
77. **LUCAS V., et TONNELIER F.**, (1996) : Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités. *Données Sociales. CreDES*, N° 1117, Paris, p. 259-264.
78. **MATHIS C.**, (1946) : L'œuvre des Pastoriens en Afrique Noire. PUF, Paris, 580 p.
79. **MBOKOLO E.**, (1982) : Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914. *Cahiers d'études africaines*, n°22, Dakar, p. 13-46.
80. **MENACHEM G.**, (2000) : Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie. *CREDES*, Paris, p.1-23.
81. **MENARD, B.** (2003) : Question de géographie de la santé. In EG., Caen, p. 264-275
82. **MERENNE-SCHOUMAKER B.**, (1996) : La localisation des services. *Géographie d'aujourd'hui*, (ed). P.J. R. Nathan Université, Paris, 191 p.
83. **ODJIH E.**, (1993) : La route Yégué-Langabou et ses implications socio économiques dans le pays Adélé (Sud Ouest du Togo). *Mémoire de maîtrise de géographie*, université de Lomé, Lomé, 127 p.
84. **OMS**, (1991) : Pleins yeux sur les villes : améliorer la santé dans les villes du tiers monde. OMS, Genève, p.477-498.
85. **OMS**, (1994) : La vie au 21^e siècle, une perspective pour tous. *Rapport santé dans le monde*, OMS, Genève, 257 p.
86. **OMS**, (2007) : Un avenir plus sûr. La sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle. *Rapport sur la sécurité dans le monde*. OMS, France, 67 p.
87. **OURO SAMA T.**, (1998) : Contribution à l'étude géographique d'un terroir Agnanga : le cas du village de Pagala-gare. *Mémoire de maîtrise de géographie*, université de Lomé, Lomé, 130 p.
88. **PETIT-BERGHEM Y.**, (2005) : Géographie historique d'un espace côtier. L'exemple de la basse vallée de l'Orne. (en ligne). In *Mappemonde* 80, (consulté le 14 août 2008). Disponible sur : <http://mappemonde.mgm.fr/num8/article/arto05407.html>

89. **PICHERAL H.**, (2001) : Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, Université Montpellier 3 - Paul Valéry, Montpellier, 307 p.
90. **PICHERAL H.**, et **SALEM G.**, (1992) : De la géographie médicale à la géographie de la santé. Bilan et tendances de la géographie française (1960-1991) (en ligne). Cahiers GEOS, n°22, p.1-48. (Consulté le 13 mai 2008). Disponible sur : http://www.bdsp.chesp.fr/base/Scripts/SearchA.bs?bqEquation...%22SALEM++G*%2&Titre=Bibliographie+de+SALE
91. **PICHERAL H.**, (1995) : Le lieu, l'espace et la santé. Espace, Populations, Sociétés, n°1. p. 19-24.
92. **PICHERAL H.**, (1985) : Mots et concepts de la géographie de la santé. Cahiers GEOS, n°2, p. 4-30.
93. **PICHERAL H.**, (1989) : Echelles d'analyse de la desserte en soins médicaux, Cahiers GEOS, n°16. p.1-10.
94. **PICHERAL H.**, (1984) : Mots et concepts de la géographie de la santé, Cahiers GEOS, n°2. p. 1-26.
95. **PILLET-SCHWARTZ A.**, (1984) : Les migrations rurales de kabyè et des Losso. Togo, l'ère de la nouvelle marche. CNRS, ORSTOM, Paris, 325 p.
96. **PINCHEMEL P.**, et **PINCHEMEL G.**, (1992) : La face de la terre. Armand Colin, Paris, 519 p.
97. **PUMAIN D.**, et **SAINT JULIEN T.**, (2001) : Les interactions spatiales. Flux et changements dans l'espace géographique. Cursus Géographie. Armand Colin, Paris, 192 p.
98. **QUATTROCHI D., A.**, et **GOODCHILD M., F.**, (1997) : Scale in Remote Sensing and GIS. Lewis Publishers, London, 406 p.
99. **RACINE J., B.**, **RAFFESTIN C.**, et **RUFFY V.**, (1980) : Echelle et action, contributions à une représentation du mécanisme de l'échelle dans la pratique de la géographie. Geographica Helvetica, vol. 35, n° 5, Paris, p. 87-94.
100. **ROCHAIX L., H.**, et **JACOBZONE S.**, (1997) : L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. Economie et Prévision, Paris, p. 25-33.
101. **SAINT-JULIEN T.**, (2000) : Quantitatif et qualitatif dans l'approche géographique : la modélisation en question. In Levy J., et LUSSAULT M., (ed.). Logiques de l'Espace, Esprit des Lieux, Géographies à Cerisy. Belin, Collection « Mappemonde », Paris, p. 141-152.
102. **SALEM G., et al.**, (1989) : Exemple d'utilisation de l'analyse de correspondance dans les statistiques sanitaires : étude de 9 postes de santé de Pikine. In SALEM G., JEANNE E.,

- Urbanisation et santé dans le Tiers Monde transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Orstom, coll. Colloques et Séminaires, Paris, p. 443-454.
103. **SALEM G.**, (1995) : Urbanisation et santé en Afrique de l'Ouest : géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal). Université Paul Valéry, Montpellier III, Montpellier, 327 p.
104. **SANDERS L.**, (1990) : L'analyse des données appliquées à la géographie. RECLUS, Paris, 267 p.
105. **SY I.**, (2006) : La gestion de la salubrité à Rufisque (Sénégal) enjeux sanitaires et pratiques urbaine. Thèse de doctorat en géographie, université Louis Pasteur, Strasbourg, 564 p.
106. **TABUTIN D.**, et **SCHOUMAKER B.**, (2004) : La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique (en ligne) In Population, n°59, p. 521-622. (Consulté le 22 août 2008). Disponible sur : www.ined.fr/fichier/telechargement/15704/telechargement_fichier_fr_public/pdf1_chronicmondef.pdf
107. **TCHENDIE P.**, (1998) : L'impact du désenclavement sur la vie socio économique des zones rurales du canton de Blitta : cas du terroir de Kpawa. Mémoire de maîtrise de géographie, université de Lomé, Lomé, 109 p.
108. **TCHENTI-NABINE T.**, (2000) : Pratiques paysannes et dynamique des systèmes agraires dans la Région Centrale du Togo. Thèse de doctorat de géographie, université de Lomé, Lomé, 448 p.
109. **THOUEZ J-P.**, (1995) : La géographie des maladies. In Bailly A., Encyclopédie de la géographie, Economica, Paris, p. 931-947.
110. **TOUATI F-O.**, (1993) : Maladies, Médecines et Sociétés. Approches historiques pour le présent, tome I. L'Harmattan et Histoire au présent, Paris, 294 p.
111. **TOUATI F-O.** (1993). Maladies, Médecines et Sociétés. Approches historiques pour le présent, tome II. L'Harmattan et Histoire au présent, Paris, 339 p.
112. **UA, Union Africaine et Commission Economique pour l'Afrique.** (2005) : Le Transport et les objectifs de développement pour le millénaire en Afrique. Document de travail, 50 p.
113. **VIDAL DE LA BLACHE P.**, (1902) : Les conditions géographiques, des faits sociaux. In Annales de géographie, XV, Paris, p. 13-23.
114. **VIGNERON E.**, (2000) : Les bassins de santé : concept et construction. DATAR-GEOS Groupe prospective 4 Santé et territoires, Ateliers de géographie de la Santé, Montpellier, 30 p.

115. **WARSON M., K.**, (1978) : The scale problem. In human geography. *Geografiska Annaler*, V.60B. p. 36-47

1.2 Système de santé en Afrique subsaharienne

116. **ABEL-SMITH B.**, (1986) : Le financement de la santé pour tous : l'assurance offre-t-elle la solution ? In *Forum Mondial de la Santé*, Vol.7, Paris, p.3-31.

117. **ABEL-SMITH B., et RAWAL P.**, (1992) : Can the Poor Afford Free Health Services ? A Case of Study in Tanzania. *Health Policy and Planning*, Vol.7, n°4, London, p.329-341.

118. **ACTON J-P.**, (1975) : Non monetary Factors in the Demand for Medical Services : some empirical evidence. *Journal of Political Economy*, Vol.83, Londres, p.595-614.

119. **AKHTAR R., et IZHAR N.**, (1986) : "The spatial distribution of health resources within countries and communities: examples from India and Zambia", *Social Science and Medicine*, n°22, p. 1115-1129.

120. **AKHTAR R., et IZHAR N.**, (1994) : Spatial inequalities an historical evolution in health provision: Indian and Zambian exemples. In **PHILLIPS D., et VERHASSELT Y.**, (éds.), *Health and development*, Routledge, London, New York, p. 216-233.

121. **AKHTAR R.**, (1987) : Hospital catchment areas in Zambia. In **AKHTAR, R.** (éd.). *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*, Chur [etc.], Academic Publishers, Harwood, p. 487-495.

122. **AKIN J., S., et al.**, (1998) : Price Elasticities of Demand for Curative Health Care with Control for Sample Selectivity on Endogenous Illness: an Analysis for Sri Lanka. *Health Economics*, Vol.7, n°6, p.509-531.

123. **AKIN J., S., et al.**, (1986) : The Demand for Adult Outpatient Services in the Bicol Region of the Philippines. *Social Science and Service*, Vol. 22, n° 3, p.321-328.

124. **AKIN J., S., et al.**, (1981) : The Demand for Child Health Care in the Philippines. *Social Science and Medicine*, Vol.13C, p.249-257.

125. **AKIN J., S., et al.**, (1986) : The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 344, London, p.755-782.

126. **AKIN J., S., et HUTCHINSON P.**, (1999) : Health Care Financing Choice and the Phenomenon of Bypassing. *Health Policy and Planning*, Vol.14, n°2, p.135-151.

127. **AKIN J., S., et HUTCHINSON P.**, (1999) : Health-care facility choice and the phenomenon of by passing, *Health Policy and Planning*, Vol. 14, n°2, p. 135-151.

128. **AKIN J., S.**, (1986) : The demand for adult and outpatient services in the Bicol region of the Philippines, *Social Science and Medicine*, 22(3), p. 321-328.
129. **ALDERMAN H., et LAVY V.**, (1996) : Household Responses to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs. *World Bank Research Observer*, Vol.11, n°1, Washington, p.3-22.
130. **ALLAYE A.**, (2005) : La dynamique spatiale et les risques de transmission des maladies endémiques à N'djamena au Tchad. Mémoire de DEA de géographie, université de Lomé, Lomé, 110 p.
131. **ANIPAH K., et al.**, (1999) : Enquête démographique et de santé au Togo (EDST)-II, 1998, Lomé, 287 p.
132. **ANONYME** (1996) : Lessons for the Dominican Republic and El Salvador. EDI Seminar, n°46, 54 p.
133. **ANYINAM C.**, (1991) : Modern and traditional health care systems in Ghana. In AKHTAR R., (éd.). *Health care patterns and planning in developing countries*. Greenwood Press, New York, p. 227-241.
134. **ARHIN D.**, (1994) : The health card insurance scheme in Burundi: a social asset or a non-viable venture?, *Social Science and Medicine* Vol. 39, n°6, p. 861-870.
135. **AUDIBER T., M., et al.**, (1999) : The determinants of health care demand amongst the Senoufo of the Cote d'Ivoire. *Health and System Science*, Vol.2, n° 1/2, p.111-126.
136. **AUDIBERT M.**, (2002) : Dette extérieure et situation socio politique. Quel rôle dans les dépenses publiques de santé dans les pays en développement ? CERDI, étude et documents, E.20, Paris, 38 p.
137. **AVOUGLA K.**, (2005) : La répartition des centres de santé à Lomé. Recherche bibliographique. Mémoire de DEA de géographie, université de Lomé, Lomé, 80 p.
138. **BAILEY W., et PHILLIPS D.**, (1990) : Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaïca, *Social Science and Medicine* Vol. 30, n° 1, p. 1-12.
139. **BAKRY N., et al.**, (1999) : Pourquoi les patients n'adhèrent-ils pas à la décision de référence faite par le médecin généraliste?, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 47, n°2, p. 65-74.
140. **BANNERMAN R., BURTON J., et WE-CHIEH C.**, (dir.) (1983) : Médecine traditionnelle et couverture de soins de santé. OMS, Genève, 335 p.
141. **BM.** (1993) : Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde. Banque Mondiale, Washington, 339 p.

142. **BASSOUNDA P.**, (2005) : La santé dans la ville de N'djamena : Abord géographique des relations entre environnement et santé. Mémoire de DEA de géographie, université de Lomé, Lomé, 102 p.
143. **BECKER C., et COLLIGNON R.**, (1997) : Politiques démographique et sanitaire face aux maladies sexuellement transmissibles' en Afrique de l'ouest. Perspective historique, Dakar, p. 133-149.
144. **BLANC-PAMARD C.**, (1993) : La santé en société : regards et remèdes. ORSTOM, Paris, 302 p.
145. **BROOM N., K.**, (2001) : Les mutuelles de santé au Togo : situation en perspectives (Rapport provisoire). Lomé. 41 p.
146. **BROUILLET P.**, (1997) : Une mutuelle hospitalière rurale. In **BRUNET-JAILLY J.**, Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest. Karthala, Paris, p. 381-398.
147. **BRUNET-JAILLY J.**, (1989) : L'évaluation économique des actions de santé. In **ROUGEMONT A.**, et **BRUNET-JAILLY J.**, (éds.). Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux. Doin, Paris, p.343-459.
148. **BRUNET-JAILLY J.**, (Dir). (1999) : Santé en Capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. CEDA, Abidjan, 376 p.
149. **BRUNET-JAILLY J.**, (1989) : Le financement de la santé dans les pays pauvres : recouvrer les coûts ou les réduire ? In L'économie sociale dans les pays en développement, Actes du colloque des 9^{ème} Journées d'Economie Sociale, Caen 28-29 Septembre 1989, p.149-188.
150. **BRUNET-JAILLY J.**, (1993) : Quel financement pour quels services de santé ? In **CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE**, Argent et santé : expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 septembre 1991, CIE, Paris, 321 p.
151. **BRUNET-JAILLY J.**, (1993) : Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales. Karthala, ORSTOM, Paris, 342 p.
152. **CASTRO-LEAL F., et al.**, (2000) : Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? Bulletin of the World Health Organization, 78, n°1. p. 66.
153. **COCKINGS S., MARTIN D.**, (2005) : Zone design for environment and health studies using pre-aggregated data. In Social Science Medecin, n° 60, p 2729-2742.

154. **COM-RUELE L., FAURE H., et TONNELIER F.,** (1989) : L'attraction de l'assistance publique des hôpitaux de Paris : l'hospitalisation de court séjour. CREDES, Paris, p.191-825.
155. **De FERRANTI D.,** (1986) : Paying for Health Services in Developing Countries : A Call to Realism. World Health Forum, n°6, p. 99-105.
156. **De FERRANTI D.,** (1984) : Stratégies pour le financement des services de santé dans les pays en développement. Rapport trimestriel statistiques sanitaires mondiales, n°37, OMS, Genève, 500 p.
157. **DESCHAMPS J-P.,** (2000) : Les enjeux de la santé publique dans les PED. Médecine/Sciences, n°16, p.1211-1217.
158. **DOMERGUE-CLOAREC D.,** (1986) : Politique coloniale française et réalités coloniales : la santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958. Académie des Sciences d'Outre-Mer, 2 vol., Paris, 1320 p.
159. **FLORI Y-A., et KADDAR M.,** (1996) : Economie des systèmes de santé des pays en développement : quelle contribution des travaux publiés en français ? Cahiers Santé, n°6, p.360-365.
160. **GBEDENOU P., et al.,** (1993) : L'initiative de Bamako : espoir ou illusion ? Réflexion autour de l'expérience béninoise. Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique. Acte du séminaire international, 24-27 septembre, CIE, Paris, p. 85-103.
161. **GBEDONOU P., et al.,** (1994) : L'initiative de Bamako : espoir ou illusion ? Réflexions autour de l'expérience béninoise, Cahiers Santé, n° 4, p. 281-288.
162. **NYASSOGBO G., K.,** (2005) : Accumulation d'ordures ménagères et dégradation de l'environnement dans le processus de développement africain (en ligne). 19 p. Communication de la 11^{ème} Assemblée Générale du CODESRIA du 6 au 10 décembre 2005 à Maputo au Mozambique (consulté du 15 août 2008). Disponible sur : www.codesria.org/Linksconferencesgeneral_assembly11papersnyassogba.pdf.pdf
163. **GOBBERS D., et PICHARD E.,** (2000) : L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest (en ligne). In adsp, mars 2000, n°30, p 35-42 (consulté le 24 juillet 2008). Disponible sur : [http:// www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/ad303542.pdf](http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/ad303542.pdf)
164. **HADDAD S.,** (1992) : Utilisation des services de santé en pays en développement. In Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques. Université de Lyon Claude Bernard, Lyon, p. 362.

165. **HOURS B.**, (1986) : L'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun. L'Harmattan, Paris, 165 p.
166. **LAPEYSSONIE P.**, (1988) : La médecine coloniale. Mythes et réalités. Seghers, Paris, 310 p.
167. **LUCAS-GABRIELLI V., TONNELIER F., et VIGNERON E.**, (1998) : Une typologie des paysages socio-sanitaires en France. IRDES, Paris, 95 p.
168. **LUCAS-GABRIELLI V., et TONNELIER F.**, (1996) : Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités. In INSEE Données Sociales, Paris, p. 64-259.
169. **LUXUREAU A.**, (1989) : Le corps vivant, la santé, les remèdes à Maradi (Niger). In SALEM G., et JEANNEE E., (éds.). Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. ORSTOM, Paris, 549 p.
170. **MAKINEN M., et MCINNES D., K.**, (1991) : L'efficacité des contributions financières des utilisations : résultats des expériences des pays. In Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique. CIE/ Coopération Française/ Unicef/ OMS (eds). p.161-181.
171. **MARCELLIN A.**, (2000) : Capital social, logique de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne. Thèse de doctorat de médecine, université de Montréal, Montréal, 273 p.
172. **MEDARD J-F.**, (2005) : Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun (en ligne). In bulletin de l'APAD, n°21, 45 p. (consulté le 29 mai 2008). Disponible sur : <http://apad.revues.org/personne.html?type=auteur&id=36>
173. **MEUNIER A.**, (2000) : Système de santé et organisation du territoire au Burkina Faso (en ligne). In Mappemonde, avril 2000, n°60, p 12-17 (consulté le 16 mai 2008). Disponible sur : <http://www.mgm.fr/PUB/Mappemonde/M400/Meunier.pdf>
174. **OMS.** (1993) : Evaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé. Série de Rapports techniques, n°829, Genève, 86 p.
175. **PETERS J., et HALL G., B.**, (1999) : Assessment of ambulance response performance using a geographic information system. Social Science and Medecin, Vol. 49, n°11, p. 1551-1566.
176. **PICHERAL H., et 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. 1-44.
177. **PICHERAL H.**, (1999) : Risques et inégalités de santé : de la salubrité à l'équité, Hérodote, n°92, p. 50-68.

178. **Ministère de la santé publique et de l'action sociale** (1991) : Direction de la santé publique. Plan de Développement du District Sanitaire de Richard-Toll (1991-1995), Dakar, 175 p.
179. **Ministère de la santé publique** (1980) : Les soins de santé primaires au Sénégal. Première conférence sur les Soins de Santé Primaires au Sénégal. Dakar, 111 p.
180. **TALLA I.**, (1992) : Mise en place de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Richard- Toll et premier bilan après 6 mois. Mémoire de Certificat d'études spéciales de Santé publique (Institut de santé et développement), Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 75 p.
181. **TIZIO S., et FLORI Y., A.**, (1997) : L'initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun ». Revue Tiers Monde, Vol. 38, n°152, p.837-857.
182. **Ministère de la santé**, (2002) : Direction de la planification, de la formation et de la recherche. Plan de développement sanitaire, période 2002-2006. Edition l'Aser, Lomé, 111 p.
183. **Ministère de la santé**, (2007) : Ministère de la santé. Division informations statistiques, études et recherches. Principaux indicateurs de santé, année 2006, Lomé, 57 p.
184. **UNICEF**, (1995) : L'Initiative de Bamako : Reconstruire les systèmes de santé. Unicef, New York. 20 p.
185. **USAID**, (1990) : Analyse du secteur de santé au Togo. USAID. 125 p
186. **VAN LERBERGHE V.**, (1994) : Les politiques de santé africaines : continuités et ruptures. Bull. Scéance. Acad. R. Sciences. Outre-Mer, Vol.32, n° 2, p. 205-230.
187. **WETHE J., et al.**, (2003) : Assainissement des eaux usées et risque socio-sanitaire et environnementaux en zones d'habitat planifié de Yaoundé (en ligne). vertigo. La revue en science de l'environnement, vol 4, mai 2003, n°1, Québec, 12 p. (consulté le 30 août 2008). Disponible sur : <http://www.vertigo.uqam.cavol4no1art11vol4n1vertigovol4no1art10.pdf.pdf>

1.3 Accès, accessibilité et recours aux soins de santé

188. **ADAY Lu A.**, (1975) : Economic and non economic barriers to the use of needed medical services. Medical Care, London, p. 447-456.
189. **ADAY Lu A., et ANDERSEN R.**, (1974) : A framework for the study of access to medical care. Health Services Research, p. 208-219.
190. **ADAY Lu A., et SHORTELL S.**, (1988) : Indicators and predictors of health services utilization. In WILLIAMS Stephen, Introduction to health services : 3e ed., London, p. 51-81

191. **AGOSSOU, P.** (1997). Comportement des consommateurs de médicaments modernes du marché illicite à Dassa-Zoumé. IEUD, Genève, 104 p.
192. **AIKINS M., et al.**, (1998) : The Gambian national impregnated bednet programme : costs, consequences and net cost-effectiveness. *Social Science and Medicine* Vol. 46, n° 2, p. 181-191.
193. **AKANGAH A.**, (1986) : Automédication en milieu urbain béninois à Cotonou. Cotonou. Thèse de doctorat de médecine, Université nationale du Bénin, Cotonou, 187 p.
194. **ALIHONOU E.**, (1991) : Niveau socio-économique et dépenses sanitaires des populations : enquête dans six communes "sentinelles" du PEV/SSP au Bénin. CREDESA, Pahou, 63 p.
195. **AMAT-ROZE J-M., 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.1-50.
196. **AMAT-ROZE, J-M.** (2000) : Mobilité et santé, un dialogue sans cesse renouvelé, Actes 2000 du Festival International de géographie, 7 p.
197. **ANONYME**, (2006) : Quel accès aux soins et à la santé pour les habitants du grand Lyon ? In Agenda volet santé, Paris, p.49-60
198. **ANYINAM C.**, (1987) : Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of African ethno-medicine. *Social Science and Medicine*, Vol. 25, n°7. p. 803-811.
199. **AUDIBERT M., et al.**, (2004) : Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ? Communication du Développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon, 22 p.
200. **BARBET-QUESNEL A.**, (2002) : Géographie des pratiques spatiales hospitalières dans la région de Nord-Pas de Calais : un modèle gravitaire de calcul d'aires d'attraction hospitalière. Tome 1, Thèse de doctorat, université de Lille1, Lille, 521 p.
201. **BASHSHUR R., SHANNON G., et METZNER C.**, (1971) : Some ecological differentials in the use of medical services. *Health Services Research*, n°6. p. 61-75.
202. **BAUDIER F., et al.**, (2003) : Territoires et santé : du diagnostic à la pratique, 10 recommandations pour agir. In ADSP, n°43. p.67-71.
203. **BELCHER D., et al.**, (1975) : Factors influencing utilization of a malaria prophylaxis program in Ghana, *Social Science and Medicine*, n°9, p. 241-248.
204. **BENOIST J.**, (1993) : Les communautés, l'argent et la santé en Afrique. In CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, Argent et santé : expériences de financement communautaire en Afrique. Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991, CIE, Paris, p. 47-60.

205. **BENYOUSSEF A., et WESSEN A.,** (1974) : Utilization of health services in developing countries, Tunisia. *Social Science and Medicine*, n°8, p. 387-304.
206. **BETHUNE X., ALFANI S., et LAHAYE J.,** (1989) : The influence of an abrupt price increase of health service utilization: evidence from Zaïre. *Health Policy and Planning*, n° 4. p. 76-81.
207. **BONNET P.,** (2000) : Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de d'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de l santé (en ligne). Dossier de DEA de géographie, université Paul Valéry, Montpellier, (consulté le 3 mars 2008). Disponible sur : http://epe.cirad.fr/fr/doc/accessibilite_soins.pdf.
208. **BOURDON J., et ORIVEL F.,** L'impact de la dévaluation du franc CFA sur la santé et l'éducation : quelques propositions pour un plan d'action, version provisoire, UNESCO, Paris, 12 p.
209. **CHERNICHOVSKY D., et MEESOOK O., A.,** (1986) : Utilization of Health Services in Indonesia. *Social Science and Medicine*, Vol.23, n°6, p. 611-620.
210. **CISSE B., LUCHINI S., et MOATTI J-P.,** (2002) : Les effets des politiques de recouvrement des coûts sur la demande de soins dans les pays en développement : les raisons de résultats contradictoires (en ligne). Document de travail GREQAM, n°03CO2, Marseille, 55 p. (consulté le 21 juin 2008). Disponible sur : <http://www.infotheque.info/specialiste/250.html?page=4>.
211. **DIOP F., YAZBECK A., et BITRAN R.,** (1995) : The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning*, Vol.10, n°3, p. 223-240.
212. **DIOUF M., T.,** (2004) : Représentation populaire de la maladie et option thérapeutique chez les femmes enceintes et les enfants de moins de dix ans : le cas des fièvres et/ou de l'accès palustre en milieu rural. NIAKHAR, SENEGAL. Etude qualitative (en ligne). Mémoire de maîtrise en population développement et santé de la reproduction, université Cheikh Anta Diop, Dakar, 109 p. (consulté le 25 mai 2008). Disponible sur : <http://www.mcgill.ca/files/cdas/Diouf.pdf>
213. **DOZON J., P., et GUILLAUME A.,** (2001) : Contextes, Conséquence socio-économiques et coûts du SIDA. In VALLIN J., *Population africaine et Sida. la Découverte/CEPED*, Paris, p. 178-217.

- 214.**DUMOULIN J., et KADDAR M.**, (1993) : Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes. Sciences Sociales et Santé, Paris, n°2, p.81-119.
- 215.**ETTE J., et al.**, (1995) : Les coûts des prestations et systèmes de protection sociale. PSA/CEPRASS/MSP, Abidjan, 145 p.
- 216.**FNUAP**, (1996) : Etat de la population 2005. La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du millénaire pour le développement. FNUAP, New York, 128 p.
- 217.**FRENK J.**, (1985) : The concept and measurement of accessibility. In Salud publica de Mexico, n°27, p. 53-438
- 218.**GISH O.**, (1984) : Choix des modes de transport pour les services de santé. In planification et conception des équipements de santé dans les régions en développement : approches possible. Publication offset, n°72, Genève, 322 p.
- 219.**GOODMAN D., C., et al.**, (1997) : The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is closer always better? American journal of Public health, 87, n° 7, p. 1144 1150.
- 220.**GUESSAN BI G., et PORTAL J-L.**, (1996) : Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire) : deux ans après la dévaluation du Franc CFA. Abidjan : Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales du Sud ; Mission française de coopération et d'action culturelle, Abidjan, 23 p.
- 221.**GUESSAN BI G., et PORTAL J-L.**, (1994) : Effets de la dévaluation du Franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire). Abidjan : Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales du Sud ; Mission française de coopération et d'action culturelle. 91 p.
- 222.**HAAS S., et VIGNERON E.**, Territoires de santé : quelle(s) méthode(s). In Gestions hospitalières, 2004, n°85, p.437-477.
- 223.**HAYNES R., et al.**, (1999). Effect of distance to hospital and GP surgery on hospital impatient episodes, controlling for needs and provision. In Social Science Medecin, n° 49, p. 33- 425.
- 224.**JUILLET A.**, (1999) : L'impact des tarifs des services de santé et des revenus sur les décisions de recours aux soins des malades à Bamako. Revue d'Economie du Développement, n°4, Paris, p.69-89.

225. **KACOU K., TANO K., et ABOULE J.**, (2006) : Analyse de la demande de soins de santé en milieu rural ivoirien (en ligne), 32 p. (consulté le 18 juin 2008). Disponible sur : <http://www.capec-sci.or/docs/membres/CVKacou.pdf>
226. **KONE, A.** (1993) : Impact des postes de santé privés sur le recours aux soins dans un espace médical public (Arrondissement de Ross-Béthio). Mémoire de DEA de Géographie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 81 p.
227. **LUCAS V., et TONNELIER F.**, (1995) : Distance d'accès aux soins en 1990. CREDES, Paris, 72 p.
228. **MANZAMBI J., K., et al.**, (2000) : Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultat d'une enquête de ménage menée à Kinshassa, Congo. In *Tropical Medicine and International Health*, vol. 5, n°8, p. 563-570
229. **MIZRAHI A., et MIZRAHI P.**, (1982) : La consommation médicale. Microéconomie. *L'économiste*, Presse Universitaire de France, Paris, 263 p.
230. **NACOUUMA D., et PETIT J-F.**, (1973) : Une expérience de prépaiement des risques fréquents à faible coût. In BRUNET-JAILLY J., (éd.), *Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, p. 67-379.
231. **NIANG A., et HANDSCHUMACHER P.**, (2006) : La desserte médicale et recours aux soins de santé primaires. Evolution spatiale et temporelle (en ligne), 25 p. (consulté le 23 août 2008). Disponible sur : http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_texte.pdf
232. **OMS**, (1994) : Rapport du groupe de travail de l'OMS sur l'assurance de la qualité. OMS, Genève, 30 p.
233. **PERRIN H.**, (1999) : Equité dans l'accès aux soins de santé à Abidjan. ORSTOM, UNICEF, COOPERATION FRANCAISE, Rapport final, Paris, 112 p.
234. **PICHERAL H.**, (1989) : La desserte en soins médicaux. In *Cahiers GEOS*, n°16, p. 4-82
235. **PICHERAL H.**, (2004) : Les territoires administrés de la santé. Santé et territoires : carnet de santé de la France. DUNOD, Mutualité Française, Paris, p. 87-110.
236. **POWELL M.**, (1995) : On the outside looking. In *medical geography, medical geographers and access to health care. Health and Place*, Vol. 1, n°1, London, p. 41-50.
237. **POYET A.**, (2003) : Le dispositif médical : aspect réglementaire et économique. Evolution sur les dix dernières années. Thèse de doctorat en pharmacie, université Claude Bernard, Lyon, 106 p.
238. **RICHARD J-L.**, (1995) : Accès aux soins de santé en milieu rural tropical. *Bulletin de la Société neuchâteloise de géographie*, Vol. 39, numéro spécial : Eléments de géographie de la santé, Neuchâtel, p. 121-136.

239. **RICHARD J-L.**, (2001) : Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin) (en ligne). Thèse de doctorat en sciences humaines, université de Neuchâtel, Neuchâtel, 1134 p. (consultée le 3 mars 2008). Disponible sur : <http://www.univ-lille1.fr/bustlgrisemine/pdf/extheses/51566-2001-Richard.pdf>
240. **SCHEWEYER F-X.**, (2004) : Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence (en ligne). In lien social et politique, n°52, p.35-46 (consulté le 20 août 2008). Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit>
241. **SMALL J., et WITHERICK M.**, (1986) : A modern dictionary of geography, Edward Arnold, London, 233 p.
242. **STOCK R.**, (1983) : Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. Social Science and Medicine, Vol. 17, n°9, p. 563-570.
243. **VIGNERON E.**, (2004) : "Des territoires de santé, pour quoi faire ?" Soins Cadres n°52, Paris, p. 53-57.
244. **VIGNERON E.**, (2001) : Distance et santé. Médecine et société, PUF, Paris, 123 p.
245. **VIGNERON E.**, (1999) : Les bassins de santé. In ADSP, Paris, n°29, p 38-42.
246. **WATTS P., R., et al.**, (1999) : Accessibility and Perceived Value of Health Services in Five Western Illinois Rural Communities. Journal of Community Health, Vol. 24, n°2, Illinois, p. 147-157.
247. **WATY M., O.**, (1991) : Etat des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique : quelles perspectives pour le financement communautaire ? In centre International de l'enfance, Argent et santé : expérience de financement communautaire en Afrique. Actes du séminaire international de Paris, du 24 au 27 septembre 1991. CIE, Paris, 321 p.
248. **WEISS E., HASLANGER K., et CATOR J., C.**, (2001). Accessibility of Primary Care Services in Safety Net Clinics in New York City. The American Journal of Public Health, 91 n°8, New York, p.1240.

1.4 Efficience des soins de santé

249. **AIGNON A., COM-RUELLE L., et RAFFY-PIHAN N.**, (2000) : Pourquoi et comment mesurer la satisfaction du patient hospitalisé à domicile ? CREDES, Paris, 20 p.
250. **ALDERMAN H., et LAVY V.**, (1996) : Household Responses to Public Health Services : Cost and Quality Tradeoffs. World Bank Research Observer, Vol.11, n°1, Washington, p.3-22.

251. **BADGE E., et NIANG M.**, (2000) : Améliorer la santé des adolescents au Sénégal : “et si on parlait”. In FRONTIERS. Publication/Ressources, Population Council, Dakar, 8 p.
252. **BERTRAND E.**, (2000) : Comment on est soigné dans certains pays d’Afrique ? (en ligne). In “Jeune Afrique”, 29 août 2000, 45 p, (consulté le 21 mars 2008). Disponible sur http://www.jeuneafrique.com/jeune_afrique/articlejeuneafrique.asp?artcle=LIN29083comm_eeuqirf0
253. **BOUVENOT J., et al.**, (2002) : Facteurs influençant l’appropriation des recommandations médicales par les médecins. La Presse Médicale, du 7 décembre, tome 31, n°39, cahier1, p.1831-1835.
254. **BUSSON O., et al.**, (1999) : Environnement local, santé, soins et protection sociale. CREDES, Paris, 126 p.
255. **CASES C., et BAUBEAU D.**, (2004) : Peut-on quantifier les besoins de santé ? In DREES - Solidarité et santé, Paris, n°1. p. 17-22.
256. **CHABOT J-M.**, (1997) : Décision Médicale : des théories pour des pratiques. La Revue du praticien, n°47, Paris, p.877-878.
257. **CREEL L.C., et PERRY R.J.**, (2003) : Améliorer la qualité des soins de la santé reproductive chez les jeunes. Nouvelles perspectives sur la qualité des soins. Population Council et Population Référence, Washington, n°4, 8 p.
258. **CREEL L., C., SASS J., C., et YNGER N., V.**, (2002) : Aperçu de la qualité des soins pour la santé reproductive : définition et mesure de la qualité. Nouvelles perspectives sur la qualité des soins. Population Council et Population Référence, n°4, Washington, 8 p.
259. **DESCHAMPS J., MERCKX V., et SENAULT R.**, (1982) : "Services de santé et détermination des besoins de santé. In La revue du praticien, n°32, Paris, p. 50-2245.
260. **EVEILLARD P.**, (2004) : Evidence Based Medicine et médecine Générale : l’offensive canadienne. La Revue du Praticien – Médecine Générale, tome 18, n°640 du 9 février, Paris, p.171-172.
261. **FLEURET S., et SECHET R.**, (2001) : La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être. Presses Universitaires, Rennes, 236 p.
262. **FNORS**, (2004) : Inégalités cantonales de santé en France (en ligne). Rapport de la FNORS. 137 p. (consulté le 12 septembre 2008). Disponible sur : <http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux.htm>
263. **FOURNIER P., et HADDAD, S.** (1997) : Dimensions de la qualité des services de santé en Afrique au Sud du Sahara. In BRUNET-JAILLY J., (éd.). Innover dans les systèmes de santé : Expériences d’Afrique de l’Ouest. Karthala, Paris, p. 275-290.

264. **FOURNIER P.**, (2005) : Reformes des systèmes de santé et satisfaction du personnel : cas du Mali (en ligne). université de Montréal, Montréal, 21 p. (consulté le 18 juin 2008). Disponible sur : [http:// www.cerdi.org/Colloque/FSPD2005/papier/Fournier_ppt.pdf](http://www.cerdi.org/Colloque/FSPD2005/papier/Fournier_ppt.pdf)
265. **HADDAD S., et al.**, (1999) : What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary Health Care : Results of a Field Experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine*, Vol.10, n°3, p.271-283.
266. **HADDAD S., et al.**, (1990) : What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation. *Social Science and Medecin*, Vol.40, n° 11, p.1527-1537.
267. **HADDAD S., et al.**, (1998) : What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Social Science and Medecin*, Vol. 47, n°3, p. 381-394.
268. **HADDAD S., et FOURNIER P.**, (1995) : Quality, Cost and Utilisation of Health Services in Developing Countries: A Longitudinal Study in Zaïre. *Social Science and Medicine*, Vol.40, n°6, p.743-753.
269. **HONORAT, C. et BOUGET, J.** (2004) : Apprentissage de l'exercice médical. La démarche qualité en médecine (en ligne), université de Rennes, Rennes, 10 p. (consulté le 9 juin 2008). Disponible sur : [http:// www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/mg/AEMDQ04.pdf](http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/mg/AEMDQ04.pdf)
270. **KAMBIA-CHOPIN B.**, (2006) : La complémentarité santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultat de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS 2006). In question d'économie de la santé, mai 2008, n°132, p.1-4
271. **LACOSTE O., et SALOMEZ J-L.**, (1999) : Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? In ADSP, n°29, p. 6-43.
272. **LAVY V., et GERMAIN J., M.**, (1994) : Quality and Cost in Health Care Choice in Medicine. *Forthcoming Planing*, Vol.10, n°3, p.257-270.
273. **LORETTE G., et GRENIER B.**, (2002) : La lecture critique d'articles médicaux. Doin, Paris, 178 p.
274. **LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., et TONNELIER F.**, (2001) : Les soins de proximité : une exception française ?, IRDES, Paris, 93 p.
275. **MARECHAUX F., et EVEILLARD P.**, (2003) : L'EBM revisité. *La Revue du praticien-Médecine Générale* du 3 novembre, tome 17, n°629, Paris, p.1420-1421.
276. **MARIKO M.**, (1999) : Qualité des soins et demande des services de santé : application des modèles à choix discret pour Bamako. Thèse de doctorat en économie, Université de Clermont-Ferrand, CERDI, Clermont-Ferrand, 252 p.

- 277.**MERRYMAN D.**, (2003) : Soins de santé et dispositifs médicaux (en ligne). In Management Systems, nov.-déc. 2003, p. 28-31 (consulté le 29 mars 2008). Disponible sur : http://www.iso.org/iso/fr/beckman_ims6_2003.pdf
- 278.**MILLER FRANCO L., et al.**, (2002) : Pérenniser la qualité des soins de santé : l'institutionnalisation de l'assurance de qualité, USAID, USA, 68 p.
- 279.**NIANGALY A., KANTE N., et SOUMARE N'DIAYE A.**, (2001) : Qualité des soins dans les centres de santé communautaires de la région de Koulikoro (République du Mali) (en ligne). Médecine d'Afrique Noire, n°7, 48 p (consulté le 11 mai 2008). Disponible sur : <http://www.santetropicale.com/resume/74802.pdf>
- 280.**RANEY L., JOYCE S., et TOWNSEND J., W.**, (2003) : L'amélioration de la qualité de la santé reproductive : à quel prix ? Nouvelles perspectives sur la qualité des soins. Population Council et Population Référence, n°4, Washington, 8 p.
- 281.**ROEMER M., et MONTOYA-AGUILAR C.**, (1988) : Quality assurance assessment in primary health care. World Health Organisation, Genève, 78 p.
- 282.**SANKALÉ M.**, (1969) : Médecins et action sanitaire en Afrique Noire. Présence Africaine, Paris, 436 p.

CHAPITRE 2
BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Il s'agit ici de faire une revue analytique des ouvrages effectivement consultés. Le choix des ouvrages analysés est guidé par leur pertinence et le facteur de leur accès. Cette présente revue s'articule autour de quatre points :

- Santé, fait social, “spatialisation de la société” : quelle méthodologie en géographie de la santé?
- Santé et système de santé en Afrique subsaharienne ;
- Accès, accessibilité et recours aux soins de santé modernes et
- Soins de qualité : entre efficacité, adéquation et satisfaction.

2.1 Santé, fait social, “spatialisation de la société” : quelle méthodologie en géographie de la santé?

Aucun géographe digne de ce nom ne pourrait prétendre faire de la géographie sans se rapporter à l'espace. En effet, la géographie traite des rapports de l'homme et le milieu dans lequel se déroulent ses activités, le milieu qui influence peu ou pou l'activité humaine. La géographie est « l'étude de l'espace, de son organisation et de son fonctionnement » (GUMUCHAN, H. 1991). Selon BRUNET, J. (1990), il est presque très nécessaire de préciser que cette science qu'est la géographie est la science des territoires et plus particulièrement la science de l'organisation et de la différenciation de l'espace. Cette définition, qui a l'adhésion de la majorité des géographes, n'est recevable que si l'on admet une double lecture de l'espace. L'auteur attribue la première lecture à « l'analyse spatiale, la recherche des règles voire des lois dans la répartition des objets dans l'espace ; cette approche que l'on peut qualifier de formelle, s'efforce de privilégier l'analyse des formes spatiales, mettant en évidence les processus à l'œuvre ». La seconde lecture selon lui, doit privilégier la recherche de sens des formes spatiales d'une part et doit s'efforcer de montrer « comment ce même sens peut être créateur d'objets spatiaux » d'autre part.

Pour SALEM, G. (1992), si beaucoup de chercheurs s'intéressent à la géographie au point de produire des définitions tout au moins non semblables, toutes s'accordent à placer l'espace comme catégorie centrale de la discipline. La preuve qui sous-tend, cette vision de la chose est simple, car « tous les faits s'inscrivent dans un espace, mais les conséquences sont extraordinairement complexes, pour qui veut faire de cette catégorie le levier d'une recherche scientifique ». BAILLY, A. et BEGUIN, H. (1998) abondent dans le même sens, en faisant de l'espace le fondement, l'essence, la raison d'être de la géographie. Selon leurs termes, quelle que soit la perspective géographique : classique, néopositiviste, radicale ou comportementale,

deux éléments fondamentaux reviennent régulièrement dans les analyses. Ce sont l'espace et le temps. Ils soutiennent que « l'espace d'abord, on l'a vu, il est au cœur des pratiques humaines, donc de la géographie, celle de jadis, comme celle d'aujourd'hui ». C'est aux connaissances de l'espace et aux pratiques spatiales qu'elle s'attache. Le concept d'espace est donc tout à fait central pour la géographie concluent-ils.

Au début de l'année 2000, les géographes s'intéressent au "système-Monde", aux "découpages de l'espace", à l'articulation des "lieux", des réseaux" et des "territoires" (GOSME, C. al, 2006). D'après ces mêmes auteurs, la géographie a « surtout produit un projet nouveau, structuré autour des notions d'espace et d'organisation spatiale ». La géographie est dorénavant non plus en situation de charnière ou de carrefour des sciences naturelles et humaines, mais décisivement, elle s'est placée dans le champ des sciences sociales. L'espace est devenu l'opérateur d'un repositionnement global par lequel, sous des formulations diverses, la géographie s'est trouvée une nouvelle identité : « la science de l'organisation spatiale des sociétés, ou la science de la dimension spatiale du social ».

Dire de la géographie qu'elle est « une science sociale », c'est être en mesure de pouvoir expliquer l'association des termes suivants : "social", "espace" et "science" expliquait SALEM, G. (1992). Selon lui, le terme "social" parce que l'homme n'est spatialement efficace qu'en groupe (PELISSIER, P. 1985) et que la géographie traitant d'espace ne parle pas d'hommes mais de la société comme fait de l'espace. Le terme "espace" parce que « tout fait social y trouve une inscription visible ou non ». Enfin, le terme de science, car malgré tout, parce qu'il s'agit de trouver la démarche la plus rigoureuse possible pour parler des interrelations entre science et espace.

En définissant la géographie comme une démarche, une interface entre deux objets de connaissance irrémédiablement liés, l'espace et la société, SAUTTER, G. (1973) considère l'approche géographique comme « l'étude simultanée des formes de socialisation de l'espace et de la spatialisation de la société ». Dans ce même sens, SALEM, G. (1992) définit l'espace géographique comme un construit scientifique établissant les relations qu'une société entretient avec son environnement au travers d'indicateurs, de marqueurs spatiaux. Autrement dit, il s'agit de tester l'hypothèse d'une répartition géographique particulièrement d'un marqueur spatial, produit de l'interaction des facteurs environnementaux et sociaux, et d'en proposer l'explication. « C'est l'étude spatialisée des déterminants multiples d'une gestion

particulière de l'environnement à un moment donné ». Comment est-ce que la géographie de la santé aborde la question de l'espace ?

La géographie de la santé ne présente aucune originalité particulière, elle a tout au plus retrouvé l'ambition originelle de la discipline, en liant les phénomènes physiques aux phénomènes sociaux (PICHERAL, H., SALEM, G., 1992). Pour PICHERAL, H. (1985), l'espace n'est ni neutre, ni uniforme : il est différencié. Cette diversité liée autant à ses caractères naturels qu'à ces caractères humains, économiques, sociaux, culturels etc. détermine des paysages dont l'analyse vise à souligner les différences, les disparités. Aussi l'espace n'est-il non plus stable et définitif : il change, il évolue en fonction de sa gestion, de son occupation et de son aménagement, il est l'expression des rapports sociaux et donc des inégalités. Par conséquent, PICHERAL, H. (1985) conclut que c'est dans cette double optique : disparités spatiales et inégalités sociales que se situe l'approche de la géographie de la santé.

MENARD, B. (2003) confirme cette opinion. Pour cet auteur, la géographie, depuis longtemps, aborde les maladies et leur causalité pour étudier l'organisation de l'espace et les inégalités socioculturelles, car la maladie est considérée comme « un témoignage de relations entre l'homme et son milieu (GOUROU, P. 1982 ; SAUTTER, G., 1973). Pour définir les facteurs impliqués dans l'apparition d'une pathologie touchant des groupes, on fait appel à des caractéristiques de lieux et de personnes dans une réflexion espace-temps-population. L'espace géographique au fait, réclame une grille d'analyse socio spatiale ébauchant une lecture paysagère et sociale de relations spatialisées qui orientent l'explication de cas pathologiques en des lieux précis.

Pour l'heure, la contribution du géographe ne saurait se limiter à une simple spatialisation des données d'ordre médical et à leur cartographie. Il s'agit bien de resituer la santé dans son environnement global, c'est à dire de conférer aux faits de santé la capacité de différencier et de caractériser des populations dans leurs espaces, naturel, social, économique, culturel... et à différentes échelles (PICHERAL, H., SALEM, G., 1992). La géographie de la santé en elle-même intègre la géographie des maladies et la géographie des soins. La première mesure la distribution spatiale de telle ou telle affection et la seconde, la distribution spatiale de l'offre de soins et des ressources socio-sanitaires ainsi que de leur utilisation suivant les systèmes de soins et les types de sociétés (PICHERAL, H., 1984). Cependant, « la géographie de la santé est beaucoup plus que la simple addition de la géographie des soins et de la géographie des maladies encore moins de leur simple juxtaposition. Elle vise à mettre en perspective les

déterminants naturels et sociaux des états de santé en des lieux donnés » (SALEM, G. 1995). PICHERAL, H (1985) en fin de compte propose de définir la géographie de la santé comme « l'étude spatiale de la qualité de la santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé ». Il précise que l'objectif de la géographie de la santé est de mesurer les inégalités sociales face à la santé à travers leur projection dans l'espace, à l'échelle la plus fine possible afin de ne pas se noyer dans des grands nombres.

2.2 Santé et systèmes de santé en Afrique subsaharienne

Le système de santé est une réponse plus ou moins harmonieuse et cohérente aux besoins en santé des citoyens. Grands traits des options fondamentales de la politique sanitaire (RICHARD, J-L., 2001), le système de santé est marqué par de grands traits caractéristiques. D'après GOBBERS, D. et PICHARD, E. (2000), l'organisation du système de santé est caractérisée par le poids de l'héritage colonial, l'absence de mécanisme de sécurité sociale, les volontés pragmatiques, la typologie des soins, l'empreinte des institutions internationales, la dépendance aux disponibilités budgétaires. L'auteur explique que la majorité des pays d'Afrique au sud du Sahara restent marqués par le mode d'organisation des services de santé mis en place par les anciennes puissances coloniales. Il précise qu'« il y a quarante ans, suite à la vague des indépendances, les Etats durent gérer seuls les questions auxquelles la plupart n'avaient pas été préparés ». Par conséquent, les coopérations bi- et multilatérales apportent jusqu'aujourd'hui des concours techniques et financiers d'ampleur variable et dont les résultats sont contrastés. Dans ces Etats d'Afrique au sud du Sahara, existent des caisses de sécurité sociale dont la particularité est qu'aucune ne couvre le risque maladie. Et pourtant, les pouvoirs publics y ont prolongé le schéma global d'organisation d'avant les indépendances en remplaçant souvent ce qui rappelait la période coloniale par des structures promues par les diverses coopérations. Aussi vers la fin des années quatre-vingt ont-ils adopté des politiques à long termes au travers des PNDS constitués d'une déclinaison des objectifs assez semblables tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'augmentation de l'accessibilité aux soins, l'amélioration de la qualité des soins, la lutte contre le VIH-sida, la santé génésique et la planification familiale. L'auteur ajoute que la pyramide sanitaire dans cette partie de l'Afrique comprend les structures de premier niveau (dispensaire, case de santé, etc.), les structures spécialisées (dédiées à une maladie ou à un handicapé), les structures dites de référence (hôpital général) et les centres hospitalo-universitaires. Ces structures sanitaires offrent des soins préventifs constitués des activités vaccinales et d'une palette d'activités parmi lesquelles la

couverture de la femme enceinte contre l'anémie, le paludisme, la diffusion des moustiquaires imprégnées ; des soins curatifs concernant les pathologies locales en général et les affections chroniques en particulier ; et les soins dits promotionnels qui comprennent la promotion des rapports protégés dans le cadre des stratégies de lutte contre les MST et le VIH, et la planification des naissances. Les pays d'Afrique subsaharienne souffrent d'«une crise de financement du système de santé publique » (BOUBOU, C. et al, 2002). Le financement du système de santé est public parce que les structures le sont. Cependant, sous différentes philosophies, particulièrement l'Initiative de Bamako, les consommateurs paient désormais les prestations sanitaires selon une tarification sociale. L'auteur précise aussi que les systèmes de santé reçoivent, pour être efficace, le concours de nombreuses organisations internationales. MEDARD, J.F. (2005) pour sa part pense que, les systèmes de santé en Afrique subsaharienne trouvent leur origine dans la médecine coloniale hospitalière et militaire, traditionnellement gratuite. Il constate que, bien que les indicateurs de moyens concernant l'encadrement sanitaire soient largement supérieurs aux indicateurs de santé, les systèmes de santé présentent une mauvaise productivité. Ils ne sont pas capables d'administrer des vaccins et de distribuer des médicaments là où ils sont le plus nécessaires. L'état sanitaire déplorable constaté dans tous les pays d'Afrique subsaharienne ne fait que refléter les dysfonctionnements de ces systèmes de santé publique. Au-delà des inégalités régionales entre la ville et la campagne, des inégalités sociales, il ne s'agit pas fondamentalement d'un problème d'infrastructures et de manque d'équipements, ou même de manque du personnel. La réalité est que les équipements existants sont en fait sous utilisés, délabrés, ne sont pas entretenus et la maintenance fait défaut comme dans tous les secteurs, souligne MEDARD, J-F (2005). « Les systèmes de santé sont en crise » dit-il, espérant que leur décentralisation parviendra à modifier le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical et à recentrer les systèmes de santé sur leurs objectifs, la santé public, la santé de la population. BERTRAND, E. (2000) quant à lui parle du dysfonctionnement du système de santé, de frustrations, de désarroi du personnel, de précarité sanitaire des populations, et des dérives gestionnaires. Pour lui, le fonctionnement des structures de santé « pose problème »: équipes souvent inefficaces, plateau technique déficient ou obsolète, médicaments insuffisants ou manquants. Tout est à la charge du patient et de sa famille (médicaments, alimentation, petites fournitures). En fait, « l'argent, la corruption, la prévarication ont miné le système » et « seuls les gens aisés peuvent se faire soigner correctement ».

En ce qui concerne le rôle des systèmes de santé dans l'administration du territoire, MEUNIER, A. (2000), affirme que le système de santé, "composante du territoire" organise l'espace. Pour lui, les lieux les mieux équipés pendant la colonisation sont devenus aujourd'hui des centres urbains dans lesquels se trouvent la majorité des équipements publics dont font partie les hôpitaux, placés au sommet de la hiérarchie sanitaire. Pendant la même période, il est à constater que les structures de soins semblent davantage liées à la création de chefs-lieux administratifs, lieux théoriques de concentration de la population blanche et non à la situation sanitaire, considérée comme alarmante en raison de l'expansion de la trypanosomiase. Au jour d'aujourd'hui, la situation n'a pas changé. L'auteur précise que les autorités sanitaires développent l'offre de soins selon une demande supposée et des critères démographiques définis, le nombre d'habitants par exemple. Cette pratique a une incidence sur la répartition géographique. Les établissements sanitaires sont des lieux dépendant de l'empreinte de l'Etat sur son territoire, par le privilège accordé aux chefs-lieux administratifs. C'est pourquoi il faut comprendre que l'insuffisance des établissements sur certains espaces résulte de leurs faibles densités démographiques et du peu d'intérêt économique qu'elle représente. L'auteur conclut que quel que soit le niveau de la hiérarchie, les conséquences spatiales sont identiques : il existe un lien évident entre la santé publique et l'aménagement du territoire. La répartition géographique des ressources sanitaires contribue à l'organisation de l'espace et détermine le niveau de desserte, d'accessibilité et de recours aux soins de la population. (PICHERAL, H. 1996).

2.3 Accès, accessibilité et recours aux soins de santé modernes

En Afrique au sud du Sahara, les efforts des Etats d'offrir les soins de santé à tous, se manifestent par une augmentation des structures sanitaires. Or selon RICHARD, J-L. (2001), les réseaux de services de santé publics mis en place ne peuvent espérer jouer le rôle qui leur est assigné que s'ils sont potentiellement accessibles et surtout effectivement utilisés. Ce dernier reconnaît que la preuve de l'accès est l'utilisation des services pas simplement leur présence, et que l'accès potentiel aux soins de santé dispensés dans les centres de santé dépend en premier lieu de la couverture sanitaire, c'est-à-dire du volume de services de santé, de lits d'hospitalisation disponibles pour une population donnée. Pour l'auteur, toute mesure améliorant la disponibilité ou l'accessibilité des services débouchera sur une augmentation globale du recours aux soins. L'amélioration de l'accessibilité en fait passe soit par l'accroissement de la mobilité, soit par la réduction de la distance aux services de santé. Une

des acceptations de l'accessibilité est, précise l'auteur, "la facilité avec laquelle un lieu peut être atteint avec d'autres lieux" (SMALL, J. et WITHERICK, M., 1986).

TONNELIER, F. et VIGNERON, E. (1999) abordant la problématique d'accès aux "points" où se dispensent les soins, reconnaissent en la distance un déterminant de recours aux soins de santé. Ils conçoivent absurde de ne pas intégrer le rôle de la distance aux soins dans la planification sanitaire. La distance physique exprimée en kilomètre ou mieux encore en temps de trajet, demeure la condition principale de l'accessibilité. Abondant dans le même sens, GISH, O. (1984) considère le déplacement des patients vers les structures sanitaires comme l'aspect le plus important en cas de recours aux soins modernes de santé. En effet, explique-t-il, en pays en voie de développement, le déplacement des patients se fait presque à pieds et les distances peuvent être estimées à trois heures soit 16 km d'un service fixe. La mobilité est donc importante pour donner à tous les chances égales d'accès aux soins médicaux modernes.

Soulevant l'inquiétude qui se résume au fait de savoir si le recours aux soins est fonction de la géographie et donc des lois connues sur les distances à parcourir, QUESNEL, A.B. (2002) se satisfait de reconnaître que les facteurs socio-économiques constituent un facteur de se mouvoir sur une plus ou moins grande distance afin d'accéder à une offre de soins modernes de santé. En ce sens, l'UA et la Commission économique pour l'Afrique affirment que souvent, ce sont les familles les plus pauvres qui sont les plus éloignées des établissements de soins. Dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne en particulier, elles rencontrent d'énormes difficultés pour recourir aux soins. En effet, elles doivent parcourir de longs trajets et supporter des coûts d'opportunité élevés pour bénéficier des soins.

DIOUF, M.T. (2004) aborde aussi le même problème que QUESNEL, A.B. (2002). Dans une étude sur la représentation populaire de la maladie et les options thérapeutiques chez les femmes enceintes et les enfants de moins de dix ans : le cas des fièvres et/ou de l'accès palustre en milieu rural, postule que l'utilisation des médicaments des centres de santé modernes est déterminée par un certain nombre de facteurs socioculturels. Aussi les populations de certains villages sont-elles obligées de réaliser de longs trajets pour accéder à certains postes de santé. L'auteur précise que le recours thérapeutique en cas de fièvre ou paludisme est dépendant des représentations populaires de la maladie, de la perception de l'offre de soins et bien entendu d'enjeux économiques. A ce propos, la mère d'une fillette déclare : « si les gens veulent qu'on amène nos enfants au dispensaire, ils n'ont qu'à nous mettre dans les mêmes conditions que les autres villages. Je n'emmènerai pas mes enfants tant qu'on ne nous construira pas un

dispensaire dans notre village. Comment voulez-vous que je mette un enfant de plus de quatre ans sur le dos, que je traverse tous ces marigots pour aller dans un dispensaire où on ne me donnera que des ordonnances à acheter ? ».

Outre l'âge, le revenu, et surtout la disponibilité à proximité du patient d'un centre offrant les soins, qu'ils nomment facteurs traditionnels, les coûts des prestations médicales sont pour KOUAMELA, K., TANO, K. et ABOULE J. (2006) le principal déterminant du recours aux différents services de santé modernes. Les auteurs pensent que le recours aux soins de santé est un phénomène complexe qui, bien souvent dépasse le problème de la disponibilité des infrastructures sanitaires dont les disparités dans la localisation agissent sur leur utilisation donc sur le recours aux soins. C'est d'ailleurs cette mauvaise répartition qui agit sur les taux de mortalité officiellement "élevés et pas du tout signalés" selon USAID (1990). La même source indique qu'il y a si peu de possibilités de soins de santé dans certaines régions des pays en développement.

Dans un article anonyme publié dans Agenda 21, volet santé, il est stipulé que l'état de santé, état complet de bien être physique, mental et social, dépend de l'accès aux soins, notamment de proximité, même si l'accès aux soins ne se limite pas non seulement à une accessibilité géographique, mais aussi aux conditions financières. C'est d'ailleurs ce que précise le Ministère de la santé du Togo (2006) en ces termes : « une frange importante de la population vit dans la précarité et éprouve d'énormes difficultés pour accéder aux soins de santé ». Le même Ministère déclare qu'une meilleure compréhension des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé, qui doit évidemment se traduire par la consommation réelle des soins, aidera les responsables et les décideurs en matière de santé à mettre en place des politiques universelles qui favorisent l'accessibilité. Aussi pour LAHLOU, Y. (2005), se soigner est-il devenu un luxe pour les classes moyennes et a fortiori pour les groupes les plus défavorisés. Cette idée se confirme par le fait qu'en Afrique en général, plusieurs milliers de personnes n'ont ni accès aux infrastructures médicales, ni les moyens d'assurer leur frais de santé ; ils sont livrés à eux-mêmes face à la maladie. Face à cette situation AYE, M. (2000) se pose une et une question : comment s'organisent les usagers pauvres pour avoir accès aux soins de santé modernes devenus désormais payants (BOUBOU, C. et al, 2002) ? Après moult investigations, il arrive en fin de compte à la conclusion selon laquelle plusieurs malades démunis n'ont accès aux soins de santé modernes que grâce à la solidarité de leurs parents, amis et associations locales dont ils sont membres.

Quant à FLEURET, S. et SECHET, R. (2004), ils pensent que l'accessibilité change selon le mode de transport utilisé ou disponible. Pour eux, la « facilité d'accès », l'accessibilité aux différents niveaux du système de soins peut être perçue en termes de trajet : temps, distance, rationalisation des déplacements, et en termes de trajectoire : le chemin à parcourir dans le système de soins pour une prise en charge adéquate. Il affirme que si on part des besoins de santé, l'accessibilité ne devait pas se reposer sur la prise en compte des flux dominants, mais sur la capacité de tous les individus à accéder au service, et donc à l'équipement.

PICHERAL, H. et SALEM, G. (1992) tout en présentant les inégalités dans la distribution des services de santé, pensent que ces inégalités géographiques des ressources sanitaires expliquent l'essentiel des inégalités de consommation. En effet, plus les populations disposent d'une bonne desserte, plus elles font appel aux systèmes de soins. La consommation serait donc d'abord fonction de l'accessibilité, et donc de la distance poursuivent-ils. Ils affirment aussi que l'inégal accès physique aux soins se combinait à des facteurs sociaux et culturels complexes, tenant à la fois à l'offre et à la demande de soins, notamment traditionnel.

Pour NIANG, A. et HANDSCHUMACHER, P. (1985), le recours aux soins est défini, comme le précise PICHERAL, H. (1985), comme « l'expression et la manifestation de la morbidité ressentie et/ou diagnostiquée qui se traduit dans la consommation médicale ». Les auteurs montrent que, selon l'OMS, l'accès aux soins est satisfaisant quand la fréquentation atteint un taux de 70%, soit un contact de 0.7 fois par an et par personne. Ils pensent aussi qu'il existe toujours un rapport entre le recours et l'existence d'un poste de santé dans le village ou à proximité. L'expression des besoins de santé ne peut se faire que dans le cadre d'une bonne accessibilité au système de soins. Le recours aux soins est un acte social qui est modulé par tout un système qui est la somme des moyens matériel et humain mis à la disposition des populations par une politique de santé. Enfin selon les auteurs, dès que l'accessibilité aux services de santé est acquise, les besoins de santé de la population sans cesse croissante s'exprimeraient alors par un grand recours. Cependant, il faut reconnaître que le recours effectif aux soins n'est pas seulement lié à l'accessibilité des services mais aussi et surtout à la qualité de la prestation du service.

2.4 Soins de qualité : entre efficacité, adéquation et satisfaction

Les systèmes de santé du monde entier reconnaissent la nécessité d'améliorer la qualité des soins. C'est pour ce faire que ces systèmes, selon MILLER FRANCO, L. et al (2002) adoptent de plus en plus des principes directeurs basés sur des preuves recherchant la réduction des

erreurs médicales et protégeant la sécurité des patients. Les organisations de soins ne peuvent pas se permettre d'ignorer la qualité, tant elle n'est plus un luxe que les plus nantis peuvent s'offrir, mais un impératif pour tous. En effet, l'assurance de la qualité en santé est un ensemble d'activités qui contribuent à définir, concevoir, évaluer, suivre, et améliorer la qualité des soins de santé. Si l'adéquation de la distribution des médicaments, des financements, de la répartition des ressources humaines et des systèmes de formations technique et professionnel contribuent à la qualité des soins, l'assurance de qualité garantie que tous les processus appropriés fonctionnent efficacement et de manière synchronisée pour obtenir des soins de santé de qualité. L'assurance de la qualité a pour but d'améliorer et de pérenniser la qualité des soins de santé. Les auteurs ont donc identifié, dans le projet d'assurance de la qualité, neuf dimensions de la qualité des soins : la performance technique désigne la mesure dans laquelle les tâches effectuées par les agents de santé et les établissements sont conformes aux normes ou répondent aux attentes techniques. L'accès aux services reflète l'absence d'obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques aux services. L'efficacité des soins est la mesure dans laquelle les résultats souhaités sont atteints, tandis que l'efficacité de la prestation de services a trait à l'utilisation des ressources pour produire ces services. Les relations interpersonnelles désignent l'écoute et la communication efficaces entre le prestataire et le client. La continuité des services désigne la fourniture de soins par le même prestataire pendant toute la durée des soins, lorsque cela est faisable et approprié. L'innocuité, la mesure dans laquelle les risques de blessure, d'infection et d'autres effets secondaires dangereux sont minimisés. La dimension infrastructure matérielle et confort est parfois désignée par le terme d'« agrément » ; elle comprend l'apparence matérielle et la propreté de l'établissement, et le confort ainsi que l'intimité qu'elle offre aux patients. Le choix désigne la liberté qu'ont les patients de choisir leur prestataire, leur traitement ou leur plan d'assurance, suivant ce qui est approprié et faisable. Ils précisent pour finir que la qualité des soins désigne la mesure dans laquelle ces neuf dimensions de la qualité sont présentes dans les soins de santé qui sont fournis à un client.

Abondant dans le sens de qualité de soins, NIANGALY, A., KANTE, N. et SOUMARE N'DIAYE, A. (2001) identifient six indicateurs pour étudier la qualité des soins dans les centres de santé communautaires de Koulikoro au Mali. Ces indicateurs sont les suivants : l'accueil au centre de santé, la disponibilité des médicaments, la permanence des soins, l'organisation de la référence, la proportion des localités bénéficiant de la stratégie avancée et le ratio d'utilisation des services. Ils constatent en effet que l'insuffisance du personnel et le

non respect des horaires de travail par la population font que le temps d'attente est parfois long ou que les agents refusent parfois de recevoir les clients à une heure tardive de la nuit. Outre les ruptures de stocks de médicaments ou de vaccins, provenant de la mauvaise gestion, la permanence des soins n'est pas tout à fait assurée dans la grande majorité des centres de santé.

Pour RICHARD, J-L. (2001), la disponibilité en bâtiments, matériel et médicaments n'est pas synonyme d'un bon état de santé, mais c'est plutôt la disponibilité des soins de santé efficaces, correspondant aux besoins du moment du patient. L'auteur affirme que les absences répétées, assez fréquentes et parfois longues du personnel nuisent évidemment à la continuité des soins. Il déplore le fait que ce personnel desservant les infrastructures de santé exerce des tâches ne relevant pas de leur compétence : un travail qui devait se faire par un médecin en pays développé se fait par des aides-soignants, des infirmiers etc. Les soins de qualité sont restreints à cause de la pauvreté en matériel et en médicaments. MEDARD, J.F. (2005) insiste davantage sur la compétence et l'attitude du personnel médical. Pour lui, le problème du personnel est plus qualitatif que quantitatif. En effet, il s'agit simplement et purement d'une absence de compétence technique et de l'ignorance la plus élémentaire de la déontologie. Tous les diagnostics, affirme l'auteur, s'accordent à mettre en cause le comportement du personnel médical et paramédical, qui se caractérise par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité de soins qui en découle et le recours systématique à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et attribution des médicaments.

Cependant, pour FOURNIER, P. et al (2005), la performance du secteur sanitaire dépend en grande partie des connaissances, des compétences, de la motivation, de l'attitude et de l'effort du personnel en relation étroite avec les bénéficiaires de service. Selon les auteurs, une meilleure gestion du personnel, l'amélioration de l'environnement physique, du milieu et du matériel de travail contribuerait à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services qu'ils produisent. Il faut faire des professionnels plus motivés et des agents proactifs, invitent les auteurs, car de plus en plus, les réformes des systèmes de santé exigent de nouvelles performances.

Dans le même sens, l'OMS (1994) pense qu'il faudrait concevoir un système d'incitation au perfectionnement continu afin de développer le potentiel de chaque membre du personnel. Pour l'OMS, l'assurance de la qualité, reposant sur l'évaluation continue des résultats effectifs et leur comparaison avec des prévisions ou des normes, doit permettre d'obtenir régulièrement

des renseignements sur l'efficacité des services de santé, d'évaluer leur mode de prestation, d'en expliquer les causes, de prendre des mesures pour améliorer les soins et vérifier les effets de ces mesures sur les résultats.

Quant à DUBOIS, O. (1999), la qualité de l'acte médical tient à trois niveaux : les procédures utilisées, c'est-à-dire la conformité des prescriptions diagnostiques et thérapeutiques par rapport à la situation observée, au même moment et dans des lieux analogues ; les moyens matériels employés qui doivent être conformes aux normes techniques et aptes à produire le résultat attendu, et de la compétence professionnelle. Cette dernière associe les connaissances de base ou théoriques acquises à l'université, entretenues ou perfectionnées. L'auteur conclut que l'acte médical de qualité est celui d'un bon médecin, celui qui bénéficie de la confiance, qui écoute attentivement et répond de façon loyale, claire et appropriée aux interrogations.

« L'éthique médicale impose à tout médecin d'offrir à chaque patient la meilleure qualité de soins possible » expliquaient les professeurs HONORAT, C. et BOUGET, J. (2004). Selon eux, la société exige de plus en plus des médecins des soins de qualité. Selon ces auteurs, les soins de qualité sont définis par l'OMS comme des soins efficaces et conformes aux normes admises par les plus hautes autorités en la matière, des soins appropriés, sûrs c'est-à-dire comportant le minimum de risque, les moins coûteux, accessibles et acceptables pour le patient entraînant sa satisfaction etc. En effet pour offrir des soins de telles caractéristiques, un médecin doit accumuler des connaissances et de savoir faire. Il est contraint d'avoir de certitude dans sa pratique professionnelle et faire sien une culture du doute et de remise en cause permanente. Pour les auteurs, un médecin expert est celui qui apprend à évaluer en permanence ce qu'il fait et qui actualise ses connaissances jusqu'à la fin de sa vie professionnelle. Evaluer ses connaissances, c'est s'assurer que sa pratique professionnelle réelle est conforme à la démarche théorique développée. L'évaluation en médecine pensent les auteurs, tient au fait de recueillir des données, de les comparer à une situation optimale afin de prendre une décision. En conséquence, la qualité d'un système de soins s'évalue in fine sur ses résultats et l'évaluation des pratiques s'impose comme point de départ à toute démarche qualité en médecine.

Enfin pour MERRYMAN, D. (2003), la qualité du service médical est redevable de la qualité du matériel. Tous les dispositifs médicaux doivent être certifiés conformes aux normes de qualité. C'est pourquoi l'auteur pense que les certifications de conformité s'imposent à tous les fabricants des dispositifs médicaux. Ces certifications sont d'autant plus importantes que « pour une analyse de sang, et qui plus est en cas d'urgence, la rapidité et l'exactitude des résultats

vous semblent de rigueur ». Donc pour assurer des soins de santé «aptes à satisfaire les besoins exprimés ou implicites et qui satisfont effectivement le consommateur», la tendance est à rechercher l'amélioration de la qualité des dispositifs médicaux.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE
SYNTHESE ET ANALYSE DE LA BIBLIOGRAPHIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3
QUALITE DES SOINS DE SANTE MODERNES DANS LES
STRUCTURES SANITAIRES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE :
SYNTHESE ET ANALYSE THEMATIQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Dans cette partie, nous serons guidé par une approche à la fois synthétique et analytique de la problématique de la qualité des soins de santé modernes. Ainsi, après la définition des concepts clés de notre travail, nous ferons une analyse sur la question du fonctionnement des systèmes de santé, des déterminants de non recours aux soins de santé modernes et de l'assurance qualité des soins de santé modernes.

3.1 Définition et clarification des concepts

Accessibilité

L'accessibilité est le potentiel d'accès au service. PICHERAL, H. (2002) la définit comme une capacité d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Cette capacité, selon RICHARD J-L (2001), est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisation, architecturaux, culturels et informels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services. Elle se traduit par une possibilité de recourir aux prestataires et surtout une possibilité financière de recourir à des services de santé ou à une innovation médicale.

Accès

L'accès en matière de santé conduit à une utilisation plus appropriée des services offerts. La preuve de l'accès est l'utilisation effective des services (RICHARD, J-L, 2001). L'accès reste en fait une réalité mesurable par la fréquentation, il est conditionné par une bonne accessibilité.

Adéquation

L'adéquation désigne la mesure dans laquelle le service parvient à s'acquitter des tâches qui lui sont assignées. Ce concept a des composantes à la fois quantitatives et qualitatives.

Besoin, Besoins exprimés

Le besoin peut être défini comme une carence sanitaire déterminée scientifiquement par des moyens biologiques, épidémiologiques etc., qui appellent des mesures préventives et curatives, et en dernière analyse des mesures d'éradication.

Les demandes effectivement adressées aux services de santé mis à la disposition de la population constituent ce qu'on appelle besoins exprimés. En effet, les demandes peuvent être

plus grandes que l'utilisation réelle des services du fait qu'il y a une différence entre les besoins perçus par les malades et les mêmes besoins déterminés par les techniciens.

Consultation

La consultation désigne tout contact entre médecin et malade, mais aussi plus communément dans le cas où le malade se rend au cabinet du médecin, ou tout simplement, dans une structure sanitaire donnée.

Couverture sanitaire

La couverture est le rapport entre les structures sanitaires par unité administrative d'une part et la population ou la superficie d'autre part. C'est au fait le pourcentage de ceux qui bénéficient des offres des structures sanitaires par rapport à l'ensemble de la population à laquelle elles sont destinées dans un espace circonscrit. Ainsi, la couverture qualitative dépend du niveau des techniques de santé offertes à la population, niveau qui se définit par les capacités du matériel et du personnel (HOGARTH, J., 1977).

Demande

C'est la capacité et/ou le pouvoir de réclamer et utiliser des services de santé. Elle est normalement mesurée par le taux d'utilisation effective des services de santé. Il faut tenir compte du fait que tous les services ressentis par une population ne peuvent pas toujours se traduire en besoins exprimés ou en demande, cela pour diverses raisons : manque de services de santé accessibles, défaut d'information, manque de confiance, revenus insuffisants etc.

Dispositif médical

Les dispositifs médicaux sont des produits de santé qui sont définis dans le Code de la Santé publique à l'article L. 5211-1, Cinquième partie, Livre II, Titre I, "On entend par Dispositif Médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Plus précisément, les dispositifs médicaux sont utilisés à des fins de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie. Ainsi, un dispositif médical peut être aussi bien une seringue qu'un cathéter mais aussi un

scanner ou un appareil à IRM (Imagerie à Résonance Magnétique), en passant par les implants, les pansements, les lunettes...Allant du consommable le plus banal à l'équipement le plus onéreux, les dispositifs médicaux représentent un ensemble très hétérogène, essentiel à la pratique médicale préventive, diagnostique, thérapeutique ou de suppléance, et qui englobe presque tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques qui ne sont pas des médicaments.

Infrastructure sanitaire, centre de santé

Infrastructure ou centre de santé dans ce concept renvoient tous à une institution assurant des services médico-sanitaires à une collectivité déterminée. Elle s'occupe des activités destinées à prévenir la maladie et à promouvoir la santé des individus, des familles, des groupes particuliers et de l'ensemble de la collectivité.

Médicament

Le médicament, c'est toute substance ou composition, possédant des propriétés curatives ou préventives, administrée à l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic ou de traitement d'une maladie, ou d'une modification d'une fonction physiologique. Le médicament peut être aussi défini comme toute substance ou produit utilisé ou destiné à être utilisé en vue de modifier ou d'étudier un système physiologique ou un état pathologique dans l'intérêt du sujet auquel il est administré ((HOGARTH, J., 1977 ; LAZORTHE, G., 1997).

Morbidité

La morbidité se définit comme tout écart, subjectif ou objectif, par rapport à l'état du bien-être physiologique. La morbidité peut s'exprimer en termes de personnes malades et/ou d'épisodes de maladies. (HOGARTH, J., 1977).

Personnel médical

Le personnel médical est l'ensemble des personnes qui exercent dans une structure sanitaire ou dans un espace donné.

Qualité

Selon le petit Robert, la qualité désigne ce qui rend une chose bonne, meilleure. Cependant, dans le contexte des soins de santé, il existe de nombreuses définitions différentes du terme « qualité ». D'après ROEMER, M. et MONTOYA-AGUILAR, C. (1988), la qualité passerait par une exécution correcte, conforme aux normes, d'interventions dont l'innocuité est

connue, qui sont d'un coût abordable dans la société en question et qui sont capables d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition. « La qualité des soins techniques consiste à appliquer la science et la technologie médicales d'une manière qui maximise ses avantages pour la santé sans en accroître dans le même temps les risques. Le degré de la qualité est donc la mesure dans laquelle on s'attend à ce que les soins fournis procurent l'équilibre le plus favorable possible entre risques et avantages » (DONABEDIAN, A. 1980). En fait, la qualité consiste à faire ce qu'il faut, à le faire correctement, à la première fois, et à le faire mieux la fois suivante, avec des ressources limitées et à la satisfaction de la communauté (Ministère de la Santé et de la Population du Malawi 1997). L'OMS définit la qualité dans les établissements sanitaires comme une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient le meilleur résultat, au meilleur coût, au moindre risque et pour une grande satisfaction. A cette définition, il conviendrait d'ajouter que, outre cette démarche, la qualité dans son ensemble, exige en amont et en aval, la disponibilité et l'accès à tout ce qui peut satisfaire un demandeur de soins

Satisfaction

Le terme de satisfaction sous-entend que la prise de décision n'est pas exclusivement un processus rationnel parce qu'il n'est pas toujours possible, dans les décisions réelles de maximiser ou d'optimiser les résultats. La satisfaction correspond à un résultat suffisamment bon, mais pas nécessairement le meilleur possible.

Les soins de santé comprennent non seulement les soins aux personnes atteintes de maladies aiguës ou chroniques, mais aussi la réadaptation, le dépistage, l'entretien de la santé, la prévention de la maladie ou la réadaptation des malades. L'éducation sanitaire en fait partie intégrante à tous les stades.

Système de santé

On entend par système de santé, toutes les activités, officielles ou non qui portent sur les services de santé mis à la disposition d'une population donnée et sur l'utilisation de ces services par la population. Le système de santé constitue le résultat de la rencontre entre les capacités des citoyens, au sens défini par l'OMS : physique, psychique, et social, les autres qui prétendent répondre à cette aspiration en offrant des prestations de différentes natures. Selon GOBBERS, D. et PICHARD, E. (2000), le système de santé comporte, selon les pays, un ensemble de possibilités mises en œuvre par la puissance publique avec lequel cohabite, de

manière plus ou moins harmonieuse et tolérée, une offre multiforme de diagnostic et de soins. Ainsi il est intéressant de comprendre que le système de santé résulte de la volonté des pouvoirs législatif et exécutif de façonner un environnement pour garantir un meilleur état de santé aux populations.

3.2 Des systèmes de santé marqués par une insuffisance notoire

Le bon fonctionnement des systèmes de santé se traduit par un bon état de santé des populations. Partout dans la zone subsaharienne, il est question d'un dysfonctionnement des systèmes de santé au point qu'il est constaté son effondrement et sa situation de crise (MEDARD, J.F, 2005). Comment se présente la situation sanitaire en Afrique subsaharienne ?

3.2.1 Indicateurs généraux de santé.

L'évaluation de la santé passe par la définition d'un certain nombre d'indicateurs. Les indicateurs d'évaluation de la tendance sanitaire sont un "moyen simple et efficace" (OMS, 1998, LAZORTHES, G., 1997) permettant de jauger l'état de santé, les conditions de bien-être de la société. En effet, outre les indicateurs d'état qui englobent à la fois la mortalité, la morbidité et l'espérance de vie à la naissance, jugés classiques (OMS, 1998), il sera question dans cette présentation des indicateurs de moyens et des indicateurs de production ou d'activité. Les premiers concernent les équipements en termes de lits d'hospitalisation, d'appareillage et les seconds du nombre de journées d'hospitalisation et de consultations et d'évaluation financière.

3.2.1.1 Indicateurs d'état

L'Afrique subsaharienne est une zone de forts taux de mortalité. La transition démographique est toujours à l'étape où on observe des taux de fécondité et de mortalité hors norme. Cependant, avec les progrès de la science et de la médecine, l'amélioration de la qualité de la vie, d'approvisionnement en eau potable etc., la majorité des pays d'Afrique au sud du Sahara connaissent un recul de leurs taux de mortalité. La durée de vie moyenne a augmenté très lentement dans certains pays (LAZORTHES, G., 1997, OMS, 1998). Ces progrès enregistrés restent faibles par rapport aux autres parties du monde.

3.2.1.1.1 Mortalité

La santé et la mortalité des enfants de 0 à 5 ans sont toujours, une préoccupation majeure en Afrique sub-saharienne. Dans les années 1950, tous les pays en développement connaissaient

une énorme mortalité des enfants, près d'un sur six disparaissant avant l'âge d'un an, autour d'un sur quatre avant 5 ans. Les énormes progrès réalisés depuis les années 1960, n'ont pas réussi à changer la donne : les enfants de l'Afrique subsaharienne demeurent de loin les plus défavorisés à tout point de vue en matière de santé infanto-juvénile (TABUTIN, D. et SCHOUMAKER, B. 2004). Aujourd'hui, avec une mortalité infantile de l'ordre de 95‰, l'Afrique subsaharienne est désormais bien loin des autres régions du monde, toutes ayant un taux compris entre 30 ‰ et 50 ‰. En outre, la mortalité des enfants d'âge compris entre 1 et 5 ans y est très élevée de l'ordre de 75 ‰ ; il en résulte qu'un petit Africain sur sept disparaît aujourd'hui avant l'âge de cinq ans. Aussi les disparités géographiques ou sociales y sont-elles néanmoins importantes. En fait, la mortalité infanto-juvénile est très élevée en milieu rural qu'en milieu urbain et dans les couches sociales pauvres qu'ailleurs (SALEM, G. 1998).

Quant à la mortalité maternelle, c'est-à-dire le risque de décès imputable à la grossesse, elle a été estimée à 430 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 1990 à l'échelle mondiale (OMS, 1998). Cette mortalité, bien qu'en déclin, est dans l'ensemble très élevée dans certains pays en Afrique au sud du Sahara (ADI, T., 2004). A ce propos, il est à signaler qu'elle est encore plus élevée dans les régions qui ont peu de possibilités de soins (USAID, 1990). Avec une moyenne estimée à 870 décès pour 100 000 naissances, soit près de 1 femme pour 100 naissances, elle y est trois fois plus élevée qu'en Asie du Sud-Est, cinq fois plus qu'en Amérique latine, sept fois plus qu'en Afrique du Nord et quinze fois plus qu'en Asie de l'Est (TABUTIN, D. et SCHOUMAKER, B. 2004). En Afrique subsaharienne, une fille sur seize court un risque de décès maternel au cours de sa vie reproductive, contre une Asiatique de l'Est sur 840 et une Européenne sur 2400 (OMS, 2003). Ces chiffres illustrent les risques énormes qu'encourent toujours les Africaines au cours de leur vie féconde. En ce qui concerne la mortalité proportionnelle, le nombre de décès à l'âge de 50 ans et au dessus par rapport au décès de tous les âges, défini par l'OMS en 1963 comme indicateur de santé, a aussi progressé de 3,4 ‰ en 1955 à 4,5 ‰ en 1975 puis à 5,8 ‰ en 1975, ce taux serait de l'ordre de 8 ‰ en 2025 (OMS, 1998). Les différents taux de mortalité sont liés à la fois à la demande de santé de la part de la population en matière de suivi des grossesses, aux conditions d'accouchement et à l'offre de santé, en termes de quantité et qualité des services, et à l'efficacité, l'adéquation et l'assurance des actes médicaux thérapeutiques en cas de pathologies. Quelle peuvent être les causes de morbidité en Afrique subsaharienne ?

3.2.1.1.2 Morbidité

La survenue de l'état morbide est "la résultante de multiple processus" (PICHERAL, H. 1985). La maladie est considérée comme le résultat, le témoignage des liens que l'homme entretient avec son milieu (GOUROU, P., 1983 ; DOUMENGUE, J-P. et GHAGAS, I., 1991 HERVOUET, J-P., 1992 et MENARD, B., 2003), et la probabilité de présenter un état pathologique diffère d'un milieu à un autre ; certains milieux se montrent porteurs de risques pour les communautés, qui y vivent que d'autres (REMY, G., 1988 ; RAYNAUD, C., 1989 ; VAGUET, A., 1989 ; HANDSCHUMACHER, P. et al., 1992 et MENARD, B., 2003). La morbidité se caractérise en Afrique au sud du Sahara par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires au premier rang desquelles se trouvent le paludisme, la tuberculose, le VIH/IST et les infections aiguës des voies respiratoires. Les maladies infectieuses sont dominantes et représentent à elles seules 43% des pathologies enregistrées (OMS, 1998). Le paludisme est la première cause de morbidité, mais d'autres pathologies d'origine tropicale comme l'onchocercose, la trypanosomiase, la schistosomiase, la dracunculose constituent une préoccupation majeure (GOBBERS, D. et PICHARD, E., 2000). Aujourd'hui, la réalité est toute autre. A côté des grandes endémies de jadis, se signalent des morbidités liées à l'absence d'assainissement, à l'habitat précaire, au chômage et à la pauvreté. Aussi les "nouvelles morbidités", qui menacent-elles tant soit peu l'état parfait de bien-être complet (OMS, 1952) des populations d'Afrique subsaharienne de nos jours, sont essentiellement des maladies d'origine alimentaire dues à une contamination par des micro-organismes, des substances chimiques ou des toxines, courantes dans de nombreux pays subsahariens grâce aux échanges des denrées alimentaires, des accidents "intentionnelles" de type chimique, liés aux décharges chimiques, et surtout les catastrophes environnementales (OMS, 2007). Comment se présente l'espérance de vie en Afrique subsaharienne ?

3.2.1.1.3 Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est particulièrement basse dans les années 1950. Elle était estimée à 37 ans. Cependant, à partir des années 1960, 1970 et 1980, tous les pays africains ont progressé sensiblement avec des gains moyens annuels d'espérance de vie souvent de l'ordre de 0,30 année (TABUTIN, D. et SCHOUMAKER, B. 2004). Mais pendant ces dernières quarante ans, l'Afrique, malgré les progrès les plus rapides réalisés, les espérances de vie sont toujours presque à l'image de la situation des années 50. Certes, les espérances de vie ont progressé : de 37 ans en 1955, 48 ans en 1980 et de 52 ans en 1995 (GUENARD, C. et DUBOIS, J-L., 2003),

elle devrait atteindre 73 ans en 2025 (OMS, 1998). Cet indicateur présente des inégalités suivant des régions ou des pays. De 1990-1994 à 2000-2004, selon les estimations des Nations unies, l'espérance de vie régionale a stagné en Afrique de l'Ouest à 50 ans, a reculé de près de 3 ans en Afrique centrale et en Afrique de l'Est, 43 ans en 2002 et s'est effondrée de 15 ans en Afrique australe se situant à 46 ans.

3.2.1.2 Indicateurs de moyens

Le second type d'indicateur de santé est celui qui permet de jauger les capacités en équipements producteurs. D'ordinaire, les plateaux techniques des structures sanitaires sont insuffisants, vétustes, avec souvent des équipements de laboratoires et une radiologie peu fonctionnels par manque de crédits de maintenance (BERTRAND, E., 2000, MEDARD, J-L, 2005). Dans cette situation, il est difficile au personnel de produire des actes médicaux qui satisfont les attentes, ou les besoins des demandeurs de soins (MERRYMAN, D., 2003). Certaines pathologies ne sont pas diagnostiquées pour le simple fait que l'équipement nécessaire, les appareils de tomodensitométrie (scanners) et de résonance magnétique nucléaire, n'existent pas, même dans certaines structures sanitaires voire dans les CHU de certaines grandes capitales d'Afrique subsaharienne. Dans ces structures sanitaires, le nombre de lits d'hospitalisation est en nombre insuffisant. Il varie de un lit pour 5000 habitants à un lit pour 8500 habitants. Quant au personnel médical, le nombre est aussi insuffisant par rapport aux besoins. En effet, quatre décennies après les indépendances, les personnels des divers métiers utiles aux structures sanitaires sont en nombre limité (BERTRAND, E. 2000), ce qui explique tant soit peu la prolifération de certains acteurs comme les accoucheuses traditionnelles, les tradipraticiens etc., parfois sans aucune compétence, aussi en milieu rural comme en milieu urbain. Les quelques professionnels qui existent manquent de formations continues, au même moment où performance du secteur sanitaire dépend principalement des connaissances, de la compétence (FOURNIER, P. et al. (2005).

3.2.1.3 Indicateurs de production ou d'activités

Le dernier indicateur consiste à apprécier l'état de santé par rapport au nombre de consultations, au nombre de journées d'hospitalisation et de l'évaluation financière c'est-à-dire du coût de l'intégralité des biens et services fournis à la population (LAZORTHE, G. 1997). Le nombre de consultation varie en fonction de l'attraction de la structure sanitaire et selon qu'on soit en milieu urbain ou rural. De façon générale, les consultations ont évolué par rapport au passé. Les hommes ressentent plus le besoin de consulter un médecin, plus qu'auparavant,

même en cas d'un petit malaise. En revanche certaines inégalités sociale et économique (PICHERAL, H., 1995 ; RICHARD, J-L., 2001 ; SALEM, G, 1998 et MEUNIER, A., 2000) ne donnent pas la chance à une grande partie de la population d'Afrique subsaharienne à "confier" leur santé à un spécialiste. Ainsi les taux de consultations sont faibles, moins de 50% (RICHARD, J-L., 2001). En matière d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour est d'ordre de huit jours et les coefficients d'occupation des lits sont faibles, rarement supérieurs à 60% (GOBBERS, D. et PICHARD, E., 2000, Ministère de la santé Togo, 2006). Néanmoins, est-ce que les Etats financent normalement le fonctionnement des systèmes de santé ?

Les restrictions budgétaires qui découlent des programmes d'ajustements structurels (BOUBOU, C., LUCHINI, S. et MOATTI, J-P., 2002) ne permettent plus aux Etats de financer la santé des populations. En effet, les orientations d'allouer 8% du PIB au secteur de la santé sont rarement atteintes et les apports externes en provenance des organisations de coopération internationales sont partout déterminants tant pour les investissements que pour le fonctionnement des structures sanitaires (GOBBERS, D. et PICHARD, E., 2000). Les dépenses publiques consacrées à la santé sont faibles, le budget public ne représente que 4% du budget national, ce qui est bien loin des 10% fixé comme cible par l'OMS. Si certains Etats se désengagent voyant la part de leur financement dans la santé régresser considérablement d'environ 8,7% à 2,4% entre 1970 et 1995 (MEUNIER, A., 2000), certains avoisinent 6 à 7%, résultat d'une augmentation du budget alloué au secteur de la santé. Voilà autant de paramètres ou d'indicateurs qui présentent l'état de santé quasi dégradante des populations en Afrique au sud du Sahara. In fine, il conviendrait de réfléchir sur une éventuelle disponibilité des services de santé ainsi que de son personnel. Sur quelle base installe-t-on une infrastructure ? Existe-t-il une équité dans leur distribution, donc dans la distribution des soins ?

3.2.2 Inégale distribution des soins

L'amélioration de la couverture sanitaire, effort amorcé par la plupart des Etats pour augmenter la capacité de production de bien-être des populations (OMS, 1997 ; SALEM, G., 1998 ; RICHARD, J-L, 2001) s'est traduite par le renforcement des inégalités créées dans la répartition des ressources sanitaires.

3.2.2.1 Structures sanitaires

La répartition géographique des structures sanitaires contribue à l'organisation de l'espace (PICHERAL, H, 1996), à l'harmonisation, à une meilleure disposition des services de santé sur

le territoire de telle sorte que chacun ait la même probabilité d'en jouir et de satisfaire ses besoins (SCHWEYE, F.X., 2004). Cependant, en Afrique subsaharienne, il est constaté en marge de l'insuffisance des infrastructures, une répartition inégale de ces dernières (PICHERAL H, 1985). Les Etats ont hérité et continuent dans une moindre mesure la politique sanitaire de l'ancienne puissance coloniale (GOBBERS, D. et PICHARD, E., 2000). En effet, avant les indépendances, les structures de soins ne s'organisaient pas en fonction de la situation sanitaire, considérée comme alarmante en raison de la propagation de la trypanosomiase, mais plutôt semblent davantage liées à la création de chefs-lieux administratifs, lieux théoriques de concentration de la population blanche (MEUNIER, A., 2000). Aujourd'hui, la situation n'a presque pas changée : les autorités sanitaires développent les offres de soins selon une demande supposée et des critères démographiques définis comme le nombre d'habitants. En conséquence, les structures sanitaires loin d'être des lieux dépendant de la situation sanitaires, sont devenues le reflet de l'empreinte de l'Etat sur l'espace par le privilège accordé aux chefs-lieux administratifs, donc aux villes. La ville c'est les services de santé et les services de santé sont la ville tant les implantations de l'offre sont quasi exclusivement urbaines (BARBET-QUESNEL, A., 2002 ; SCHWEYE, F.X., 2004). Les inégalités qui se présentent entre ville et campagne sont aussi ressenties sur le plan local. En effet, Les lieux les mieux équipés sont les centres urbains, ils cumulent les équipements publics dont font partie les grands hôpitaux, au sommet de la hiérarchie sanitaire. Aussi les centres hospitalo-universitaires sont-ils concentrés dans les capitales et ont pour vocation d'accueillir les malades de l'ensemble du territoire. Même en milieu rural, les campagnes ne sont pas soumises aux mêmes conditions en matière de politique sanitaire. Néanmoins, si les structures sanitaires font l'objet d'une mauvaise répartition à travers l'espace, qu'en ait-il du personnel médical ?

3.2.2.2 Desserte médicale

A l'image de la répartition des structures de santé, il n'existe guère d'harmonisation dans la distribution du personnel médical (Ministère de la santé du Togo, 2005). En effet, il existe une grande disparité dans l'affectation du personnel technique de santé. La desserte médicale, répartition du corps médical est faible en campagne qu'en ville, et très loin de la norme de l'OMS, un médecin pour 10000 habitants. Les médecins sont concentrés dans quelques centres urbains quand ils ne sont pas installés pour 90% d'entre eux dans les capitales (GOBBERS, D. et PICHARD, E., 2000). Environ 80 % des médecins sont concentrés dans une ou deux villes, laissant les villages déshérités (BERTRAND, E., 2000). Cette situation prive les campagnes de spécialistes, bien que les planifications prévoient la présence de médecins, la majorité des

centres de santé en milieu rural sont tenus par des infirmiers et/ou de sages-femmes (RICHARD, J-F., 2001 ; MENARD, J-F, 2005). Vu ces inégalités que les systèmes de santé ont tant de mal à résoudre, encore faut-il se demander s'ils mettent à la disposition des structures des médicaments essentiels pour les demandeurs de soins.

3.2.2.3 Question de médicaments

Les médicaments sont au centre des soins réparateurs d'un état de dysfonctionnement. En Afrique subsaharienne, les systèmes de santé ne sont pas en mesure d'apporter à tous les points où besoins est, les médicaments (MEDARD, J-F. 2005). Partout et surtout en milieu rural, il est constaté une insuffisance de médicaments essentiels génériques (NIANGALY, A., KANTE, N., SOUMARE N'DIAYE, A., 2001) et une rupture de stocks des médicaments préventif et curatif (MEDARD, J-F. 2005). En matière de la pandémie VIH/SIDA, presque tous les pays sont très « souvent confrontés à la rupture des stocks des médicaments antirétroviraux (ARV) faute de moyens financiers pour effectuer des commandes à temps » (www.republicoftogo.com/santé, 2008). Cette situation de rupture touche aussi les médicaments de traitement du paludisme, première cause de morbidité, surtout en milieu rural. A cet effet, les agents de santé sont obligés d'adapter certains médicaments pour le traitement. La conséquence directe de cette indisponibilité permanente des médicaments essentiels génériques est le développement du marché illicite de médicaments d'origine non contrôlable et des points de vente sauvages (Ministère de la santé du Togo, 2005). Malgré ces difficultés à doter les structures sanitaires de médicaments, les taux de consultations sont partout acceptables. Au fur et à mesure que les besoins en santé augmentent (LAZORTHES, G., 1997), les populations font de plus en plus recours aux soins modernes de santé (SALEM, G, 1998 ; GOBBERS, D. et PICHARD, E., 2000 ; RICHARD, J-F., 2001 et NIANG, A. ; HANDSCHUMACHER, P., 2006). En revanche, nombreux sont ceux qui développent des comportements de « non recours » dont certains facteurs expliquent. Quels sont donc ces facteurs ?

3.3 Déterminants de non recours aux soins de santé modernes

Le parcours thérapeutique des pathologies est plein d'obstacles, obstacles qui constituent un frein à la recherche des soins de qualité. Le recours effectif aux soins de santé modernes, loin d'être lié au seul fait de disponibilité des structures, dépend aussi de l'accessibilité. L'expression des besoins, se traduisant par un recours effectifs aux soins, ne peut se faire que dans le cadre d'une bonne accessibilité (NIANG A., HANDSCHUMACHER P., 2006). Par conséquent, ce qui pourrait justifier le fait que les populations ne fassent pas recours aux

structures sanitaires sont : l'éloignement c'est-à-dire la distance, le pouvoir économique, et la perception de la maladie par certains groupes sociaux (BONNET P., 2002 ; DIOUF M.T., 2004).

3.3.1 Rôle de la distance

La proximité géographique, le trajet à réaliser, la présence d'obstacle, sont des notions qui interviennent à tout moment lorsqu'il est question de l'impact de la distance sur le recours aux soins modernes. La proximité géographique est l'expression de l'accessibilité géographique. En effet, la distance physique, exprimée en kilomètre ou mieux en temps de trajet, demeure la condition principale de l'accessibilité aux soins (TONNELIER, F., VIGNERON, E., 1999). En effet, la couverture médicale jugée insuffisante et inégale malgré les efforts de ces dernières décennies (RICHARD, J-L, 2001 ; MEDARD, J-F, 2005) crée de grandes distances les lieux de résidence entre les ménages et les structures sanitaires. (KOUAMELA, K., TANO, K. et ABOULE, J. 2006). En Afrique subsaharienne la marche est de loin le principal mode d'accès aux services de santé (RICHARD, J-L, 2001). Ainsi, les populations de certains milieux doivent parcourir de longs trajets pour accéder aux postes de santé. Dans d'autres milieux, marqués par l'enclavement, phénomène marquant les campagnes d'Afrique subsaharienne, ce sont les obstacles naturels, notamment une rivière, un relief imposant qui imposent de longues durées d'accès aux soins. « Je n'emmènerai pas mes enfants tant qu'on ne nous construira pas un dispensaire dans notre village. Comment voulez-vous que je mette un enfant de plus de quatre ans au dos, que je traverse tous ces marigots pour aller dans un dispensaire ». Cette déclaration d'une femme rapportée par DIOUF, M.T. (2004) est significative pour expliquer le non recours aux soins modernes par l'éloignement des structures sanitaires. Aussi est-il constaté dans la région de Koulikoro au Mali que le ratio d'utilisation des services de santé est nettement à l'avantage des villages proches des centres de santé communautaires (NIANGALY, A., KANTE, N. et SOUMARE N'DIAYE, A. 2001). Voilà pourquoi, il est important de ne pas ignorer dans la planification sanitaire que le principal déterminant du recours aux services de santé modernes est la disponibilité à proximité du patient d'un centre offrant des soins (KOUAMELA, K., TANO, K. et ABOULE, J, 2006). En Afrique subsaharienne, ce sont surtout les populations les plus pauvres qui sont éloignées des établissements de soins. Dans les régions rurales en particulier, elles doivent parcourir de longs trajets pour bénéficier des soins (Union Africaine et Commission Economique pour l'Afrique, 2005). Les populations auront du mal à recourir aux services d'un médecin s'il faut parcourir à pieds des distances estimées à 16 km soit 3 heures pour atteindre une structure sanitaire (GISH,

O., 1984). Les inégalités spatiales d'accès aux soins (BONNET, P., 2002), inégalités géographiques des ressources sanitaires (SALEM, G. et PICHERAL, H., 1992) expliquent l'essentiel des faibles taux de recours aux soins modernes en Afrique subsaharienne. Qu'en ait-il du recours par rapport au potentiel économique ?

3.3.2.1 Accessibilité financière critique

Parmi les obstacles d'accès aux soins, surtout de la recherche des soins de qualité, les moyens financiers sont ceux qui s'obstinent à empêcher le patient à se soigner. En effet, transférer une partie du financement des soins de santé du secteur public aux bénéficiaires directes des prestations sanitaires était l'unique solution (BOUBOU, C., LUCHINI, S. et MOATTI, J.P., 2002) pour résoudre la crise de financement des systèmes de santé subsahariens suite aux restrictions budgétaires découlant des politiques d'ajustement structurel. Ainsi, les soins de santé jadis gratuits selon les termes de BOUBOU, C., LUCHINI, S. et MOATTI, J.P. (2002) sont devenus payants, mais à quel prix ?

Même si les politiques sanitaires en l'occurrence la déclaration d'Alma-Ata et l'initiative de Bamako prônent les soins de santé primaires, soins qui doivent être universellement accessibles aux individus et aux familles à un coût abordable, la non fréquentation des centres de santé peut se justifier par les contraintes financières (RICHARD, J-L., 2001 ; ALLAYE, A, 2005). En Afrique subsaharienne, la majeure partie de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et les revenus jugés très bas ne permettent pas de payer des soins et surtout des soins de qualité, seuls les gens aisés peuvent se faire soigner correctement (BERTRAND, E., 2001 ; MEDARD, J-F, 2005). L'accessibilité financière, faible, problématique conditionne l'état de santé des populations en Afrique subsaharienne. Les coûts de transport, du domicile au centre de santé, sont les plus élevés (BAZONZI, J-M., 2005). L'affectation exclusive des moyens de transport à l'acheminement d'un patient est coûteuse (GISH O., 1984). Les tarifs de consultation ne sont pas à la bourse du citoyen moyen (BOUBOU, C., LUCHINI, S. et MOATTI, J.P., 2002 ; AUDIBERT, M. et al, 2004). RICHARD, J.L. (2001) dit à propos des patients, qu'« Il arrive même que certains n'ont même pas sur eux les 100 FCFA de la consultation ». Les prix des médicaments, qui ont connu une hausse depuis la dévaluation de 1994, (MENARD, J-F. 2005) sont élevés. En réalité, il y a lieu de distinguer les dépenses pour la santé et les dépenses effectives pour les soins de santé. MENARD, J-F. (2005) rapporte que lorsque le patient arrive, il est «contacté par une sorte de courtier, un démarcheur mandaté par un médecin pour lui apporter de la clientèle. Ces démarcheurs se trouvent dans la cour d'entrée. Une fois le contact établi, le courtier envoie le patient à la caisse pour acheter un billet de cession qui s'élève à

1800 FCFA, sur lequel le médecin inscrira son diagnostic. Le courtier introduit le malade auprès de l'infirmière secrétaire du médecin. Elle pose des questions en vue d'un diagnostic préalable et demande 3000 FCFA de commission pour l'accès au médecin. Le médecin délivre une ordonnance, après un diagnostic sur la base du pré-diagnostic, et propose au patient de le rejoindre en consultation privée, pour un examen plus approfondi où il paiera encore 5000 FCFA. Le patient sera alors soigné dans de meilleures conditions. En cas d'urgence, s'il est accompagné par des proches, il est admis directement par le service des urgences en payant les 1800 francs, sinon, il faut qu'une bonne âme avance l'argent. L'infirmier de garde percevra alors son pot-de-vin en allongeant la liste de médicaments et se constituera ainsi une pharmacie personnelle. Sur la base de ce stock, il propose des médicaments, dont le prix peut doubler en raison de l'urgence ». Voilà des pratiques qui dissuadent les patients à ne pas se faire soigner par un spécialiste quand les moyens financiers ne sont pas réunis. Et c'est pourquoi les populations d'Afrique subsaharienne, pauvres ne font pas recours aux soins modernes de santé. Ce comportement de non recours, à coup sûr, a une origine dans la représentation sociale de la maladie.

3.3.3 Perception de la maladie

Pendant des millénaires, la maladie représenta une punition divine infligée pour faute morale ou religieuse. Hippocrate le premier sépara la maladie de la magie et en fit un phénomène naturel secondaire à des influences extérieures maléfiques. Au Moyen Age, la maladie était considérée comme mortification du corps. Au XVII^e siècle et au XVIII^e siècle, les causes endogènes étaient les principales responsables. Aujourd'hui, si les recherches en médecine reconnaissent que la maladie, rupture de la santé, est une altération organique ou fonctionnelle causée par des microbes, des parasites etc., il existe bien de populations qui ne considèrent pas la maladie comme telle. La maladie est naturelle certes, mais il existe des maladies provoquées, c'est-à-dire celles qu'un homme envoie à un autre homme, par l'intermédiaire d'un sorcier ou les maladies qu'un sorcier envoie directement à un ennemi (RICHARD, J-L, 2001 ; DIOUF, M.T., 2004). Les symptômes, comme par exemple le dépérissement progressif des enfants, que la médecine moderne considère comme de la malnutrition, et les cas de pathologies comme les fièvres et l'excès palustre, chez les enfants et les femmes enceintes, sont plus susceptibles d'être considérés comme provoqués.

Cependant, beaucoup plus que la nature de la maladie, ce sont les circonstances entourant sa survenue qui font pencher pour l'une ou l'autre grande catégorie étiologique. Ainsi par exemple, une morsure de serpent est a priori considérée comme un événement naturel. Par

contre, si des morsures de serpents, événement rare à un niveau individuel, surviennent à répétition chez la même personne ou au sein du même ménage, on en vient à se demander si elles ne résultent pas d'un envoûtement. Le fait pour un adulte d'avoir une maladie typiquement infantile peut provoquer les mêmes interrogations. La soudaineté de la maladie peut aussi être un signe de son origine provoquée. En fait, la manifestation des maladies naturelles et surnaturelles peuvent être les mêmes, mais comme l'origine est différente, le traitement doit aussi être différent. En effet, la médecine moderne est inefficace contre les maladies surnaturelles et c'est ce qui explique le non recours aux structures sanitaires dans certaines sociétés en Afrique subsaharienne.

Le recours aux soins modernes répond aux soucis du patient de recouvrer sa santé. De plus en plus, les patients sont devenus exigeant tant en ce qui concerne les moyens de diagnostic que de moyens de traitement (LAZORTHES, G., 1997). Cette exigence tient au fait que les soins doivent être efficaces et conformes aux normes, appropriés, et sûrs c'est-à-dire comportant le moindre risque. Ces caractéristiques des soins dépendent du personnel et des dispositifs médicaux.

3.4 Assurance qualité des soins de santé modernes

La qualité des soins de santé modernes en Afrique subsaharienne est problématique. Les patients ne trouvent pas satisfaction complète lors du recours aux structures de santé. Hormis le problème des médicaments, signent et persistent comme autres problèmes les pratiques du personnel médical et les dispositifs utilisés pour le diagnostic.

3.4.1 Problème de personnel médical

Les agents de santé sont ceux qui sont censés de "corriger" le dysfonctionnement de l'organisme à partir des actes médicaux qu'ils produisent. Cependant, pour obtenir de bonnes informations de la part du patient et produire des actes médicaux de qualité, un certain nombre de conditions sont nécessaires. Il s'agit de la communication, dépendant de l'accueil des patients et de la compétence professionnelle.

3.4.1.1 Accueil

L'accueil constitue le premier contact entre le patient et l'agent soignant. En effet, l'accueil est un facteur déterminant la qualité de l'écoute et la communication efficaces entre le prestataire et le client ; elles s'appuient sur le développement de la confiance, du respect, de la confidentialité

et de la sensibilité aux préoccupations du client (MILLER FRANCO, L. et al, 2002). Un bon médecin, doit être capable de prêter son assistance dans tous les cas (BARBEAU, P., 1980), c'est celui qui bénéficie de la confiance, qui écoute attentivement, et répond de façon "loyale et appropriée" aux interrogations (DUBOIS, O., 1999). Or, en Afrique subsaharienne, il se fait que les structures sanitaires n'offrent pas « une meilleure qualité d'accueil » (MEUNIER, A., 2000). En effet, l'accueil est loin d'être meilleur, plus humain, moins bureaucrate dans un environnement familial et acceptable et dans un cadre plus agréable (MENARD, J-F, 2005). En plus, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant (AUDIBERT, M et al., 2004), le temps d'attente est parfois long, et les agents refusent parfois de recevoir les clients à une heure tardive de la nuit, ou sont souvent absents (NIANGALY, A., KANTE, N., SOUMARE N'DIAYE, A., 2001).

3.4.1.2 Compétence professionnelle

La performance du secteur sanitaire dépend en grande partie des connaissances, des compétences professionnelles, de la motivation, de l'attitude et de l'effort du personnel (FOURNIER, P., 2005). La compétence professionnelle associe les connaissances de base ou théoriques acquises à l'université, entretenues ou perfectionnées, avec l'expérience acquise par des stages hospitaliers ou auprès de maîtres ou de "compagnons" (DUBOIS, O.1999). En Afrique subsaharienne, le problème de personnel est plus qualitatif que quantitatif. La plupart des agents sont conscients de leurs limites, de l'étiollement de certaines compétences personnelles et de l'obsolescence des pratiques médicales (RICHARD, J-L., 2001). En effet, certains soins offerts comportent des risques iatrogènes. Par faute de formation continue et de remise en cause perpétuelle de leurs connaissances, certaines pathologies ne trouvent pas satisfaction surtout en milieu rural où le rôle du médecin est parfois assuré par un aide soignant. Ainsi, il est certain que les cours et stages leur permettant de maintenir et renouveler leurs compétences, car ils sont parfois excessivement limitées au regard des besoins courants de leurs patients. Les qualités d'un bon médecin n'aura de sens que si le dispositif médical est efficace.

3.4.1.3 Dispositif médical

Le dispositif médical désigne tout ce que le médecin utilise pour « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé » (OMS, 1987). Or dans nos structures sanitaires, malgré le fait que les dispositifs médicaux sont en nombre insuffisants, ils ne sont pas entretenus (MEDARD, J-F., 2005). En effet, le matériel hospitalier est souvent détérioré parce que la maintenance est

insuffisante ou nulle. Par conséquent, les appareils sont souvent en panne pendant des mois (BERTRAND, E., 2000). Aussi, se fait-il que certains dispositifs ne sont pas capables de fournir des résultats fiables. Les systèmes de santé n'arrivent pas à doter les structures sanitaires des appareils de résonance magnétique plus performants que les appareils de tomodensitométrie (scanners) que d'ailleurs certaines structures n'ont pas encore. Dans ces conditions, les équipements d'analyse ne sont pas susceptibles de donner des résultats exacts et c'est d'ailleurs pour cette cause que la qualité des soins est problématique dans la majorité des structures sanitaires en Afrique subsaharienne.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE : PROJET DE THESE.

THEME :

**QUALITE DES SOINS DE SANTE MODERNES DANS
LE DISTRICT SANITAIRE DE BLITTA AU CENTRE-TOGO**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Au terme de cette analyse, il ressort que le fonctionnement des systèmes de santé en Afrique subsaharienne ne favorise pas l'accès aux soins de santé modernes à une frange de personnes, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Aussi ressort-il que ces soins ne sont pas adéquats aux besoins de santé exprimés, au point d'apporter une entière satisfaction.

A présent, nous nous proposons de faire un examen de cette situation à une échelle plus restreinte à savoir le district sanitaire de Blitta au centre Togo. Pour ce faire, nous avons dans ce présent projet, présenté le cadre physique et humain de la zone d'étude après bien sûr une définition du cadre conceptuel et méthodologique dans lequel s'inscrira notre thèse.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 4
APPROCHE CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIQUE, ET
MILIEU D'INVESTIGATION

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4.1 Approche conceptuelle

4.1.1 Problématique

La mobilité, l'interdépendance et l'interconnexion extrêmes du monde d'aujourd'hui sont favorables à la création d'une multitude de conditions qui sont à la base de la propagation rapide des maladies infectieuses et des menaces radionucléaires ou toxicologiques (OMS, 2007). L'extension géographique des maladies infectieuses progresse désormais à une allure inquiétante. Hormis le fait qu'elles se propagent plus rapidement, les maladies infectieuses apparaissent plus promptement qu'elles ne l'ont jamais fait auparavant. Depuis les années 1970, on découvre de nouvelles maladies émergentes au rythme sans précédent. Au jour d'aujourd'hui, on peut compter environ près de quarante maladies qui étaient encore inconnues il y a une génération.

En effet, le choléra, la fièvre jaune et les infections épidémiques à méningocoques ont réapparu au cours du dernier quart du XXe siècle. Les cas humains de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de grippe aviaire sont devenus un motif majeur de préoccupation au niveau international, ils posent des problèmes nouveaux sur le plan scientifique, sont la cause de grandes souffrances pour les malades et provoquent des dégâts considérables dans le domaine économique. D'autres affections virales émergentes, telles que les fièvres hémorragiques à virus Ebola ou Marbourg ou encore l'infection à virus de Nipah, constituent une menace pour la sécurité sanitaire mondiale et doivent également être confinées à la source du fait de leur caractère aigu comme de la morbidité et de la mortalité qu'elles entraînent. Aussi, si dans l'ensemble, la sécurité sanitaire des aliments a-t-elle fait des progrès spectaculaires, l'amélioration est inégale et des flambées de maladies d'origine alimentaires, dues à une contamination par des micro-organismes, des substances chimiques ou des toxines, sont courantes dans de nombreux pays et menacent la santé des populations (OMS, 1997).

La santé est et demeure un élément fondamental qui permet à chaque individu de jouir de toutes ses potentialités. La santé serait-elle une absence de maladie ? Plus qu'une absence de maladie, la santé serait un état de bien-être complet, physique, moral et social selon les termes de l'OMS. Comment se présente la santé en Afrique subsaharienne ?

Au cours de la période coloniale, la population, marginalisée dans la prise en charge sanitaire (UNICEF, 1990, TIZI, S. et FLORI, Y.A. 1997) est demeurée dans un état fragile, soumise à tous les vecteurs, responsables des pathologies d'ordre tropical telles que le paludisme, les schistosomiasis, les maladies diarrhéiques etc. « Les politiques de santé du temps colonial

n'étaient pas acceptables, a-t-on dit volontiers dans certains milieux, et on l'entend encore. La charge est la même lorsqu'elle est menée contre les stratégies sanitaires des services des grandes endémies, dans l'Afrique francophone. On ne se préoccupait que de protéger la santé de la troupe, puis celle des colons et missionnaires, et s'il s'agissait de lutter contre les épidémies ou de détruire leurs foyers, on employait des moyens de coercition que personne ne peut admettre » (BRUNET-JAILLY, J., 1993). En réaction à cette politique et aussi pour réaliser la promesse d'offrir un accès de santé à tous, la majorité des pays en développement surtout ceux d'Afrique au Sud du Sahara, après les indépendances et jusqu'à la fin des années 70, ont fourni des services de santé publique quasiment gratuits à leurs populations (World Bank, 1987). Les politiques de santé publique des pays d'Afrique subsaharienne puisent leur essence dans la déclaration de la conférence d'Alma-Ata et dans l'initiative de Bamako.

“Santé pour tous d'ici l'an 2000”, a été le slogan dans la Déclaration de la conférence d'Alma-Ata en 1978. “Vulgariser” les soins de santé et rapprocher les centres de santé des populations a été l'objectif principal. Cette mesure passe par les soins de santé primaires. D'après l'OMS, les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendues universellement accessibles aux individus et aux familles à un coût abordable. Les soins de santé primaires devraient être la base de tous les programmes de santé et d'infrastructures sanitaires et l'agent de santé primaire, qui est au niveau du premier contact avec la communauté, est le pilier du système de santé, reposant sur l'individu, la famille et la communauté. Qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ?

L'initiative de Bamako représentait un ensemble cohérent de mesures de réforme du secteur de la santé, formulé en principes qui suivent :

- engagement des Etats à accélérer la prestation des services de soins de santé primaires (SSP) accessibles à tous ;
- mise en œuvre d'une politique de médicaments essentiels ;
- décentralisation des procédures décisionnelles vers les districts ;
- gestion décentralisée et communautaire des structures de base ;
- participation des membres de la communauté au paiement des soins, afin de financer l'approvisionnement en médicaments et des salaires du personnel ;
- les mesures spécifiques d'accès aux soins pour les plus pauvres ;
- la fixation d'objectifs intermédiaires et de critères d'évaluation (CISSE, B. LUCHINI, S., MOATTI, J.P., 2002 et UNICEF, 1995).

En dépit de ces politiques d'amélioration de la santé des populations par les nouvelles mesures prises dans les systèmes de santé, la situation sanitaire est rébarbative.

La population des pays de l'Afrique subsaharienne dans son ensemble est rentrée dans une phase de ralentissement avec un taux de 2.3% en 2002 (TABUTIN, D. et SCHUMAKER, B., 2004). Mais ce ralentissement se fait à des rythmes variables et même divergents entre les pays. Malgré tout, les besoins sanitaires ne cessent de croître et la situation sanitaire se dégrade de mal en pi surtout en matière de mortalité. Les niveaux de mortalité maternelle et surtout infantile bien qu'en déclin demeurent élevés dans nombre de pays africains. Le taux de mortalité infantile atteint parfois 120‰ dans certaines parties de l'Afrique et plus particulièrement dans les pays d'Afrique tropicale où les conditions climatiques favorisent l'émergence des maladies endémiques (ADI, T., 2006). Dans cette partie de l'Afrique, les causes fréquentes des décès des enfants en général sont liées à la rougeole, au tétanos, à la diphtérie, aux infections respiratoires aiguës et aux maladies diarrhéiques etc. (BROUILLET, P., 2003). La mortalité des enfants d'âge compris entre 1 et 5 ans est très élevée, de l'ordre de 75 ‰.

Au Togo, la situation est presque identique. En effet, le Togo dès son accession à l'indépendance, s'est engagé dans un processus de développement sanitaire visant à garantir le meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population. C'est pourquoi dans le cadre de la Déclaration de la conférence d'Almat-Ata et de l'Initiative de Bamako, l'aire géographique du Togo a été subdivisée en districts sanitaires dont cinq districts dits districts urbains, à Lomé, et trente districts encore appelés Directions préfectorales de la santé dans les autres préfectures du pays (BROOHM, K. N., 2000). L'Etat togolais compte aujourd'hui, selon le Ministère de la santé (2007), 608 structures sanitaires dont 3 CHU, 6 CHR, 2 hôpitaux spécialisés, 25 hôpitaux de district, 8 hôpitaux privés confessionnels, 485 USP, 64 CMS et dispensaires privés et 15 PMI exerçant selon les normes c'est-à-dire ayant un paquet minimum connu et répondant aux normes sanitaires. Les formations sanitaires exerçant hors normes sont de 316 dont 284 cliniques et cabinets privés, 21 infirmeries et 11 cases de santé. Il y a 53 dépôts pharmacies publiques et un personnel de 7415. Par conséquent, il y a un médecin pour 15425 habitants, un infirmier pour 7382 et une sage-femme pour 15884 habitants, d'après la même source. La couverture sanitaire est comprise entre 20 et 25%. Cependant les faits sont là, inchangés et s'aggravent de jour en jour. Une frange importante de la population vit dans la précarité et éprouve des difficultés pour accéder aux soins de santé. Les services de santé sont insuffisants et inégalement répartis à travers le territoire, la distribution du personnel de santé n'est pas faite harmonieusement à travers toutes les structures sanitaires. Près de 37% du personnel de santé

exerce à Lomé, la capitale alors que 63% exerce dans les subdivisions sanitaires qui sont en charge de 83% de la population (Ministère de la santé, 2007). La majorité des projets sanitaires et une grande partie du budget sont au profit des zones urbaines au détriment des milieux ruraux. Dans la Région Centrale, tout comme dans les autres régions sanitaires du pays, le nombre de formations et des prestations sanitaires fluctuent d'une année à une autre. En effet, la région sanitaire centrale possède 78 formations sanitaires : 1CHR, 4 hôpitaux de districts, 1 hôpital confessionnel, 59 USP et 13 CMS et dispensaires privés. Il y a 714 lits d'hospitalisation, 303 lits de maternité, 91 tables d'accouchement, 02 officines et 6 dépôts de pharmacies publiques. Les agents de santé représentent 829 dont 13 médecins et 22 assistants médicaux.

Cependant, dans le district sanitaire de Blitta situé au Sud-ouest de cette région sanitaire, la situation sanitaire est paradoxale. La population de l'espace sanitaire présente un état de santé critique. L'amibiase, l'anémie, la dermatose, les gastro-entérites, les maladies diarrhéiques, les douleurs abdominales, les parasitoses intestinales, les infections aiguës des voies respiratoires, les plaies et traumatisme et surtout le paludisme constituent les principales causes d'hospitalisation. Le paludisme à lui seul représente 41% des causes de morbidité, les plaies et traumatismes 10%, et les infections aiguës des voies respiratoires 8%... Dans cet espace, la situation sanitaire inquiète plus d'un. Ainsi, dans le contexte actuel, où les Etats s'efforcent à promouvoir la santé des populations par l'amélioration de la couverture médicale, l'augmentation du personnel soignant, l'amélioration d'approvisionnement des médicaments essentiels génériques, en quoi les populations éprouvent-elles des difficultés pour recouvrer un état complet de bien-être ?

Très souvent et dans une large mesure, il faut comprendre que l'existence des établissements de santé ne signifie pas leur utilisation. D'après une étude du Ministère de la santé (2006), les populations font peu recours à l'offre de soins modernes, dans l'espace sanitaire de Blitta. La mise en place des structures sanitaires n'implique pas leur utilisation, même lorsque les besoins en soins s'imposent de façon considérable (RICHARD, J-L., 2001). Est-ce que ces services de santé sont répartis harmonieusement dans l'espace sanitaire ? Les populations en ont-ils accès ? Si oui, dans une région "isolée", à faible pouvoir économique, comme la Préfecture de Blitta, les populations disposent-elles du potentiel financier minimum pour recourir aux soins modernes ? La demande de soins de santé est et demeure indispensable lorsqu'on présente des signes pathologiques. Le recours aux soins n'est pas seulement lié à l'accessibilité aussi bien géographique que financière des services de santé, mais aussi et surtout à la qualité de la prestation, les conditions dans lesquelles les soins fournis procurent le meilleur résultat,

l'équilibre le plus favorable entre les risques et les avantages (DONABEDIAN, A. 1980). Dans les structures sanitaires du district de Blitta, qui sont ceux qui soignent ? Sont-ils équitablement répartis ? Si la majorité des agents de santé ont une formation de base, sont-ils tous compétents pour offrir des soins appropriés et efficaces ? La compétence est-elle suffisante pour diagnostiquer tous les cas de pathologie ? Les structures sanitaires disposent-elles des dispositifs médicaux nécessaires pour le personnel ? En Afrique subsaharienne en général et au Togo en particulier, si le problème de santé se pose avec acuité, la continuité des soins au cours du traitement s'impose. Certains auteurs (RICHARD J.L., 2001, NIANGALY, A., KANTE, N. et SOUMARE N'DIAYE, A. 2001, FRANCO MILLER, L. et al, 2002) pensent qu'il y a des problèmes de discontinuité des soins. Est-ce que ce problème se pose dans notre zone d'investigation ? De chaque côté les efforts sont faits certes, mais comment comprendre la croissance sans cesse du taux de fréquentations dans certaines structures et une décroissance totale dans d'autres ? Cette inquiétude fait appel à la satisfaction même du patient. L'éthique médicale impose à tout agent soignant de procurer la meilleure qualité de soins possible (HONNORAT, B., 2004). Aussi la norme ISO 8402 définit-elle la qualité des soins dispensés comme « l'ensemble de ses caractéristiques qui les confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites, et qui satisfont effectivement le consommateur des soins » (DUBOIS, O., 1999). Ceci dit, est-ce que les soins dispensés dans les établissements sanitaires de notre zone d'étude satisfont entièrement les besoins en santé des populations ? C'est sur cette série de questions que se basera l'étude que nous projetons entreprendre.

4.1.2 Objectifs de l'étude

Cette étude aura pour objectif principal de contribuer à la connaissance des déterminants de la qualité des soins de santé dispensés dans les structures sanitaires. Elle vise aussi à déterminer les impacts de ces soins sur le bien-être des populations des districts sanitaires.

De cet objectif global découlent des objectifs spécifiques qui sont :

- Identifier les établissements de santé disponibles dans le district sanitaire ;
- Montrer que les structures sanitaires existant sont d'accès difficile aux populations de l'espace sanitaire ;
- Identifier les équipements disponibles dans les structures sanitaires ;
- Déterminer les offres de soins des structures sanitaires ;
- Montrer l'importance de l'actualisation des connaissances ou le perfectionnement des agents soignants ;

- Déterminer la disponibilité permanente des soins de santé ;
- Montrer l'importance de l'accueil dans la communication entre les patients et les agents de santé ;
- Déterminer la disponibilité des stocks de médicaments essentiels génériques ;
- Evaluer la fiabilité des soins reçus ;

4.1.3 Hypothèses

Dans l'espace sanitaire de notre zone d'investigation, la population se soigne mal et par conséquent présente un mauvais état de santé. Pour cerner ou comprendre cette appréciation nous avons formulé des hypothèses.. Nous partons d'abord de deux hypothèses principales qui sont :

- Les soins de santé et les services qui les produisent sont inégalement répartis et difficilement accessibles ;
- Les agents de santé sont insuffisants, mal répartis et manquent de formations continues pour produire des actes diagnostics et thérapeutiques qui assureront le meilleur résultat en termes de santé.

A partir des hypothèses principales, nous avons formulé des hypothèses spécifiques. Elles se présentent de la façon suivante :

- Les établissements de santé sont insuffisants et ceux qui existent sont mal répartis ;
- Comme partout dans les petites et moyennes villes, les services de santé ne sont pas accessibles en termes de distance/temps ;
- Négligées, les structures sanitaires sont sous équipées et donc manquent du matériel nécessaire pour répondre aux attentes des populations ;
- Les offres de soins ne sont pas adéquats à toutes les demandes de santé faites par les populations ;
- Les soins de santé, au lieu d'améliorer l'état de santé des populations, présentent dans une moindre mesure des risques
- Les agents de santé, mal repartis, ne bénéficient pas de stage de perfectionnement pour actualiser leurs connaissances ;

- Le personnel soignant étant en nombre insuffisant, les soins de santé ne sont pas permanents et disponibles en tout temps et en tout lieu ;
- Les heures d’attentes, les pratiques illicites des agents influencent négativement la communication avec les patients ;
- Les stocks des médicaments essentiels génériques connaissent régulièrement des ruptures de telle sorte qu’il est difficile aux patients de s’en procurer au moment voulu ;
- Les populations, caractérisées par un faible pouvoir économique, ne disposent pas de tout le potentiel pour accéder aux soins offerts par les services de santé modernes.

4.1.4 Intérêt de l’étude

L’objectif du recours en cas de pathologie est le désir de recouvrer son bien-être. La bonne démarche déontologique, suivie de l’assortiment d’actes diagnostics et thérapeutiques pouvant donner un meilleur résultat, dépend non seulement de la compétence du prestataire, mais aussi du dispositif médical mis à sa disposition. Cette condition et le recours effectif, qui n’est que la résultante d’une bonne accessibilité, sont autant de faits qui entrent en jeu pour définir la qualité des soins dans le parcours thérapeutique des patients. En fait les soins de qualité, ceux qui donnent un “résultat suffisamment bon” ou “meilleur”, qui satisfont entièrement les patients passent par un certain nombre de critères parmi lesquelles la présence d’une structure accessible avec un personnel de qualité, des médicaments appropriés et accessibles etc.

Notre présente étude comporte un intérêt de grande envergure. Elle expose les obstacles en matière de santé formulés sous deux aspects. Premièrement, les difficultés du personnel médical dans la pratique de la déontologie et ensuite celles des populations, dans leur recours aux services médicaux, en termes d’un meilleur résultat ou d’une meilleure adéquation des soins à leurs besoins. De la sorte nous apportons notre contribution pour une meilleure distribution des établissements, des dispositifs médicaux et du personnel médical. Cette étude fait appel aux décideurs pour l’amélioration de la qualité des soins de santé.

4.2 Approche méthodologique

Comme toutes les études scientifiques, nous adoptons une démarche qui puisse nous permettre de faire ressortir toutes les réalités sanitaires de la zone qui fera objet de notre investigation. La méthodologie s’articule autour de la définition des variables et la collecte des informations. Notre zone d’investigation couvre toute l’aire de la Préfecture de Blitta. Les populations y sont

diversifiées et donc ne perçoivent pas de la même manière la qualité des soins reçus lors du recours aux services de santé. Elles ne ressentent pas non plus le même besoin de recourir aux centres de santé en cas de pathologie. La population qui va constituer notre base de sondage est constituée des hommes et des femmes. Il sera question de considérer d'une part, le personnel médical des établissements sanitaires et d'autre part, la population qui demande effectivement le service des centres de santé.

4.2.1 Sélection des variables

Dans le cadre de la collecte des informations, nous avons considéré deux types de variables. Il s'agit des variables indépendante et dépendante.

4.2.1.1 Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont des variables qui sont censées avoir une influence sur d'autres variables, elles sont appelées des variables explicatives. Notre intérêt sera porté sur l'âge, le sexe, l'accueil, le revenu, le niveau d'instruction et le niveau social.

En effet, elles nous permettront de déterminer la tranche d'âge qui bénéficie effectivement des offres de soins et ensuite d'analyser les paramètres qui bloquent les autres tranches d'âge. Ensuite, nous pourrions analyser la fréquence d'utilisation des services de santé selon le sexe, et déterminerons l'impact du revenu des ménages sur les demandes de santé. Par ailleurs, le niveau d'instruction et le niveau social, nous permettront de comprendre le souci de la recherche des soins de qualité.

4.2.1.2 Variables dépendantes

Les variables dépendantes sont des variables qui peuvent être affectées par une ou plusieurs variables indépendantes. Ce sont des variables à expliquer. Nous nous intéresserons au recours, à la fréquentation, aux médicaments et à la continuité des soins. Elles ont l'avantage de nous renseigner sur les taux de recours et de fréquentation des structures sanitaires, de la situation des médicaments, et surtout de la continuité des soins.

4.2.2 Recherche des données

Pour réunir les informations nécessaires à cette étude, nous évoluerons vers une tendance à la cartographie et documents existants d'une part, et aux informations à rechercher sur le terrain d'autre part.

4.2.2.1 Cartographie

La cartographie des structures sanitaires disponibles ainsi que de leurs équipements, nous permettra d'apprécier leur répartition dans l'espace et de définir a priori les zones défavorisées. Cet exercice nous permettra aussi de déterminer l'espace médical de certains services et donc de comprendre leurs facteurs attractifs.

4.2.2.2 Recherche documentaire

La recherche documentaire consistera à la consultation des documents existants. Cette étape nous permettra de mieux inscrire notre sujet dans le débat scientifique d'actualité. Pour ce faire nous accordons un accent particulier aux ouvrages généraux traitants de la méthodologie de recherche en sciences humaines, de la géographie de la santé, de la pratique de la déontologie en médecine etc. Comment aboutir à tout cela ?

Il s'impose donc à nous de parcourir les centres d'information et les bibliothèques suivants :

- Les bibliothèques universitaires de l'Université de Lomé ;
- La bibliothèque de l'URD ;
- Les centres de documentation du ministère de la santé, de l'OMS et de la Banque mondiale ;
- Le centre de documentation du ministère du plan ;
- Le centre culturel français ;
- La DGSCN.

Le moteur de recherche Google, la bibliothèque numérique de l'Agence Universitaire de la Francophonie et le centre de documentation numérique de l'IRD etc. seront des sources très indispensables dans le cadre de notre recherche. Ils nous permettront d'élargir le champ de nos connaissances sur l'actualité en santé et la vision de la santé dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne.

4.2.2.3 Travaux de terrain

En ce qui concerne les données à rechercher sur le terrain, elles seront fournies à travers une observation participante, des entretiens, une enquête à partir du questionnaire que nous allons concevoir pour la circonstance.

D'abord, l'observation participante consistera en un séjour dans notre zone d'investigation et dans ses structures sanitaires. Ceci nous permettra non seulement d'observer la zone en se

basant sur l'expression spatiale de la pathologie et la distribution des soins, mais aussi de voir exactement comment le patient est reçu et comment se fait le diagnostic des pathologies etc. Un autre avantage serait de participer aux activités de foyers afin de créer une véritable confiance avec les enquêtés pour lever les méfiances et aussi pour comprendre leur comportement en cas de pathologie, et les difficultés financières qu'ils ont pour payer les consultations et les médicaments.

Ensuite, les entretiens se feront avec le responsable régional de la santé, le directeur préfectoral de la santé, les responsables des centres sociaux, les pharmaciens et les responsables d'ONG vouées à la promotion de la santé. Ils nous permettront d'évaluer l'état de santé des populations et l'organisation du système de santé dans la zone.

Enfin l'enquête proprement dite, constituera à l'administration des questionnaires aux acteurs et bénéficiaires de l'action sanitaire. Un premier questionnaire sera réservé aux bénéficiaires qui font recours aux soins de santé et un second aux prestataires. Pour ce faire nous adopterons un échantillonnage aléatoire simple avec tirage indépendant. De la sorte, nous donnerons la même probabilité aux enquêtés d'être interrogé.

4.2.2.4 Traitement des données

Pour la méthode d'analyse des données, nous opterons pour un dépouillement informatisé, qui se fera à base du logiciel SPSS. Nous allons introduire des données qui nous permettront de recueillir ou de faire ressortir des tableaux qui seront retraités avec Word et/ou Excel. C'est à base de ces tableaux que se feront les commentaires et les analyses des données de l'enquête.

4.3 Présentation de la zone d'étude : la préfecture de Blitta, une création coloniale

4.3.1 Situation géographique et aperçu historique

Notre milieu d'étude se situe au centre du pays, particulièrement dans la partie sud-ouest, administrativement connue sous la dénomination de Préfecture de Blitta. La Préfecture de Blitta est localisée entre 7°54' et 8°23' Latitude Nord et entre 0°35' et 1°15' Longitude Est. Elle est limitée au Nord par la Préfecture de Sotouboua, au Sud par la Préfecture de l'Ogou et la sous Préfecture d'Akébou, à l'Est par la Préfecture de l'Est Mono et à l'Ouest par la République du Ghana. Sa superficie est de 2972 km². Elle compte aujourd'hui onze cantons

La Préfecture de Blitta tire son nom du chef-lieu. En effet, Blitta est purement une création coloniale d'où son nom de village colonial. Elle a été le premier poste administratif du Togo en

1947. Son peuplement est le résultat de l'exécution du plan économique, avec la construction des voies de communication initié par les Allemands, et qui s'est traduit par le transfert des populations du Nord en 1924. Créé en 1991, elle était depuis placée sous la juridiction de la Préfecture de Sotouboua.

4.3.2 Etude du milieu physique

La Préfecture de Blitta présente deux zones sur le plan topographique d'après ADDRA cité par ADJATE (2002).

4.3.2.1 Relief de plateau et de plaine

Une zone montagneuse dans la partie occidentale et une zone de plaine dans celle orientale forment l'essentiel du relief.

4.3.2.1.1 Plateau de l'Adélé

La zone de montagne est constituée par le plateau de l'Adélé, d'altitude moyenne de 650 m. Il représente l'extrémité septentrionale de la chaîne de l'Atakora. Des sommets hardis de 800 m (Mont Dikpongan, Oganyi etc.) se présentent dans sa partie occidentale. Par contre dans la partie orientale, les altitudes sont plus modérées et atteignent par endroit 100 m.

4.3.2.1.2 Plaine de l'Anié

Cette pénéplaine occupe environ la moitié de notre zone d'étude. C'est une zone de pentes moyennes avec des altitudes variant entre 400 m et 300 m et légèrement inclinée vers le Sud et l'Est. Elle est drainée par le Mono, l'Anié et Assoukoko, un affluent de la Volta.

Dans l'ensemble, le relief est favorable à l'installation des infrastructures sanitaires et ne constitue pas d'obstacle majeur dans le recours aux services de santé.

4.3.2.2 Réseau hydrographique dense

Le réseau hydrographique est dense comportant une série de rivières que l'on peut classer dans deux bassins hydrographiques. Le bassin de la Volta avec Assoukoko comme cours d'eau principal. Assoukoko prend sa source dans le Nord-Ouest de M'poti sous le nom de Kélébo. Ses principaux affluents sont : Yégué, Boa, Tabalo et Kofalo. Ils coulent du Nord vers le Sud, excepté Tabalo et Kofalo qui ont un écoulement de direction Est-Ouest. Les cours d'eau de ce bassin ont un écoulement régulier.

Le second bassin est celui du Mono, commandé dans la zone par Anié. Le cours d'eau Anié prend sa source dans les monts Fazao et se jette dans le Mono sur une distance de 161 km. Ses principaux affluents sont Tchorogo, Kpouawa, Okou et Yeloum. Avec une direction Nord-Ouest, Sud-Est, les cours d'eau du fleuve Anié et ses affluents ont un écoulement tropical, les hautes eaux en saison de pluie et les basses en saison sèche.

La consommation des eaux de rivières dans certaines zones non encore desservies en eau potable est un facteur de propagation des maladies diarrhéiques.

4.3.2.3 Eléments du climat

Un climat de type tropical semi-humide marqué par deux grandes saisons, une saison pluvieuse et une saison sèche caractérise notre zone d'étude.

4.3.2.3.1 Précipitations

Les pluies s'étendent d'avril à octobre, soit sept (7) mois. Le nombre de jours de pluie varie entre 50 et 82 jours. Au cours des autres mois (janvier, février, mars, novembre et décembre), il ne pleut pas ou presque pas : c'est la période de la saison sèche (novembre mars). Les maxima se trouvent dans les mois de juillet, août et septembre. Les cumuls annuels varient entre 1200 et 1500 mm. L'analyse de la carte des isohyètes laisse voir deux zones de précipitations : la zone de précipitations inférieures à 1200 mm par an dans la partie orientale de la zone et la zone de précipitations supérieures à 1200 mm située à l'Ouest. Cette dernière zone bénéficie de l'effet orographique et d'une végétation beaucoup plus fournie.

Durant la saison des pluies, il se crée des poches d'eau, lieu de développement et d'expansion de l'anophèle, agent vecteur du paludisme.

4.3.2.3.2 Températures

Le climat de la Préfecture de Blitta à l'image de celui du monde tropical est constamment chaud. La moyenne de température est de 26,8°C avec des variations de 24°C et 29°C. L'écart entre le mois le plus chaud (mars) et le mois le moins froid (août) ne dépasse pas 5°C. Les maxima sont observés en mars. En revanche, c'est entre juillet et septembre qu'on relève les températures moyennes mensuelles et les amplitudes diurnes maximales les plus faibles. Cette période correspond à la saison pluvieuse.

4.3.2.3.3 Sols

On distingue trois types de sols : les sols ferrugineux, les sols ferralitiques et les sols peu évolués.

4.3.2.3.3.1 Sols ferralitiques

Les sols ferralitiques sont profonds et de couleur rougeâtre, mais relativement pauvres en éléments fertilisants. Les sols ferralitiques non indurés qu'on retrouve à Blitta ont une pédogénèse caractérisée par la prédominance des actions de dissolution, d'hydrolyse et d'oxydation. Ils offrent une bonne productivité agricole sous l'effet d'apport d'éléments fertilisants.

4.3.2.3.3.2 Sols ferrugineux tropicaux

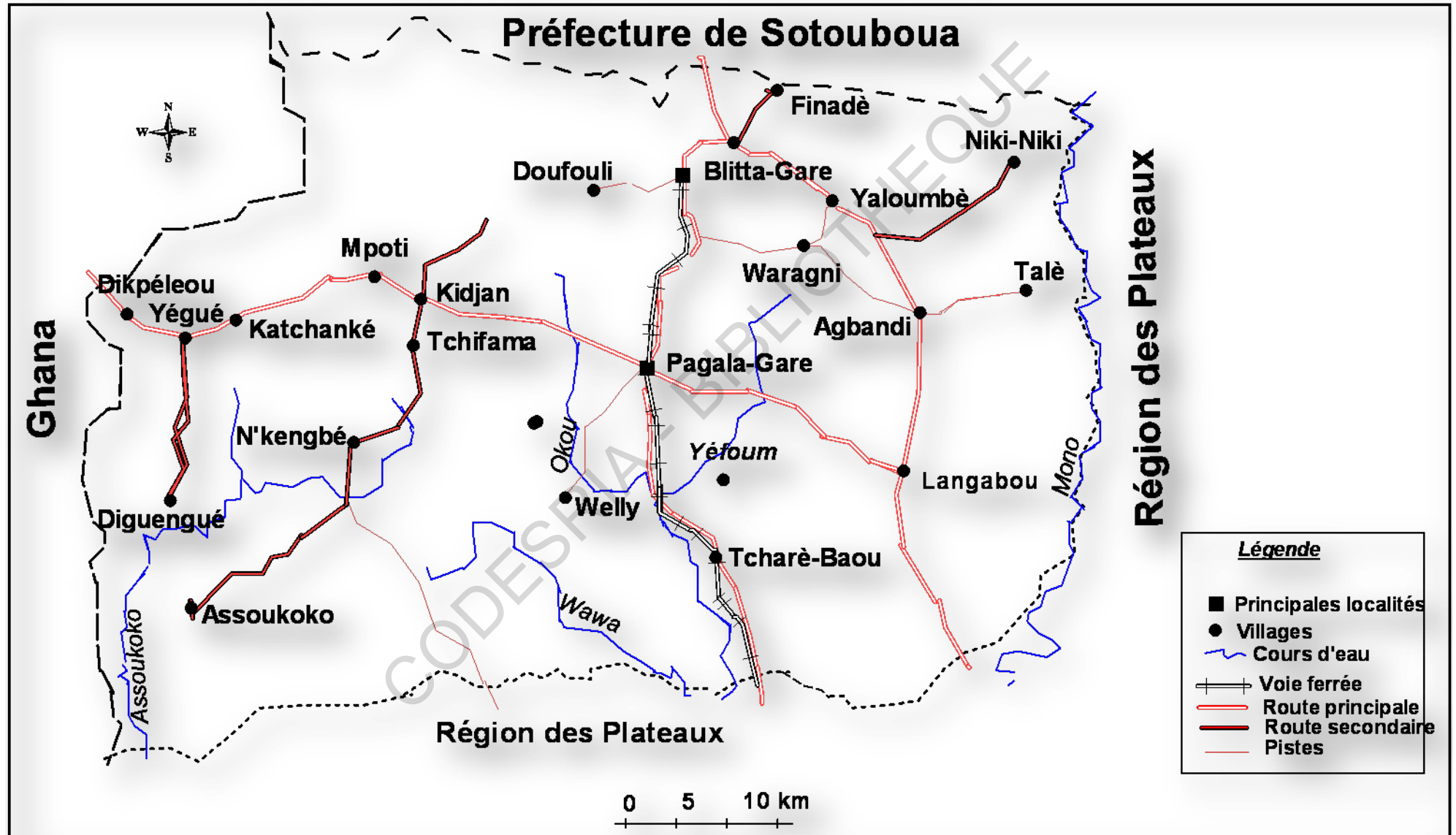
Ils sont lessivés sur faible profondeur. Leur perméabilité leur offre une rétention en eau en saison pluvieuse et un durcissement en saison sèche. Nonobstant leur richesse en minéraux, ils ne sont pas favorables à l'agriculture.

4.3.2.3.3.3 Sols peu évolués

Ils résultent des phases d'érosion géologique et sont associés aux sols minéraux butts des régions montagneuses. Ils ont une faible épaisseur et le plus souvent une forte proportion d'éléments grossiers : cailloux, fragments de roches.

La présence des sols favorables aux activités agricoles est un facteur qui permet aux populations de se procurer des revenus et ainsi leur donne la possibilité de se payer des soins

Carte 1 : Réseau routier de la Préfecture de Blitta



Source : AGBERE, S., 2008, d'après Atlas du développement régional

4.3.3 Etude du milieu humain

4.3.3.1 Population dynamique

Le peuplement de la Préfecture de Blitta est l'œuvre du transfert des populations du nord entrepris depuis 1924. Sa population connaît une croissance rapide. De 30566 en 1970, elle a atteint 63497 au recensement de 1981 avec une densité de 24,24 hbts/km², soit un croît de 107,73% en 11 ans. En 1995, elle était de 150406 habitants pour une densité moyenne de 50,6 hbts/km². Cinq ans plus tard c'est-à-dire en 2000 elle était estimée à 190139 habitants pour une densité de 63,97 hbts/km². Cette rapide croissance de la population indique que la Préfecture de Blitta constitue un grand foyer de peuplement de la Région Centrale. Elle s'explique non seulement au croît naturel, mais aussi et surtout à la migration accentuée depuis 1990 par la situation politique (ADJATE, M.2002).

Cette population est inégalement répartie dans l'ensemble avec des zones densément peuplées comme Blitta-village, Agbandi, Langabou situés sur le long de la Nationale N°1, Pagala-gare, Pagala-village, Yégué le long de la route Yégué-Langabou et le long de la voie ferrée, Blitta-gare, Adjigbé, Lassa et Tcharè-baou. Par contre dans la zone montagnarde se localisent les localités faiblement peuplées comme Dikpéléou et Dingué. La population est jeune (DOGO TCHATO, 2000), ce qui laisse entrevoir une espérance de vie faible dans la zone.

4.3.3.2 Peuplement

Les kabyè, les Losso, les Agnangan, les Adélé, les Ewé, les Tem, les Tchamba, tels sont les peuples dominants dans la Préfecture de Blitta à hauteur de 85,6%. Parmi eux, seuls les Agnangan et les Adélé qui sont des autochtones, autrefois installés dans le milieu avant la période coloniale. Les autres groupes sont des immigrés. Si certains sont arrivés par contrainte, l'arrivée des autres résulte de leur propre volonté.

En effet, pendant la période coloniale, les Allemands soucieux de mettre en exécution leur plan économique avec la construction des voies de communication prirent la décision d'aller "puiser" dans le « pays kabyè » marqué par un fort peuplement, une remarquable concentration d'hommes, la main d'œuvre nécessaire pour la construction du chemin de fer et la mise en valeur des terres vides. Enlevés de force, sans consultation dans leur milieu d'origine, les Kabyè, Losso et Lamba ont été installés de force dans le centre Togo. C'est dans ce but que Blitta-gare fut créée en 1909. Après l'indépendance, cette immigration a continué mais cette fois-ci de façon volontaire, Blitta-gare et l'Adélé ont été les zones privilégiées d'accueil. Cette

diversité de groupes ethniques doit faire preuve de différentes représentations sociale de la maladie et être à coup sûr un atout pour la médecine traditionnelle.

4.3.3.3 Activités économiques

L'agriculture et le commerce sont les principaux éléments de l'économie du milieu. La Préfecture de Blitta, cet espace de 2972 km² comporte des sols fertiles et propices à l'activité agricole. La majorité de la population, essentiellement rurale s'adonne activement à l'agriculture et assure l'autosuffisance alimentaire de la population. Les principaux produits sont les céréales : le maïs, le sorgho, les tubercules essentiellement les ignames et le manioc, et le coton.

Avec la mécanisation et les progrès faits dans le domaine agricole, notamment l'encadrement des cultivateurs, l'introduction de nouvelles techniques culturales, la mise à disposition des intrants etc., il se dégage des excédents qui sont commercialisés et qui permettent aux agriculteurs de se garantir des revenus substantiels.

Le commerce des produits agricoles se fait soit directement par les agriculteurs, soit par les revendeurs qui payent chez ces derniers leurs produits. En effet, la Préfecture de Blitta dispose de marchés importants à l'échelle locale mais aussi régionale. Les marchés de Blitta-gare, Pagala-gare et d'Agbandi, de Yégué sont des lieux par excellence où se vendent divers produits : le maïs, le sorgho, les ignames surtout. Ces marchés attirent les commerçants d'autres préfectures voisines qui viennent s'approvisionner. Le réseau routier, non moins négligeable, assure une bonne desserte et permet aux commerçants d'échanger sans trop de difficultés leurs produits.

A ces différentes activités, il faudrait reconnaître l'apport de certaines activités particulières dans l'économie du milieu. En effet, la production du charbon de bois est une source assez importante de revenus aussi bien en milieu rural et en milieu urbain. Les villages qui excellent dans cette activité sont : Doufouli, Kpawa, Pagala-gare, Pagala village, Tchifama, Tchoum-Tchoum, Yeloum et Waragni. La production du charbon de bois assure aussi des revenus aux transporteurs qui se chargent de l'acheminement des villages de production aux gares de train ; Blitta-gare, Pagala-gare et Tcharébaou, aux haltes ; Lassa, Yéloum, Dakpokossou et Pakouté, ou vers d'autres localités.

Les revenus tirés de ces activités permettent à la population de satisfaire certains de ses besoins. Outre le fait qu'il faut "entretenir" le foyer, payer la scolarisation des enfants, le besoin de se soigner surtout est essentiel.

4.3.3.4 Etat sanitaire dans le milieu d'étude

La Préfecture de Blitta est un grand espace à majorité rural. Le chef-lieu, la ville de Blitta gare n'est « ni franchement rurale, ni authentiquement urbaine » (DUBRESSON, A., MARCHAL, J.Y., et RAISON, J.P, 1994). Ainsi nous sommes convaincu que le district sanitaire, qui fait l'objet de notre étude, constitue un espace entièrement rural. En Afrique subsaharienne de façon générale les systèmes de santé marginalisent tant soit peu de tel espace dans la distribution des soins de santé. Par conséquent, l'état sanitaire y est critique.

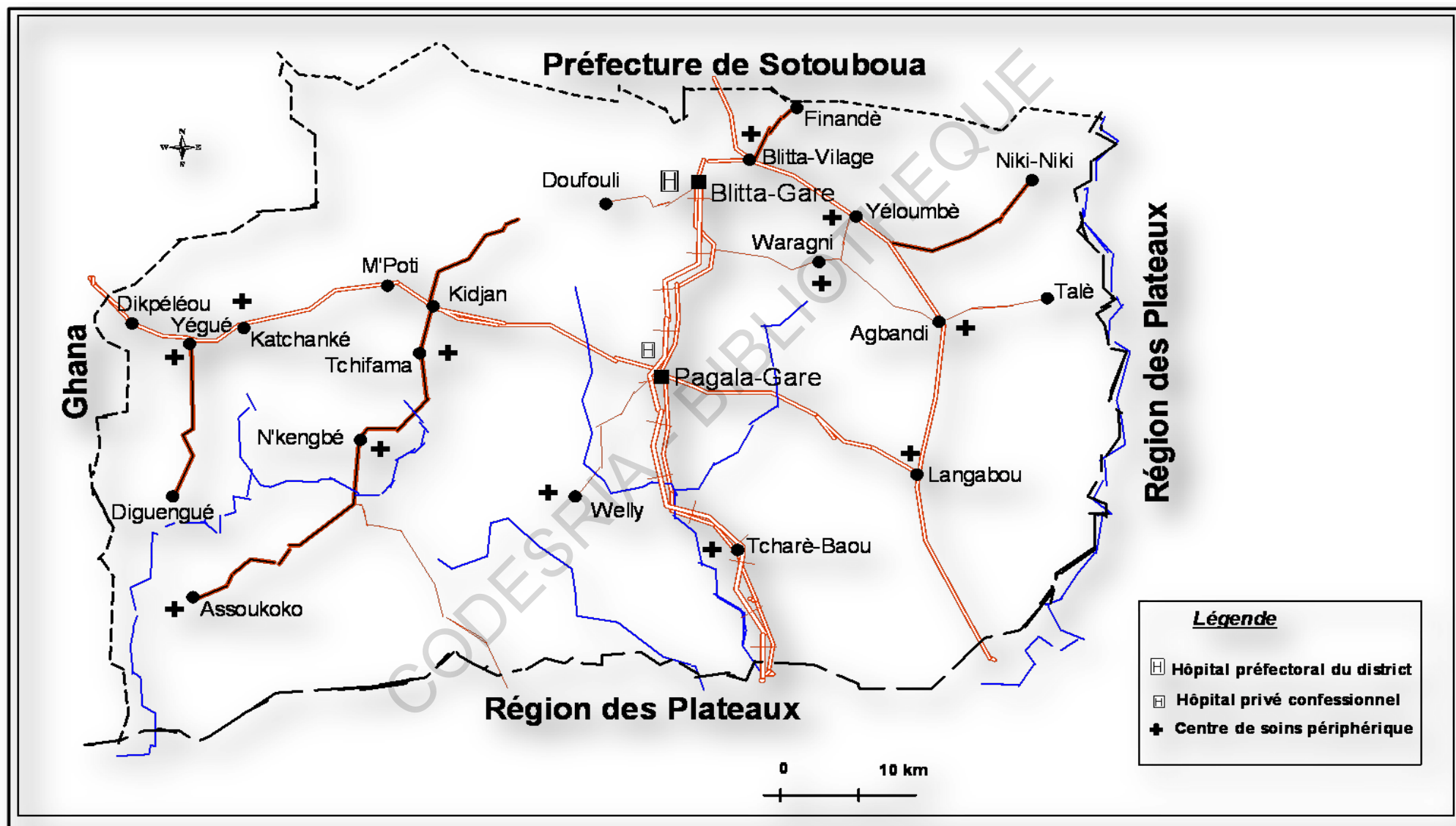
En effet, dans notre zone d'étude, l'espérance de vie se situe environ à 57 ans. Le taux de mortalité infantile est estimé à 80‰ et la mortalité juvénile est de 72,3 décès pour 1000 enfants. Les causes de mortalité et de morbidité sont : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires, les maladies parasitaires intestinales et la malnutrition. Pour les populations, la plupart expliquent les morbidités par la consommation saisonnière de mangues vertes, les activités intenses au soleil, les oiseaux nocturnes, les sorciers etc. (TCHENTIE, N., 2005). La morbidité la plus redoutable est le paludisme. S'il tue un Africain de moins de cinq ans toute les seconde, dans la zone d'étude il représente 39,6% de causes de morbidité. Aussi les indicateurs de malnutrition font-ils apparaître que 25% des femmes enceintes et des enfants de 0 à 60 mois, souffrent de malnutrition chronique, que l'anémie touche 42% des femmes en âge de procréer et 73% des enfants de 0 à 60 mois.

Le district dispose de quatorze formations sanitaires dont un hôpital de district, un hôpital privé confessionnel et douze USP. Hormis l'hôpital de district basé à Blitta-gare et l'hôpital privé confessionnel de Pagala-gare, qui offrent une gamme de soins, les USP offrent principalement des soins dits primaires, soins fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles à un coût abordable. Ces structures souffrent tous d'un sous équipement matériel, électrique et de manque de personnel médical compétent. (OURA SAMA, T., 1998). Le district souffre aussi d'une insuffisance de latrines publiques, et d'approvisionnement en eau potable.

Les populations payent une partie des coûts des soins. La pauvreté étant le quotidien de ces ménages ruraux, ajoutée au phénomène de la vie chère, certains n'arrivent pas à se payer les soins modernes et préfèrent confier leur santé aux tradipraticiens. Les produits pharmaceutiques coûtent chers et ne sont pas à la portée de toutes les bourses des masses rurales (OURA SAMA, T., 1998). En effet, 66% des femmes ont accès à une structure sanitaires et pour cela, il faut parcourir en moyenne 1,8 km. En bref, les taux de consultations et les taux d'utilisation des structures sont faibles dans l'ensemble du district sanitaire.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Carte 2 : Carte sanitaire de district sanitaire de Blitta



Source : AGBERE, S., 2008, d'après Atlas du développement régional

CONCLUSION

La présente étude est un mémoire de DEA essentiellement basé sur une recherche bibliographique se référant à notre thème intitulé : qualité des soins de santé modernes en Afrique subsaharienne. Il semble n'avoir aucun rapport avec la géographie certes, mais s'il faut se référer à une distribution spatiale des soins, il serait très intéressant de se demander pourquoi "ici" au lieu de "là-bas" ? En effet, ce thème loin d'être une réflexion de la déontologie en médecine, doit être pour la géographie, une réflexion sur la répartition des soins à travers l'espace.

En ce sens, notre analyse a remarqué une mauvaise répartition des soins. Au même moment, où toutes les populations sont exposées aux risques sanitaires, tous n'ont pas les mêmes offres de soins. Les milieux défavorisés, plus exposés aux risques, ne reçoivent pas une offre conséquente. En revanche, si offre il y a, les critères d'accès, notamment la distance, le temps de parcours et surtout l'argent nécessaire pour payer la consultation et les médicaments sont autant de contraintes qui expliquent la non utilisation des certaines structures sanitaires dans les pays en Afrique au sud du Sahara. Le problème de santé en Afrique subsaharienne ne s'arrête pas seulement à ce seul critère d'accès.

En effet, les structures sanitaires qui doivent recevoir les patients, ne sont pas dotées de tous les moyens pouvant permettre leur bon fonctionnement. Au premier rang de ces moyens, nous retiendrons le personnel médical qualifié, les médicaments et le matériel nécessaire pour le diagnostic. Nombreux sont aujourd'hui les structures sanitaires des grandes villes africaines qui ne disposent pas d'appareils à IRM et manquent des spécialistes, voire de stages de perfectionnement pour le personnel. Tous ces facteurs réunis jouent sur la capacité des soins offerts, à donner un meilleur résultat. C'est cet aspect du problème que nous pensons étudier, dans notre thèse, à une échelle plus restreinte, pour analyser les difficultés que les populations éprouvent pour obtenir des soins adéquats et efficaces à leurs besoins de santé.

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1 : Projet de plan de thèse

Dédicace
Remerciements
Définition des sigles et abréviations
Liste des tableaux
Liste des figures
Liste des cartes
Sommaire

PREMIERE PARTIE

Chapitre premier : Présentation de la zone d'étude

- 1.1 Un relief de deux unités morphostructurales
 - 1.1.1 Le plateau de l'Adelé
 - 1.1.2 La grande plaine orientale
- 1.2 La géologie
- 1.3 Les sols
 - 1.3.1 les sols ferralitiques
 - 1.3.2 Les sols ferrugineux
 - 1.3.3 Les sols peu évolués
- 1.4 Les conditions climatiques
 - 1.4.1 La pluviométrie
 - 1.4.2 La température
 - 1.4.3 Les vents
 - 1.4.4 L'ensoleillement
 - 1.4.5 L'humidité relative

Chapitre 2 : Etude du milieu humain

- 2.1 L'historique du peuplement
- 2.2 Une diversité de peuples
 - 2.2.1 Les agnangan
 - 2.2.2 Les Adelé
 - 2.2.3 Les Ewe
 - 2.2.4 Les Kabyè
 - 2.2.5 Les Losso
 - 2.2.6 Les tem
 - 2.2.7 Les Tchamba
- 2.3 La population
 - 2.3.1 Une inégale répartition de la population
 - 2.3.1.1 La population de Blitta-Est
 - 2.3.1.2 La population de Blitta-Ouest
 - 2.3.2 La répartition selon l'âge
 - 2.3.3 La répartition selon le sexe
 - 2.3.4 La répartition selon le secteur d'activité
- 2.4 Les activités économiques
 - 2.4.1 L'agriculture
 - 2.4.1.1 Les produits agricoles
 - 2.4.1.1.1 Les céréales
 - 2.4.1.1.2 Les tubercules
 - 2.4.1.1.3 Les oléagineux
 - 2.4.1.1.4 Le coton

- 2.4.2 L'élevage
 - 2.4.2.1 Les bovins
 - 2.4.2.2 Les caprins
 - 2.4.2.3 Les porcins
 - 2.4.2.4 La volaille
- 2.4.3 L'industrie
- 2.4.4 L'artisanat
- 2.4.5 Les marchés
 - 2.4.5.1 Les marchés de production
 - 2.4.5.2 Les marchés d'approvisionnement
 - 2.4.5.3 Les marchés de consommation

DEUXIEME PARTIE : LES BESOINS DE SANTE

Chapitre 3 : Le profil épidémiologique

- 3.1 La répartition spatiale de la morbidité
 - 3.1.1 La principale cause de morbidité à l'hôpital de district de Blitta
 - 3.1.2 La principale cause de morbidité à l'hôpital privé confessionnel de Pagala
 - 3.1.3 La principale cause de morbidité dans les USP
- 3.2 Analyse des déterminants favorables aux pathologies
 - 3.2.1 Le paludisme
 - 3.2.2 Les infections aiguës
 - 3.2.3 Les maladies diarrhéiques
 - 3.2.4 La malnutrition
 - 3.2.5 La tuberculose

Chapitre 4 : Les offres de soins

- 4.1 La couverture sanitaire
 - 4.1.1 Les infrastructures sanitaires
 - 4.1.1.1 Les hôpitaux
 - 4.1.1.2 Les USP
 - 4.1.2 Les dispositifs médicaux
 - 4.1.2.1 Le matériel médical
 - 4.1.2.2 Les médicaments
 - 4.1.3 La desserte médicale
 - 4.1.3.1 La desserte médicale dans les hôpitaux
 - 4.1.3.2 La desserte médicale dans les USP
- 4.2 La répartition des soins
 - 4.2.1 Les soins préventifs
 - 4.2.2 Les soins curatifs
 - 4.2.3 Les soins promotionnels

TROISIEME PARTIE : LA SATISFACTION DES SOINS DE SANTE

Chapitre 5 : L'accès aux soins

- 5.1 L'accessibilité géographique
 - 5.1.1 La localisation des structures sanitaires
 - 5.1.2 Le temps de parcours
- 5.2 L'accessibilité financière
 - 5.2.1 Le coût de la consultation
 - 5.2.1.1 Le coût de la consultation dans les hôpitaux
 - 5.2.1.2 Le coût de la consultation dans les USP
 - 5.2.2 Le prix des médicaments essentiels génériques

- 5.2.2.1 Le prix des médicaments essentiels génériques dans les pharmacies d'Etat
- 5.2.2.2 Le prix des médicaments essentiels génériques dans les pharmacies privées

Chapitre 6 : Les déterminants de la qualité de soins

6.1 Le contact humain : l'accueil

6.1.1 L'accueil dans les hôpitaux

6.1.2 L'accueil dans les USP

6.2 La démarche déontologique dans le cas de paludisme

6.2.1 Le traitement du paludisme dans les hôpitaux

6.2.2 Le traitement du paludisme dans les USP

6.2.3 La conformité des soins aux pathologies

6.2.4 Les dépenses de santé

Recommandations

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Tables de matières

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 2 : Chronogramme des activités de recherche

Activités principales	2009			2010			2011		
	1 ^{er} TR	2 ^e TR	3 ^e TR	1 ^{er} TR	2 ^e TR	3 ^e TR	1 ^{er} TR	2 ^e TR	3 ^e TR
Poursuite de la recherche documentaire	■								
Amélioration du questionnaire	■								
Test du questionnaire		■							
Rédaction de la 1 ^{ère} partie			■						
1 ^{ère} enquête de terrain				■					
Traitement des données					■				
Rédaction de la 2 ^e partie						■			
Confection des cartes							■		
2 ^e enquête de terrain							■		
Traitement des données								■	
Rédaction de la 3 ^e partie									■
réajustement des cartes									■
Finalisation et dépôt									■

TR : Trimestre

ANNEXE 3 : Questionnaire d'enquête de terrain

Questionnaire aux utilisateurs des structures sanitaires

N°	Questions	Variables	Codes	Passer à
I- Identification de l'enquêté				
101	Quel est votre âge ?			
102	Quel est votre sexe ? (notez)	M.....1 F.....2		
103	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Célibataire.....1 Marié.....2 Divorcé.....3 Veuf4		
104	Quel est votre niveau d'instruction ?	CEPD.....1 BEPC.....2 BAC.....3 Maîtrise4 N'a pas fréquenté.....5		
105	Quel est votre ethnie ?	Agnangan.....1 Adélé.....2 Kabyè.....3 Losso.....4 Tem.....5 Tchamba.....6 Autres (précisez).....7		
106	Combien d'enfants avez-vous à charge ?	0 enfant.....1 Moins de 5 enfants.....2 6 à 10 enfants.....3 Plus de 10 enfants.....4		
II- Revenu				
201	Quelle profession exercez-vous ?	Précisez		
202	Pensez-vous que votre métier a un effet sur votre état de santé ?	OUI.....1 NON.....2		
203	Disposez-vous d'un budget mensuel de santé ?	OUI.....1 NON.....2		
204	A combien l'estimez-vous ?	Précisez		

205	Couvre-t-il toutes vos dépenses mensuelles de santé ?	OUI.....1 NON.....2		
206	Comment complétez-vous ce budget ?	Actes solidaires (dons)..1 Emprunts2		
III- Problèmes de santé et accès aux soins				
207	Tombez-vous régulièrement malade ?	OUI.....1 NON.....2		
208	Quelle est la maladie la plus fréquente ?	Paludisme.....1 Amibiase.....2 Anémie.....3 Gastro-entérite.....4 Maladies diarrhéiques..5 Parasitoses intestinales.6 Infections des voies respiratoires.....7		
209	Quelles sont les autres maladies qui vous attaquent ?	Paludisme.....1 Amibiase.....2 Anémie.....3 Gastro-entérite.....4 Maladies diarrhéiques...5 Parasitoses intestinales...6 Infections des voies respiratoires.....7 Traumatisme.....8		
210	Faites-vous recours aux structures sanitaires en cas de maladie ?	OUI.....1 NON.....2		Q214
211	Quel moyen utilisez-vous pour vous y rendre ?	Pieds.....1 Vélo.....2 Voiture3		
212	Combien de temps mettez-vous pour y arriver ?	Moins de 30 min.....1 30 min à 1 h.....2 1 à 2 h.....3 2 à 3 h.....4 Plus de 3 h.....5		
213	Arrivez-vous à payer les ordonnances ?	OUI.....1 NON.....2		

214	Pourquoi ne faites-vous pas recours à une structure sanitaire ?	Distance.....1 Moyens financiers.....2 Mauvais accueil.....3		
215	A quoi faites-vous recours pour guérir ?	Automédication.....1 Tradithérapie.....2		
IV- Efficacité des soins				
301	Qui vous consulte une fois arrivée ?	Médecin.....1 Infirmier.....2 Aide-soignant.....3 Autre (précisez).....4		
302	Pendant combien de temps dure la consultation ?	Moins de 5 min.....1 5 min.....2 Plus de 5 min.....3		
303	Etes-vous confiant du résultat ?	OUI.....1 NON.....2		Q305
304	A qui faites-vous de nouveau recours ?	Tradipraticien.....1 Charlatan.....2		
305	Trouvez-vous des médicaments prescrits dans les pharmacies ?	OUI.....1 NON2		
306	Tous les médicaments prescrits sont-ils à un prix abordable ?	OUI.....1 NON.....2		
306	Jugez-vous les soins satisfaisants ?			

Questionnaire au personnel médical

N°	Questions	Variables	Codes	Passer à
I-Identification de l'enquêté				
101	Quel est votre âge ?			
102	Quel est votre sexe (notez) ?	M.....1 F.....2		
103	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Célibataire.....1 Marié.....2 Divorcé.....3 Veuf.....4		
104	Quelle est votre niveau d'instruction ?	1 ^{er} degré.....1 2 ^{ème} degré.....2 3 ^{ème} degré.....3 Etudes supérieures.....4		
105	Quelle est votre ethnie ?	Agnangan.....1 Adélé.....2 Kabyè.....3 Losso.....4 Tem.....5 Tchamba.....6 Autres (précisez).....7		
106	Avez-vous élu domicile dans votre localité de travail ?	OUI.....1 NON.....2		
II-Formations et expérience				
201	Quel est votre qualification professionnelle ?	Garde malade.....1 Aide-soignant.....2 Sage-femme.....3 Infirmier.....4 Assistant.....5 Médecin.....6 Autres (précisez).....7		
202	Quelle est le nombre d'année de votre expérience professionnelle ?	Moins de 3 ans.....1 3 à 5 ans.....2 5 à 10 ans.....3 10 à 15 ans.....4 15 à 20 ans.....5		

		Plus de 20 ans.....6		
203	Avez-vous reçu de formation depuis que vous exercez ce métier ?	OUI.....1 NON.....2		
204	Quelle est votre dernière formation (précisez) ?			
205	Bénéficiez-vous de stage de perfectionnement ?	OUI.....1 NON.....2		Q207
206	A quand remonte votre dernier stage ?	Moins d'un an.....1 2 ans.....2 3 ans.....3 4 ans.....4 5 ans.....5 Plus de 5 ans.....6		
207	Pensez-vous que les stages sont importants et peuvent compléter votre formation ?	OUI.....1 NON.....2		
III-Problèmes de santé				
301	De quel village viennent la majorité de vos patients ? (précisez)			
302	Quelles sont les maladies fréquemment diagnostiquées ?	Paludisme.....1 Amibiase.....2 Anémie.....3 Gastro-entérite.....4 Tuberculose.....5 Parasitoses.....6 Intestinales.....7 Infections des voies respiratoires.....8 Traumatise.....9 Tuberculose.....10 Autre (précisez).....11		
303	Quelle est selon vous la première cause de morbidité ?	Paludisme.....1 Tuberculose.....2 Tuberculose.....3 Autres (précisez).....4		
304	Y a-t-il une pratique pour l'éviter ?	OUI.....1		

		NON.....2		
305	Comment appréciez-vous le taux de recours à vos services ?	Faible.....1 Moyen.....2 Bon.....3		
306	Quelle est selon vous la cause du faible recours de la population ?	Distance.....1 Moyens financiers.....2 Représentation sociale de maladie.....3		
Difficultés rencontrées				
401	Rencontrez-vous des difficultés lors des diagnostics ?	OUI.....1 NON.....2		
402	Pensez-vous qu'elles sont dues aux équipements sanitaires dont vous disposez ?	OUI.....1 NON.....2		
403	Comment estimez-vous vos dispositifs médicaux suffisants ?	Insuffisants.....1 Moyens.....2 Suffisants.....3		
404	Quelles est selon vous le matériel indispensable que vous ne disposez pas ? (précisez)			
405	Arrivez-vous à diagnostiquer toutes les cas que vous rencontrez ?	OUI.....1 NON.....2		Q407
406	Quelle est la cause de cette insuffisance ?	Matériel de travail.....1 Expérience professionnelle..2		
407	Arrivez-vous à donner une entière satisfaction à vos patients ?	OUI.....1 NON.....2		
408	Quelle précaution prenez-vous ? (précisez)			

ANNEXE 4: Cadre logique de la thèse

QUESTIONS	HYPOTHESES	OBJECTIFS
QUESTION CENTRALE	HYPOTHESE CENTRALE	OBJECTIF GENERAL
Dans le contexte d'amélioration de l'état de santé des populations par la promotion de la couverture sanitaire, l'augmentation du personnel soignant et d'approvisionnement des médicaments essentiels génériques, en quoi les populations éprouvent des difficultés pour obtenir des soins adéquats et efficaces à leurs besoins de santé	Les soins de santé ainsi que les services qui les produisent sont inégalement repartis, et sont d'accès difficiles.	Contribuer à la connaissance des déterminants de la qualité des soins, dispensés dans les structures sanitaires. Cette étude vise aussi à déterminer les impacts de ces soins sur le bien-être des populations.
QUESTIONS SECONDAIRES	HYPOTHESES SECONDAIRES	OBJECTIFS SECONDAIRES
Les structures sanitaires sont-ils suffisants et bien repartis ?	Les établissements de santé sont insuffisants et ceux qui existent sont mal repartis.	Identifier les établissements de santé disponibles dans la zone d'étude;
Les structures sanitaires sont-ils proches des domiciles des patients ?	Les services de santé ne sont pas accessibles à la population en termes de distance/temps	Montrer que les structures sanitaires existant sont d'accès difficile aux populations de l'espace sanitaire
Les structures sanitaires sont-ils bien équipés pour répondre aux besoins des patients ?	Les structures sanitaires manquent de matériel de travail nécessaire pour répondre aux attentes des populations.	Identifier les équipements disponibles dans les structures sanitaires
Les offres de soins satisfont-ils entièrement les besoins des populations ?	Les offres de soins ne sont pas adéquates à toutes les demandes de santé manifestées par la population.	Déterminer les offres de soins des structures sanitaires
	Les soins de santé, au lieu d'améliorer l'état de santé présentent dans une moindre mesure des risques.	Déterminer les risques iatrogènes.
Les agents de santé sont-ils suffisants et bien répartis ? Sont-ils dans de bonnes conditions pour offrir permanemment des soins appropriés et sans risques ?	Le personnel soignant étant en nombre insuffisant, les soins de santé ne sont pas permanents ou entièrement disponibles en tout temps et en tout lieu.	Déterminer la disponibilité permanente des soins de santé
	Les agents, mal repartis, ne bénéficient pas de stage de perfectionnement pour actualiser ou perfectionner leurs connaissances.	Montrer l'importance de l'actualisation des connaissances ou le perfectionnement des agents soignants
Est-ce que les patients sont-ils bien accueillis et bien traités dans les structures sanitaires ?	Les longues heures d'attentes, les pratiques illicites des agents influencent négativement leur communication avec les patients.	Montrer l'importance de l'accueil dans la communication entre les patients et les agents de santé
Les stocks de médicaments sont-ils disponibles régulièrement ?	Les stocks en médicaments essentiels génériques connaissent régulièrement des ruptures de stocks de telle sorte qu'il est difficile aux patients de s'en procurer au moment voulu.	Déterminer la disponibilité des stocks de médicaments essentiels génériques

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES CARTES.....	iv
SOMMAIRE.....	v
RESUME.....	vi
INTRODUCTION.....	1
PREMIER PARTIE : BIBLIOGRAPHIE SIGNALÉTIQUE ET ANALYTIQUE.....	4
CHAPITRE PREMIER : BIBLIOGRAPHIE SIGNALÉTIQUE.....	5
1.1 Ouvrages généraux et d'intérêt méthodologique.....	6
1.2 Système de santé en Afrique subsaharienne.....	14
1.3 Accès, accessibilité et recours aux soins de santé.....	19
1.4 Efficience des soins de santé.....	24
CHAPITRE 2 : BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE.....	28
2.1 Santé, fait social, "spatialisation de la société" : quelle méthodologie en géographie de la santé?.....	29
2.2 Santé et systèmes de santé en Afrique subsaharienne.....	32
2.3 Accès, accessibilité et recours aux soins de santé modernes.....	34
2.4 Soins de qualité : entre efficacité, adéquation et satisfaction.....	37
DEUXIEME PARTIE : SYNTHÈSE ET ANALYSE DE LA BIBLIOGRAPHIE.....	42
CHAPITRE 3 : QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ MODERNES DANS LES STRUCTURES SANITAIRES EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA :	
ANALYSE THÉMATIQUE.....	43
3.1 Définition et clarification des concepts.....	44
3.2 Des systèmes de santé marqués par une insuffisance notable.....	48
3.2.1 Indicateurs généraux de santé.....	48
3.2.1.1 Indicateurs d'état.....	48
3.2.1.1.1 Mortalité.....	48
3.2.1.1.2 Morbidité.....	50
3.2.1.1.3 Espérance de vie.....	50
3.2.1.2 Indicateurs de moyens.....	51
3.2.1.3 Indicateurs de production ou d'activités.....	51
3.2.2 Inégale distribution des soins.....	52
3.2.2.1 Structures sanitaires.....	52
3.2.2.2 Desserte médicale.....	53

3.2.2.3 Question de médicaments.....	54
3.3 Déterminants de non recours aux soins de santé modernes.....	54
3.3.1 Rôle de la distance.....	55
3.3.2 Accessibilité financière critique.....	56
3.3.3 Perception de la maladie.....	57
3.4 Assurance qualité des soins de santé modernes.....	58
3.4.1 Problème de personnel médical.....	58
3.4.1.1 Accueil.....	58
3.4.1.2 Compétence professionnelle.....	59
3.4.1.3 Dispositif médical.....	59
TROISIEME PARTIE : PROJET DE THESE. THEME :	
QUALITE DES SOINS DE SANTE MODERNES DANS	
LE DISTRICT SANITAIRE DE BLITTA AU CENTRE-TOGO.....	61
CHAPITRE 4 : APPROCHE CONCEPTUELLE ET	
METHODOLOGIQUE, ET MILIEU D'INVESTIGATION.....	63
4.1 Approche conceptuelle.....	64
4.1.1 Problématique.....	64
4.1.2 Objectifs de l'étude.....	68
4.1.3 Hypothèses.....	69
4.1.4 Intérêt de l'étude.....	70
4.2 Approche méthodologique.....	70
4.2.1 Sélection des variables.....	71
4.2.1.1 Variables indépendantes.....	71
4.2.1.2 Variables dépendantes.....	71
4.2.2 Recherche des données.....	71
4.2.2.1 Cartographie.....	72
4.2.2.2 La recherche documentaire.....	72
4.2.2.3 Travaux de terrain.....	72
4.2.2.4 Traitement des données.....	73
4.3 Présentation de la zone d'étude : la préfecture de Blitta, une création coloniale.....	73
4.3.1 Situation géographique et aperçu historique.....	73
4.3.2 Etude du milieu physique.....	74
4.3.2.1 Relief de plateau et de plaine.....	74
4.3.2.1.1 Plateau de l'Adélé.....	74
4.3.2.1.2 Plaine de l'Anié.....	74
4.3.2.2 Réseau hydrographique dense.....	74

4.3.2.3 Eléments du climat.....	75
4.3.2.3.1 Précipitations.....	75
4.3.2.3.2 Températures.....	75
4.3.2.3.3 Sols.....	76
4.3.2.3.3.1 Sols ferrallitiques.....	76
4.3.2.3.3.2 Sols ferrugineux tropicaux.....	76
4.3.2.3.3.3 Sols peu évolués.....	76
4.3.3 Etude du milieu humain.....	78
4.3.3.1 Population dynamique.....	78
4.3.3.2 Peuplement.....	78
4.3.3.3 Activités économiques.....	79
4.3.4 Etat sanitaire dans le milieu d'étude.....	80
CONCLUSION.....	83
ANNEXES.....	84
ANNEXE 1 : Projet de plan de thèse.....	85
ANNEXE 2 : Chronogramme des activités de la recherche.....	88
ANNEXE 3 : Questionnaire d'enquête de recherche.....	89
ANNEXE 4 : Cadre logique de la thèse.....	95
TABLE DES MATIERES.....	96

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE