

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

BURKINA FASO
La Patrie ou la Mort, Nous Vaincrons !

**INSTITUT DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(IN.S.HU.S.)**

DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE

MEMOIRE DE MAITRISE

Thème :

L'HOPITAL NATIONAL SANOU SOURO DE BOBO-DIOULASSO

**Fonctions et impact d'une infrastructure urbaine
au Burkina Faso**

Présenté par :
SANOU Moumouni

Décembre 1990

Sous la Direction de :
M. M. OUEDRAOGO
Maître de Conférences
à l'Université de Ouagadougou

III
II E M E R C I E M E N T S

Ce travail a été réalisé grâce au concours et à l'assistance permanents de nombre de personnes qu'il nous plait de remercier sincèrement :

- Madame M.M. OUEDRAOGO, notre Directeur de mémoire, pour sa constante disponibilité, ses conseils et sa contribution à l'élaboration du document ;

- les documentalistes de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale qui ont mis à notre disposition tous les documents nécessaires ;

- les responsables de l'Hôpital National SANOU SOURO et de la Santé Urbaine de Bobo-Dioulasso en particulier le Directeur de l'Hôpital, le Coordinateur des soins médicaux et obstétricaux, le Gestionnaire et le Directeur de la Santé Urbaine qui n'ont ménagé aucun effort pour nous faciliter le travail de dépouillement des fiches et documents sanitaires ;

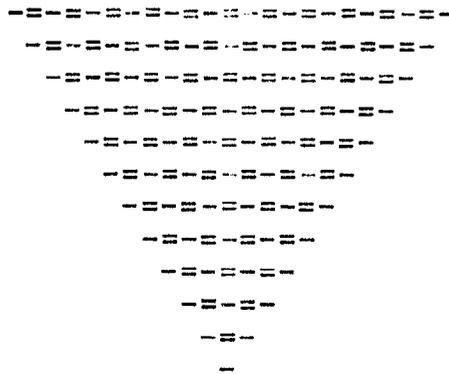
- Aux malades et aux accompagnateurs qui ont accepté de répondre à nos questions.

Puisse cette étude participer à l'amélioration des prestations et des conditions sanitaires des populations de Bobo-Dioulasso en particulier et du BURKINA FASO en général.

II) E D I C A C E

Je dédie ce mémoire

- A mes parents pour tout ce que je leur dois,
- A mes encadreurs pour leur enseignement fécond,
- A mes amis en signe de ma gratitude,
- A tous les malades de l'Hôpital National
SANOU SOURO en particulier et du BURKINA FASO
en général.



T A B L E D E S M A T I E R E S

Résumé	Pages	11
Introduction		13
<u>Première Partie : Contexte sanitaire urbain de Bobo-Dioulasso.</u>		16
<u>Chapitre I. : La politique sanitaire du BURKINA FASO.</u>		18
<u>Chapitre II. : Environnement et santé à Bobo-Dioulasso.</u>		26
I. Milieu et santé à Bobo-Dioulasso		26
A. Le site nature de Bobo-Dioulasso		26
1- Le relief		26
2- Le climat		27
3- La végétation		28
4- Hydrographie et évacuation des eaux.		29
a- Les eaux usées industrielles		32
b- Les eaux usées domestiques.		32
B. Conséquence du climat sur la santé humaine.		33
1- Les effets directs du climat		33
2- Les effets indirects du climat		34
a- Les affections vectorielles		35
b- Les affections non vectorielles		36
C. Population et santé à Bobo-Dioulasso.		37
1- La population de Bobo-Dioulasso		38

	Pages
a- La structure par âge et par sexe de la population de Bobo-Dioulasso.	38
b- Caractéristiques démographiques de Bobo-Dioulasso comparées aux autres ensembles.	41
2- Evolution des besoins sanitaires par rapport à l'évolution démographique.	42
a- La couverture sanitaire de Bobo-Dioulasso.	42
b- Taux de fréquentation des formations sanitaires de Bobo-Dioulasso.	43
<u>Chapitre III. : Infrastructures sanitaires et pathologie urbaine à Bobo-Dioulasso.</u>	47
I. Moyens et fonctionnement de la santé urbaine.	48
A. Les formations sanitaires	48
1- Le secteur public	48
a- PMI - SMI	48
b- Dispensaire	49
c- Maternité	49
2- Le secteur privé	50
3- Le secteur para-public	51
B. Le personnel de la santé urbaine	51
II. La pathologie urbaine	52
A. Taux de morbidité	52
B. Les principales affections.	53

Deuxième Partie : L'Hôpital National SANOU SOURO :

Historique et fonctions hospitalières. 56

Chapitre IV : Historique et évolution de l'Hôpital National SANOU SOURO.

58

I. Historique de la création de l'Hôpital de Bobo-Dioulasso. 58

II. Evolution de l'Hôpital de Bobo-Dioulasso. 59

Chapitre V. : Equipements et Fonctionnement de l'Hôpital National SANOU SOURO.

63

I. Les structures administratives de l'Hôpital. 64

A. La Direction 64

B. Le Service de gestion 64

II. Les Services hospitaliers 65

A. Le service de chirurgie 65

1- Le bloc opératoire 65

2- Le pavillon de "petite chirurgie". 66

3- Le service de rééducation fonctionnelle. 66

4- Les pavillons d'hospitalisation 66

5- Le personnel 67

6- Activités 67

7- Activités chirurgicales et hospitalisation. 68

8- Activités de la petite chirurgie 69

9- Autres activités du service de chirurgie. 71

B. La Maternité	Pages	71
1- Le bloc technique		72
2- Le pavillon des "post-opérées"		72
3- Le pavillon d'hospitalisation		72
4- Le personnel		73
5- Activités		73
6- Autres activités gynéco- obstétricales.		74
C. Le Service de Pédiatrie		75
1- Activités		76
2- Principales affections rencon- trées en pédiatrie.		76
D. Le Service de médecine générale		77
1- Activités		78
2- Fréquence des principales mala- dies en médecine générale.		78
E. Ophtalmologie - ORL - Stomatologie		79
1- Ophtalmologie		79
2- Oto-Rhino - Laryngologie (ORL)		79
3- Stomatologie		80
4- Activités du service de stomatologie.		80
F. Le service de radiologie		81
G. Les laboratoires		82
H. Le service de pneumo-phtisiologie		83
I. Le service de psychiatrie.		84
III. Les Services para-médicaux		84
A. La pharmacie		84
B. L'alimentation des malades		86
C. La salubrité		86
D. La maintenance de l'Hôpital.		87

<u>Troisième Partie</u> : <u>L'Hôpital National SANOU SOURO</u> :	
<u>Rayonnement et perspectives</u> <u>sanitaires à Bobo-Dioulasso.</u>	89
<u>Chapitre VI.</u> : <u>L'hôpital et sa zone d'influence</u>	90
I. Place de l'Hôpital de Bobo- Dioulasso dans les structures sanitaires de la ville.	90
II. Rôle régional et rayonnement de l'Hôpital National SANOU SOURO.	96
A. Le rayonnement de l'Hôpital	96
B. Les taux d'attraction de l'Hôpital National SANOU SOURO.	100
<u>Chapitre VII.</u> : <u>Les limites des interventions</u>	103
<u>Chapitre VIII.</u> : <u>Les perspectives sanitaires de</u> <u>Bobo-Dioulasso.</u>	105
I. La santé urbaine de la ville de Bobo-Dioulasso.	105
II. La réhabilitation de l'Hôpital National SANOU SOURO de Bobo- Dioulasso.	108
<u>Conclusion</u>	112
<u>Bibliographie</u>	115
<u>Annexes</u>	121
<u>Santé urbaine</u>	122
<u>Hôpital National SANOU SOURO</u>	128

T A B L E D E S F I G U R E S

Figure 1 : Formations sanitaires par province en 1986.	Pages	17
Figure 2 : La pyramide sanitaire		21
Figure 3 : Organigramme du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.		23
Figure 4 : Carte de situation de Bobo-Dioulasso.		25
Figure 5 : Réseau hydrographique de Bobo-Dioulasso et sa région.		30
Figure 6 : Pyramide des âges		40
Figure 7 : Carte d'infrastructure sanitaire de Bobo-Dioulasso.		46
Figure 8 : Infrastructures sanitaires (organigramme).		51
Figure 9 : L'Hôpital SANOU SOURO à Bobo-Dioulasso.		57
Figure 10 : Organigramme de l'Hôpital		63
Figure 11 : Hôpital National SANOU SOURO. Etat existant.		88
Figure 12 : Place de l'Hôpital dans les structures sanitaires de la ville de Bobo-Dioulasso.		93
Figure 13 : Rayonnement de l'Hôpital SANOU SOURO		99
Figure 14 : Schéma de référence des malades de la ville de Bobo et des provinces du Kéné Dougou et de la Comoé.		107
Figure 15 : Plan de réhabilitation de l'Hôpital National SANOU SOURO.		109

T A B L E D E S T A B L E A U X

Tableau I. : Moustiques nuisants et vecteurs de maladies dans les villes et écotopes potentiels.	Pages	35
Tableau II. : Caractéristiques démographique de Bobo-Dioulasso comparées aux autres ensembles.		41
Tableau III. : Taux de fréquentations : 1989		44
Tableau IV. : Consultations par âge - 1989		44
Tableau V. : Origine des malades par zone 1989 (distance)		45
Tableau VI. : Principales affections (exprimées en pourcentage du total) et taux de fréquence globale.....		54
Tableau VII. : Activités opératoires de la chirurgie premier trimestre 1989 - Bloc opératoire		68
Tableau VIII. : Activités de la petite chirurgie (premier trimestre 1989)		69
Tableau IX. : Nature des interventions effectuées au premier trimestre 1989.		70
Tableau X. : Accouchements effectués à la maternité en 1989.		74
Tableau XI. : Répartition des avortements et des décès par avortements (1989).		74
Tableau XII. : Principales affections rencontrées en pédiatrie (1er trimestre 1989)		76

Tableau XIII. :	Fréquence des principales maladies en médecine générale 1989. Pages	78
Tableau XIV. :	Activités du service de stomatologie 1989.....	80
Tableau XV. :	Activités du service de radiologie 1989.	82
Tableau XVI. :	Normes officielles en matière d'hos- pitalisation dans les hôpitaux nationaux.	100
Planche I.	Chef SOURO Kognangami SANOU	62

R E S U M E

Bobo-Dioulasso, situé au sud-ouest du BURKINA FASO à 365 km de Ouagadougou, est tout à la fois la deuxième ville et la capitale économique du pays. La population de Bobo-Dioulasso, estimée à plus de 228 668 habitants, dispose d'un certain nombre d'infrastructures pour la satisfaction de ses besoins sanitaires.

En effet, la satisfaction de ces besoins s'articule autour de deux pôles essentiels.

- La santé urbaine qui regroupe l'ensemble des formations sanitaires de la ville relevant du secteur public par lesquelles doivent passer en principe tous les malades de la ville.

Il convient de noter aussi la présence de formations sanitaires privées qui bien que peu développées font partie intégrante de la réalité sanitaire de Bobo Dioulasso.

- L'Hôpital National SANOU SOURO, situé au plein centre de la ville, s'étend sur près de 4 hectares, est en fait l'hôpital de référence pour tout l'ouest et le sud-ouest du Burkina. Il est donc le centre où sont évacués tous les malades qui par leur gravité et la complexité de leurs maladies ne peuvent être soignés dans les autres formations sanitaires de la ville ou des autres provinces de l'ouest ou du sud-ouest du pays. Il faut également souligner que l'Hôpital National SANOU SOURO rayonne aussi bien sur presque l'ensemble du Burkina que sur les pays de la sous région notamment les pays limitrophes.

L'Hôpital National SANOU SOURO, d'une simple "ambulance militaire" jusqu'en 1955, est devenu après l'Hôpital YALGADO OUEDRAOGO de Ouagadougou le deuxième Hôpital National du pays en 1981.

1/1 O T S 1 L E S

BURKINA FASO - BOBO-DIOULASSO -
EQUIPEMENT SANITAIRE - SANTE URBAINE -
HOPITAL NATIONAL - ENDEMIES TROPICALES.

II INTRODUCTION -----

De nos jours, on ne peut nier ou négliger l'ampleur de l'exode rural et de la poussée urbaine dans les pays en voie de développement. Cette urbanisation "brutale", souvent anarchique, se traduit par un entassement dans les quartiers surpeuplés d'habitat précaire. La promiscuité, l'absence d'hygiène, le manque ou le mauvais entretien des installations sanitaires, la pauvreté de ces néo-citadins les exposent à des risques très élevés de maladies infectieuses et parasitaires. La santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Le BURKINA FASO, conscient qu'aucun objectif de développement ne peut aboutir si la situation sanitaire des populations n'est pas améliorée, développe depuis un certain temps de vastes programmes sanitaires visant aussi bien la santé que le bien-être social des populations. Aussi, avons nous choisi de porter notre intérêt sur les équipements sanitaires - qui constituent l'ossature de toute politique sanitaire - des villes du BURKINA FASO et particulièrement ceux de Bobo-Dioulasso à travers l'Hôpital National SANOU SOURO. Les raisons qui ont présidé à ce choix sont multiples :

- d'abord l'importance de la ville de Bobo-Dioulasso. En effet, située au Sud-Ouest du BURKINA FASO, à 365 Km de Ouagadougou la Capitale administrative, Bobo-Dioulasso avec plus de 228 668 habitants est tout à la fois la deuxième ville et la Capitale économique du pays,

- ensuite, la santé constitue de nos jours, l'une des principales préoccupations de tous les pays du monde entier. C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé à la Conférence d'Alma Ata en 1978, l'objectif de "la santé pour tous en l'AN 2000" auquel le BURKINA FASO a souscrit ;

- enfin, en 1928, Maximilien SORRE forge au Congrès International de Géographie de Cambridge, le concept de "complexe pathogène" qui deviendra par la suite la géographie des maladies ou encore la géographie de la santé démontrant ainsi que la santé doit être considérée comme un sujet pluridisciplinaire ou transdisciplinaire qui ne saurait être la prérogative d'une seule catégorie professionnelle. Plus d'un siècle après, il demeure d'actualité. Mais l'on se rend compte aujourd'hui qu'il a suscité davantage d'échos et rencontré plus de succès auprès des médecins que chez les géographes. Tel est le paradoxe. Au fil des ans, les principes mêmes formulés par Max. SORRE ont été développés, élargis et éprouvés sur le terrain en dehors de la réflexion des géographes comme s'ils ne concernaient pas le champ de leurs recherches.

Pour mener à bien notre étude, nous nous sommes d'abord attelés à un travail de recherche bibliographique afin de cerner tous les éléments du sujet.

Ensuite, nous avons effectué sur le terrain le dépouillement des documents et statistiques sanitaires de la santé urbaine et de l'Hôpital National SANOU SOURO. Ainsi, par exemple, pour évaluer le rayonnement de l'Hôpital en 1989, nous avons dépouillé 16 915 fiches d'hospitalisation. Afin de pouvoir dépouiller tous ces documents, aussi bien de l'Hôpital que de la santé urbaine, nous avons séjourné à

Bobo pendant 3 mois soit de Janvier à Mars 1990.

Nous avons rencontré au niveau de cette investigation de sérieuses difficultés liées à l'insuffisance ou au manque de certaines données sanitaires surtout au niveau de l'Hôpital National SANOU SOURO. Ainsi, nous avons été obligés à certains moments de reconstituer certains rapports sur la base des rares documents existants (fiches de consultation, fiches d'hospitalisation) stockés dans un désordre total.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus - donnent une idée sur le volume, la nature des activités sanitaires de la santé urbaine et de l'Hôpital de Bobo et également peuvent permettre d'estimer l'évolution dans le temps des services des formations sanitaires de Bobo-Dioulasso - ont été exposés en trois parties :

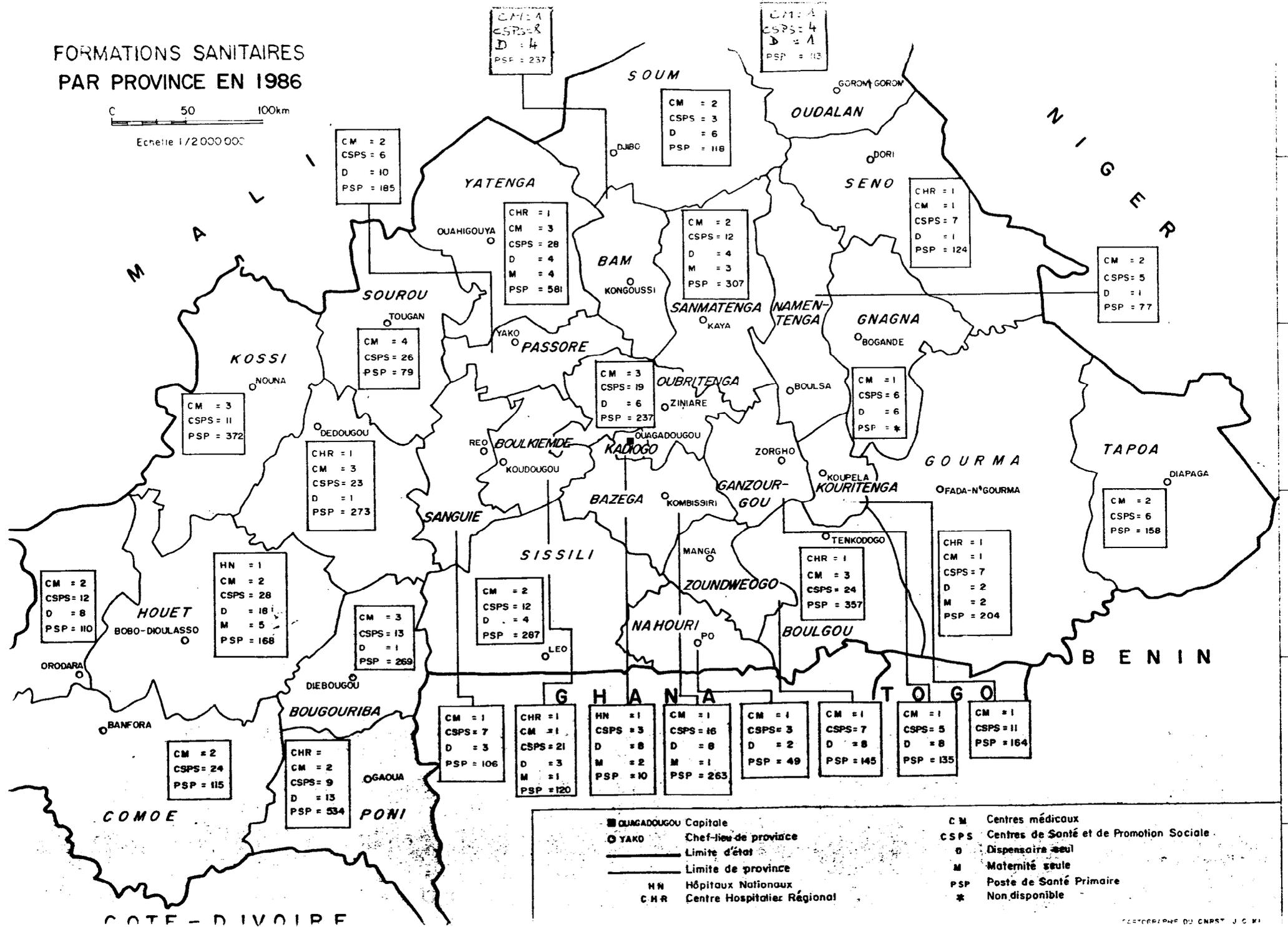
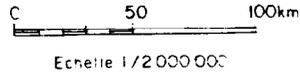
- la première partie étudie le contexte sanitaire urbain de Bobo-Dioulasso ;
- la seconde partie est consacrée à l'Hôpital National SANOU SOURO : historique de sa création et les fonctions hospitalières ;
- en dernier point sont évoqués le rayonnement de l'Hôpital et les perspectives sanitaires de Bobo-Dioulasso.

R E M I E R E A R T I E

 O N T E X T E A N I T A I R E R B A I N

-----oooooO-----

FORMATIONS SANITAIRES PAR PROVINCE EN 1986



- OUGADOUGA Capitale
- YAKO Chef-lieu de province
- Limite d'état
- Limite de province
- HN Hôpitaux Nationaux
- CHR Centre Hospitalier Régional
- CM Centres médicaux
- CSPS Centres de Santé et de Promotion Sociale
- D Dispensaire seul
- M Maternité seule
- PSP Poste de Santé Primaire
- * Non disponible

CHAPITRE I - LA POLITIQUE SANITAIRE DU BURKINA FASO

La santé constitue l'une des préoccupations majeures des pays du monde en général, et des pays en voie de développement en particulier dont fait partie le BURKINA FASO. En effet, les problèmes de santé occupent depuis un certain temps, une place déterminante dans les programmes de développement des pays en voie de développement. Nulle part plus que dans ces pays, les populations ne sont à la fois victimes de la pauvreté et de maladies chroniques ou endémiques. Pris dans un cycle infernal où les effets de la maladie et de la pauvreté se conjuguent et s'amplifient mutuellement, les hommes des pays en développement ne sont pas toujours assurés de soins élémentaires. C'est à cause de cette préoccupation fondamentale que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé à la conférence d'Alma Ata, l'objectif noble et ambitieux de "la santé pour tous en l'AN 2000" que les pays du monde entier se sont résolument engagés à traduire en projets et programmes concrets et en prestations sanitaires pour tous : la stratégie des soins de santé primaire.

Le BURKINA FASO, conscient que tout développement passe par la résolution des problèmes sanitaires des populations, adhère entièrement à l'objectif de "la santé pour tous en l'AN 2000" fixé par l'OMS et à la stratégie des soins de santé primaire (SSP) comme moyen privilégié d'y parvenir. C'est pourquoi, le pays développe de vastes programmes sanitaires, afin d'amener la majorité de la population à un meilleur état de santé d'ici l'horizon l'AN 2000.

A cet effet, il a été entrepris d'une part, de nombreuses politiques sanitaires de grandes envergures dont les échos ont largement dépassé les frontières. Nous pouvons citer entre autres, la vaccination "commando", la vaccination au quotidien, le programme élargi de vaccination,...

D'autre part, la réalisation d'une pyramide sanitaire à cinq (5) niveaux, remontant des villages jusqu'au niveau national. Cette pyramide comporte :

- les postes de santé primaire (PSP) dans les 7 000 villages que compte le BURKINA FASO ;
- les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) pour les groupes de villages totalisant 15 000 à 20 000 habitants ;
- les centres médicaux (CM) pour 150 000 à 200 000 habitants ;
- les hôpitaux régionaux pour 500 000 à 600 000 habitants ;
- les deux hôpitaux nationaux (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) pour soutenir l'ensemble. (figure 1)

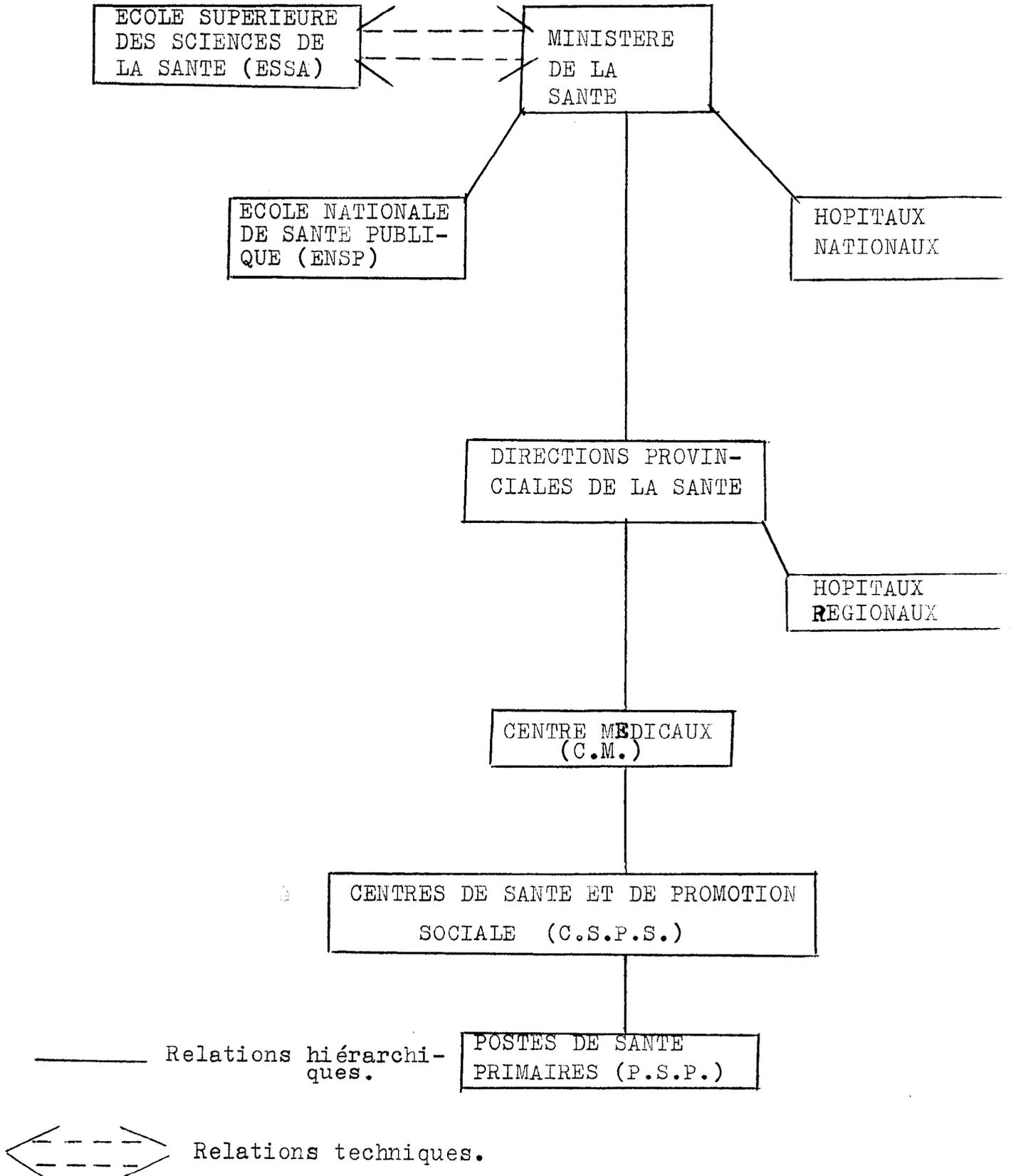
Une telle pyramide tout en développant les soins de santé primaire en périphérie, permet de réaliser un système d'orientation - recours vers les niveaux supérieurs pour les cas les plus difficiles.

Enfin, le lancement de grands programmes nationaux utilisant l'ensemble du réseau sanitaire et comprenant :

- un programme de renforcement de la capacité de planification du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ;
- un programme de renforcement de l'infrastructure sanitaire ;

- un programme de santé maternelle et infantile, de planification familiale et de nutrition ;
- un programme d'assainissement, d'hygiène de l'environnement et d'éducation pour la santé ;
- un programme de lutte contre les grandes endémies ;
- un programme d'approvisionnement sanitaire et de pharmacopée traditionnelle ;
- un programme de santé des travailleurs ;
- un programme de formation et recyclage des personnels de santé.

FIGURE 2 : LA PYRAMIDE SANITAIRE



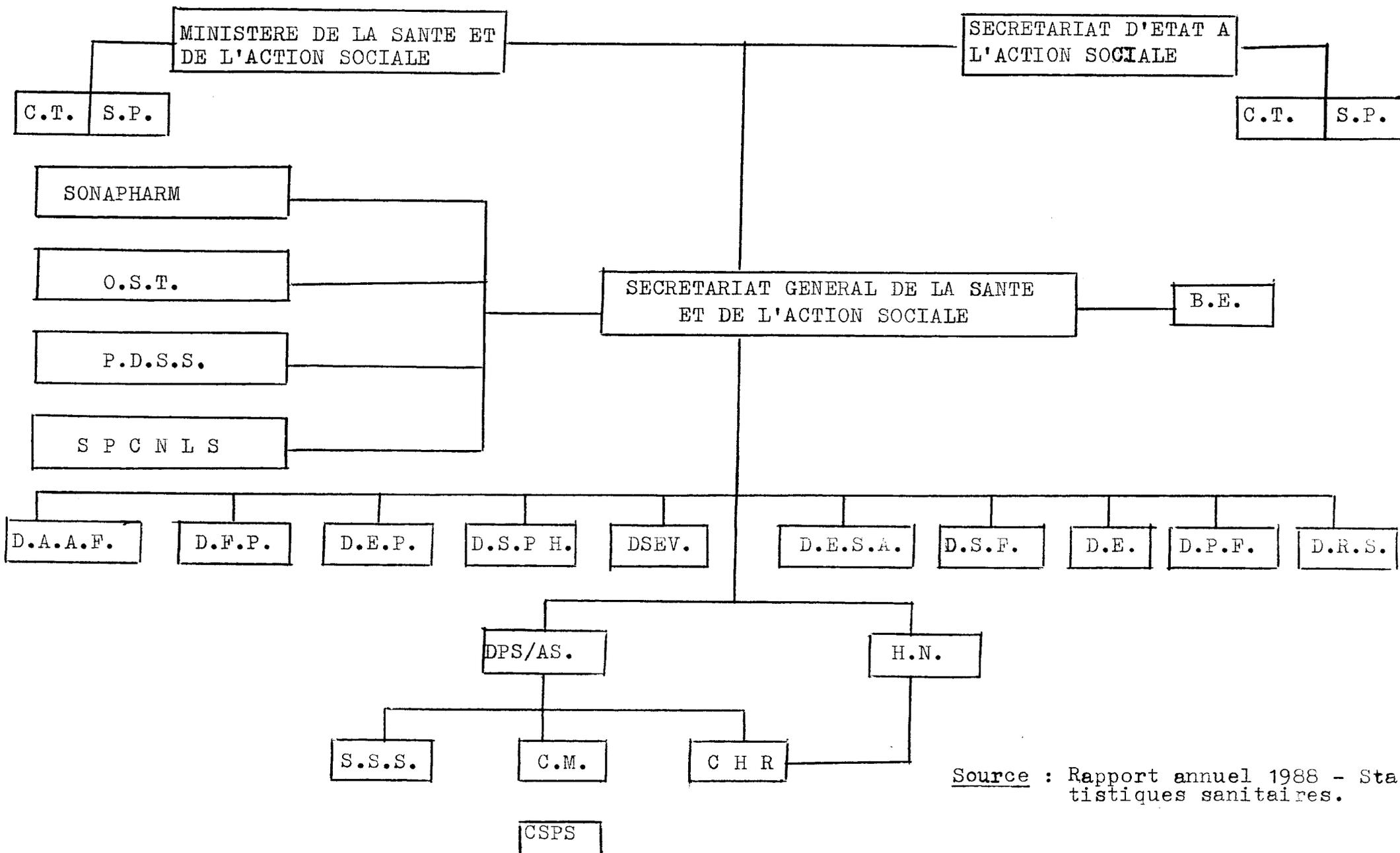
Source : Etudes préliminaires au projet de développement sanitaire de l'Hôpital de Bobo-Dioulasso et des provinces du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou 1985.

Dans tous les pays du monde entier, l'importance de la santé témoigne de la préoccupation croissante qu'inspirent l'expansion rapide de la population mondiale, les inégalités grandissantes dans la répartition des richesses, la baisse générale de la qualité de la vie pour de nombreux habitants de la planète, et les difficultés que l'on éprouve à poursuivre des programmes d'action sanitaire visant à atteindre un état optimal de santé physique et mentale et de bien-être dans le monde entier.

Afin d'être pleinement efficaces, les autorités sanitaires doivent assumer des responsabilités suffisamment étendues pour répondre aux besoins du pays, et le Ministère de la Santé doit collaborer étroitement avec les autres Ministères, afin que les questions de santé soient dûment prises en considération au stade des programmes de développement.

AU BURKINA FASO, les ambitions sanitaires sont placées sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale qui par son organisation répond à des soucis de décentralisation et surtout d'efficacité. En effet, ce Ministère, en plus des préoccupations sanitaires proprement dites, est également chargé du bien-être social des populations. Il comprend à cet effet, un Secrétariat d'Etat à l'Action Sociale. Aussi, afin de mieux coordonner toutes les actions de développement sanitaire et social, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est organisé autour de plusieurs directions. Ce processus sanitaire, même s'il est lent, des progrès sont néanmoins accomplis et le succès de cette politique sanitaire dépendra en définitive de la possibilité d'atteindre et d'impliquer dans cette action l'ensemble des populations visées et tout particulièrement celles qui en ont le plus besoin.

FIGURE 3 : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



Source : Rapport annuel 1988 - Statistiques sanitaires.

LEGENDE

- S.P. : Secrétariat Particulier
C.T. : Conseiller Technique
B.E. : Bureau d'Etudes
SONAPHARM : Société Nationale d'Approvisionnement
Pharmaceutique.
- O.S.T. : Office de Santé des Travailleurs
P.D.S.S. : Projet de Développement des Services de
Santé.
- SPCNLS. : Secrétariat Permanent du Comité National
de Lutte contre les effets de la Sécheresse.
- D.A.A.F. : Direction des Affaires Administratives et
Financières.
- D.F.D. : Direction de la Formation Professionnelle
D.E.P. : Direction des Etudes et de la Planification
D.S.P.H. : Direction des Services Pharmaceutiques.
D.S.E.V. : Direction de la Surveillance Epidémiologi-
que et des Vaccinations.
- D.E.S.A. : Direction de l'Education pour la Santé et
l'Assainissement.
- D.S.F. : Direction de la Santé de la Famille
D.E. : Direction de l'Enfance.
D.P.F. : Direction de la Promotion Familiale
D.R.S. : Direction de la Reinsertion Sociale
D.P.S.-AS. : Direction Provinciale de la Santé et de
l'Action Sociale.
- H.N. : Hôpital National
S.S.S. : Services Sociaux Spécialisés
C.H.R. : Centre Hospitalier Régional
C.M. : Centre Médical
C.S.P.S. : Centre de Santé et de Promotion Sociale.

CHAPITRE II - ENVIRONNEMENT ET SANTE A
BOBO-DIOULASSO

Il apparait aujourd'hui impossible d'isoler la maladie et le malade de leur environnement. En effet, tout problème de santé s'inscrit dans un système plus vaste qui s'intègre lui-même dans un milieu donné.

I- MILIEU ET SANTE A BOBO-DIOULASSO

Le climat, le relief et l'hydrographie déterminent souvent des combinaisons écologiques variées qui influent très largement sur les conditions d'existence des populations. Ces facteurs physiques peuvent favoriser le développement d'une région ou constituer au contraire des obstacles au travail humain et à la production. La santé doit de ce fait être considérée comme une priorité fondamentale, car elle contribue grandement à l'accroissement des richesses de la collectivité. Aussi, avant d'entreprendre toute action de développement (qui risque de multiplier la fréquence des maladies transmissibles), il convient d'apprécier les multiples interdépendances unissant facteurs physiques et humains.

A- LE SITE NATUREL DE BOBO-DIOULASSO

1 - Le Relief

La ville de Bobo-Dioulasso est située entre : 11°10' de latitude Nord et 4°18' de longitude Ouest. Contrairement à la plus grande partie du BURKINA FASO, cette ville et sa région jouissent de conditions naturelles assez favorables. Bobo-Dioulasso se trouve sur le plateau de grès primaire qui s'étend entre le

11° et 13° de latitude Nord et du Fouta Djallon en Guinée jusqu'au Sud-Ouest du BURKINA FASO. Ce plateau d'une altitude moyenne de 430 m environ, domine le plateau central qui occupe le centre et l'Est du pays, par une falaise : la falaise de Banfora. Le relief de la région de Bobo-Dioulasso est plus accentué que celui de la moyenne nationale du BURKINA FASO avec des altitudes variant de 300 à 500 m au maximum au dessus du niveau de la mer. Ce niveau d'ensemble est encore plus accentué par les dépressions des différents marigots qui traversent la ville. A travers cette description, le relief de la région de Bobo-Dioulasso n'appelle aucune remarque particulière quant à son influence sur la santé des populations.

2 - Le Climat

La région de Bobo-Dioulasso est localisée dans la zone Sud Soudanienne à climat tropical à deux saisons avec une alternance de deux masses d'air. La masse d'air continentale originaire du Sahara qui fait souffler l'Harmattan (vent chaud et sec) et la masse d'air humide et océanique originaire du Golfe de Guinée qui donne naissance aux alizés maritimes porteuses de pluies. Le climat de la région de Bobo-Dioulasso se caractérise par des précipitations annuelles assez abondantes, comprises en moyenne entre 1 100 et 1 200 mm et tombant pendant la saison des pluies de Juin à Septembre.

L'observation des moyennes de précipitations sur les dernières décennies montre une nette régression de la pluviométrie de la région, sans doute liée au phénomène de la désertification.

Les températures quant à elles présentent une variation saisonnière importante selon l'alternance des saisons.

- Deux saisons fraîches (Novembre - Février et Mai - Septembre) avec un minimum pouvant atteindre 10°C.

- Deux saisons chaudes : la première en Mars - Avril (maximum moyen 37°C), la seconde en Octobre (34°C).

Ainsi, ces variations de saison peuvent avoir un impact sur la santé des populations.

- En effet, pendant la saison sèche et fraîche, souffle un vent chargé de poussière qui favorise les maladies respiratoires et l'éclosion de foyers de méningite comme certaines études l'ont déjà démontré.

- La saison sèche et chaude coïncide avec de nombreuses maladies infantiles (rougeole avec complications respiratoires, maladies diarrhéiques) qui font penser qu'il existe des relations de cause à effet.

- La saison humide voit l'apparition de flaques d'eau, véritables gîtes à anophèles et crée des conditions favorables à l'éclosion d'insectes nuisibles tels que les moustiques. Dès lors, il ne sera pas étonnant que le paludisme connaisse une certaine recrudescence dans la période de Juin à Septembre et que de nombreuses infections intestinales affectent la population urbaine.

Les saisons ont une influence sur la diversification de la production (fruits, légumes, céréales). Cette influence se repercute sur l'alimentation des citadins et partant sur leur santé.

Il est donc évident que le climat est un des éléments indirects mais fondamentaux du complexe sanitaire de Bobo-Dioulasso. Nous reviendrons sur les autres considérations climatologiques.

3- La Végétation

Bobo-Dioulasso est une ville très verte. L'espace urbain a connu de nombreuses plantations d'arbres le long des rues et dans les espaces verts aménagés à cet effet.

Dans les proches environs, des forêts - galeries bordent les cours d'eau :

- la forêt de Dinderesso, s'étend au Nord-Est de la ville ;
- la forêt de Kounima située au Sud, est de nos jours en grande partie dégradée ;
- une zone de maraichages s'est développée le long du marigot Houet et décrit une coulée verte dans la ville.

Enfin les vastes surfaces de vergers dans la vallée du Houet viennent compléter le paysage.

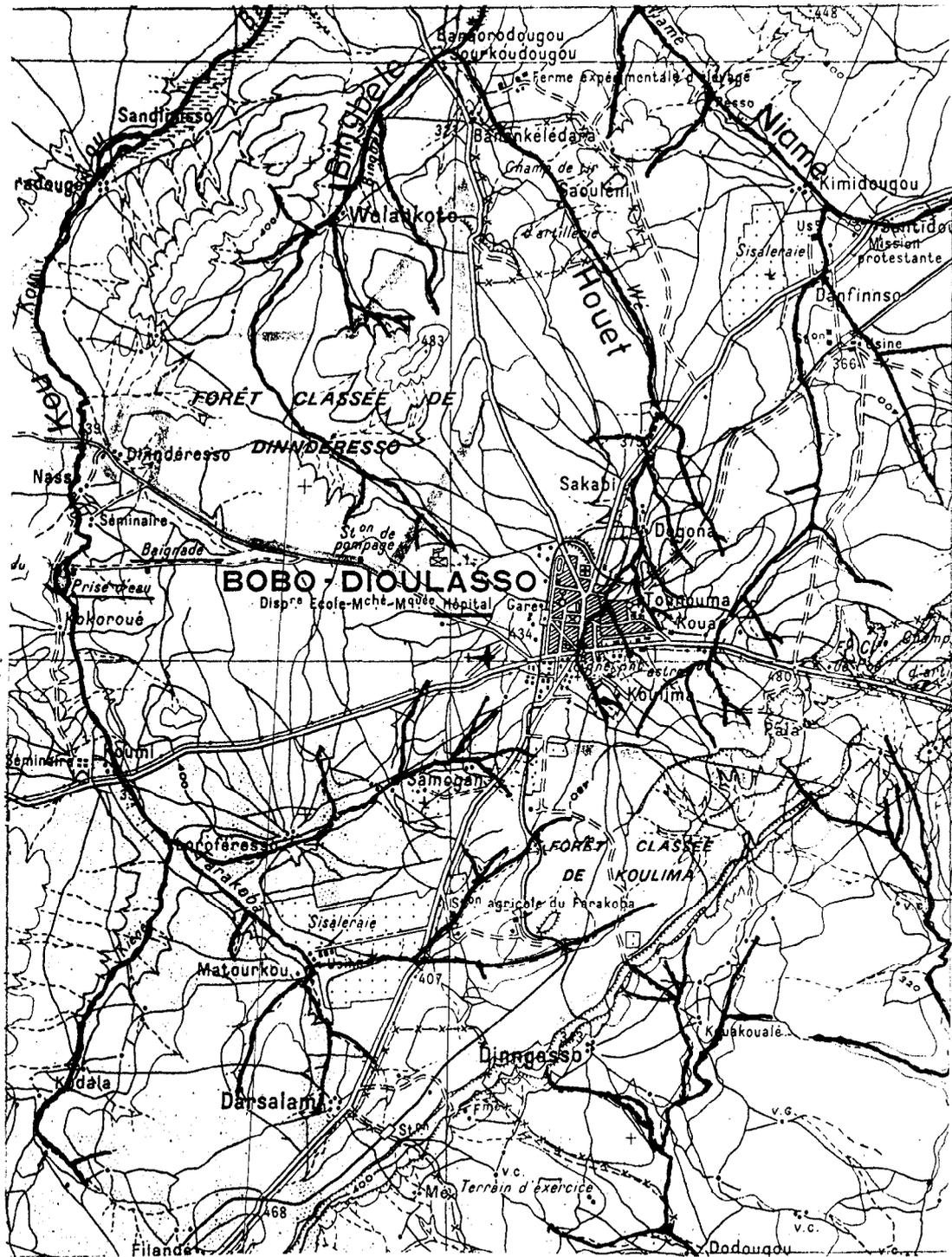
Il convient aussi de souligner que la végétation est à la base du développement d'une pharmacopée impressionnante dans la région de Bobo-Dioulasso. Les plantes médicinales entrent dans les soins de santé d'une très large partie de la population de la région comme par exemple : le baobab (*Adonsonia digitata*) utilisé contre la dysenterie, les diarrhées, les plaies, les rhumatismes, les ophtalmies, les affections urinaires, la fièvre et l'asthme ; le caïlcédrat (*Khaya senegalensis*) utilisé contre la fièvre ; le fromager (*Ceiba pentandra*) utilisé contre les maux d'estomac, l'hypertension, les abcès dentaires, la gingivite ; le karité (*Butyrospermum parkii*) utilisé contre les douleurs des membres etc.

La végétation contribue donc largement à résoudre les problèmes de santé de la population de Bobo-Dioulasso. Un centre important de pharmacopée essentiellement basé sur la cueillette et la commercialisation de plantes médicinales est né à Banfora et rayonne sur tout le pays.

4 - Hydrographie et Evacuation des Eaux

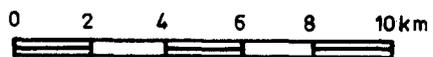
Bobo-Dioulasso est en majeure partie située sur le bassin versant du Houet ; l'agglomération déborde légèrement à l'Est sur le bassin du Niamé et au Sud-Ouest sur celui du Kou.

Fig. 5



Reseau hydrographique de Bobo-Dioulasso et sa region

Echelle: 1/200 000



Le réseau hydrographique de la ville de Bobo-Dioulasso est assez dense. Il est en effet matérialisé par 4 marigots qui sont : le Houet, le Bingbélé, le Niamé et le Kou. Cependant, la ville ne s'étend dans l'ensemble que sur 2 bassins : le bassin du Houet et celui du Bingbélé. Les deux marigots ont une pente moyenne d'environ 1 %. Le réseau hydrographique par sa densité, joue un rôle déterminant dans l'évacuation des eaux de la ville. C'est ainsi que la partie Est de la ville est drainée par un collecteur qui reçoit les eaux de la zone industrielle et se jette dans le marigot Bingbélé.

Quant au marigot Houet, il draine la plus grande partie de l'agglomération du Nord-Est au Sud et constitue de ce fait l'organe principal du système de drainage des eaux de la ville. Cela représente un avantage pour la ville qui peut exploiter en lui un axe de drainage naturel efficace du fait de sa pente forte. Ainsi, le lit mineur du Houet est de dimension suffisante pour assurer le passage des crues. Cependant, l'irrégularité des dimensions de la section transversale du lit du Houet crée des perturbations dans l'écoulement des crues, notamment à partir du pont du "bassin des silures". L'inégale résistance du grès le long du parcours a donné naissance à une entaille en "V" et "U" de dimension irrégulière de sorte que l'écoulement devient irrégulier.

Sur les branches affluentes du Houet, notamment dans les quartiers Yoro Koko et Ouezzin-Ville, on relève un certain nombre de ponts franchissant les ravines qui n'ont pas une ouverture suffisante.

C'est également à travers l'essentiel de ce réseau que s'effectue l'évacuation des eaux usées cela en l'absence de réseau spécifique de drainage impliquant ainsi des risques graves de pollution. Néanmoins, il convient de distinguer les eaux usées industrielles des eaux usées domestiques.

a) Les Eaux Usées Industrielles

Les eaux usées industrielles sont évacuées par le réseau de drainage des eaux pluviales existant et particulièrement par le fossé qui longe la voie ferrée depuis la ligne de crête jusqu'à l'emprise de la gare qu'il traverse pour se jeter dans un collecteur d'eaux pluviales qui aboutit dans la Bingbélé. Ces eaux proviennent pour la plupart de 5 sociétés.

- La société des huiles et des savons du Burkina (SHSB/CITEC).
- La SOFIB
- La Brakina (eau de lavage plus au moins décantée)
- La SCFB (essentiellement des huiles de vidanges).
- La SIFA.

On note également des rejets particuliers qui sont ceux de parcheries, de l'hôpital et de l'abattoir. Ces rejets, outre les dangers importants qu'ils présentent pour la santé des populations, engendrent des nuisances à l'environnement (paysage, et odeur).

b) Les Eaux Usées Domestiques

Les faibles écoulements du Houet entre les crues ainsi que les flaques d'eau retenues après les crues, sont amplifiés par les eaux de lavage et de toilette déversées par les riverains entraînent souvent une stagnation de l'eau par endroit. Ces endroits peuvent constituer ainsi des zones de prédilection de certains parasites vecteurs de maladies. D'autre part, les berges des ravines sont encombrées souvent par des ordures ménagères déposées par les riverains.

A Bobo-Dioulasso, tout programme d'évacuation des eaux usées et des déchets domestiques passe nécessairement par une phase d'intense conscientisation et de sensibilisation des populations.

Les combinaisons écologiques que créent les différents éléments du milieu physique ont des conséquences qui varient selon les régions et la prédominance de tel ou tel élément du milieu naturel.

B- CONSEQUENCES DU MILIEU NATUREL SUR LA SANTE HUMAINE

De tous les facteurs du milieu naturel, le climat semble le plus déterminant dans la combinaison écologique et par conséquent, sur la santé des populations. En effet, le climat modifie le régime des cours d'eau et le volume des nappes phréatiques. Il peut de ce fait entraîner des conditions de vie précaires pour l'homme, les animaux et la végétation. Ses incidences sont directes et indirectes sur la santé de l'individu.

1- Les Effets Directs du Climat

Ces effets découlent de l'action de la chaleur, du soleil et du vent.

Le premier effet de la chaleur est la déshydratation qui s'accroît très vite quand la température s'élève. En effet, lorsqu'elle atteint 20°C, les besoins en eau de l'organisme sont évalués à 5 litres par jour pour un travail intensif au soleil ; ils sont à moins de 2 litres en cas de repos à l'ombre. A 30°C, les chiffres sont respectivement de 10 et 5 litres ; à 40°C, ils passent de 18 et 9 litres.

Pour lutter contre la chaleur, l'homme dispose de très grandes facultés de régulation ; il peut éliminer un litre de sueur par heure et pendant plusieurs heures si nécessaire. Une évaporation considérable s'accompagne de conséquences physiologiques variées :

- accroissement du débit sanguin, donc des fréquences cardiaques ;

- pertes en eau et sels, en particulier du chlorure de sodium ;
- coups de chaleurs : dans ce cas les gains en chaleur de l'organisme sont supérieurs aux pertes ;
- crampes de chaleur dues à la diminution de la teneur en sel dans le sang ; elles sont fréquentes au cours de l'effort physique important ;
- troubles circulatoires déterminés par la dilatation des vaisseaux superficiels et par la transpiration.

Quant aux effets du soleil, ils sont surtout sensibles au niveau de la peau où l'on peut observer des troubles.

Desséchant et abrasif, le vent constitue également un facteur agressif. La poussière, comme la luminosité, est cause de fatigue, parfois de lésions oculaires.

2 - Les Effets Indirects du Climat

Ils sont liés au problème de l'eau, surtout aux systèmes d'évacuation des eaux. De nombreuses affections dépendent étroitement de la qualité des collections aquatiques.

a- Les Affections Vectorielles

L'alternance d'une saison des pluies et d'une saison sèche entraîne des fluctuations importantes du niveau des cours d'eau et de toutes les eaux de surface. Bien peu de collections sont permanentes et seuls le marigot Houet et les rejets d'eau de la zone industrielle ne sont jamais complètement taris.

On sait aussi qu'un grand nombre de parasites ont des vecteurs ou des hôtes intermédiaires inféodés à l'eau. Ainsi par exemple, les anophèles, qui entretiennent, tout au long de l'année, le cycle humain du paludisme, pondent dans les collections aquatiques ; les larves et les nymphes s'y développent et donnent naissance à de nouvelles générations d'adultes. Mares permanentes et boues humides sont nécessaires à la dissémination des bilharzioses ; le cycle évolutif de l'infection comprend une phase obligatoire de multiplication parasitaire à l'intérieur d'un mollusque aquatique. (1) Il faut aussi noter que c'est surtout pendant la saison des pluies que la pullulation des vecteurs est au maximum. Elle s'accompagne d'une très forte augmentation des piqûres infestantes et des contaminations. C'est la période épidémique pour de nombreuses affections transmissibles.

Aussi, le milieu urbain, par un certain nombre d'installations notamment les réseaux de drainage des eaux semble donc très vulnérable aux affections vectorielles comme nous l'indique le tableau I.

Tableau I Moustiques nuisants et vecteurs de maladies dans les villes, et écotopes potentiels

Gîtes larvaires/écotopes potentiels en zones urbaines	<i>Anopheles</i> (paludisme, filariose)	<i>Culex</i> (filariose, arboviroses)	<i>Aedes</i> (arboviroses)
Caniveaux à l'air libre		x	x
Caniveaux ou conduites d'évacuation des eaux de pluie	x	x	x
Réseaux d'égouts		x	
Fosses d'aisances	x	x	
Puisards		x	
Puits perdus remplis de fibres de coco		x	
Etendues marécageuses	x	x	x
Fosses septiques		x	
Dépressions	x	x	x
Carrières	x	x	x
Pièges à fourmis		x	x
Citernes d'eau en ciment	x	x	x
Citernes d'eau installées sur les toits	x	x	x
Récipients d'eau domestiques	x	x	x
Récipients de déchets	x	x	x
Vases à fleurs dans les cimetières		x	x
Regards	x	x	
Boîtes de jonction	x	x	x
Pièces d'eau	x	x	x
Puits	x	x	x
Chantiers de construction	x	x	x
Collections d'eau ou fuites dans les canalisations	x	x	x

Source : Lutte contre les vecteurs et nuisibles en milieu urbain - OMS - 1988.

(1) Tourne F., Monjour L. 1981 - Problèmes de santé en milieu Sahélien

Collection Techniques vivantes Edition GEDITEC.
Paris, 116 Pages.

Dans toutes les zones d'endemie au BURKINA FASO, le paludisme est de type plus stable.

Dans la zone Sud, zone de forêt sèche avec un climat Sud-Soudanien, la transmission semble avoir lieu tout au long de l'année avec un degré de transmission plus intense de Mai à Novembre. Cette zone peut être considérée comme zone holoendémique (indice splénique (2) constamment supérieur à 75 % chez les enfants de 2 à 9 ans et faible chez les adultes).

Ainsi, Bobo-Dioulasso n'échappe pas à cette réalité. On constate alors que le paludisme à lui seul représente 33,98 % des malades de la ville avec un taux de 17,83 chez les enfants et 16,14 % chez les adultes. Cette situation est d'autant plus complexe à Bobo quand on sait que la ville est traversée par un marigot (le Houet) qui coule durant toute l'année et constituant un important gîte pour les moustiques. Il s'en suit alors une persistance du paludisme pendant l'année.

b) Les Affections non Vectorielles

Ces affections apparaissent également au moment de la saison des pluies. En effet, le ruissellement des eaux de surface provoque la souillure bactérienne de nombreuses collections aquatiques surtout dans les milieux sans hygiène.

Cependant, plusieurs paramètres peuvent s'imbriquer. Si les pluies déterminent l'éclosion des épidémies, l'apparition de ces dernières dépend en partie de facteurs humains. Ainsi, le manque d'hygiène, l'ignorance, favorisent grandement la dissémination des bactéries pathogènes d'origine digestive.

(2) Indice splénique : Chiffre indiquant le nombre d'enfants, âgés de 2 à 10 ans, qui présentent des signes de paludisme pour 100 individus examinés, vivant dans une région déterminée et pendant un laps de temps donné.

A Bobo-Dioulasso, les conséquences du climat sur la santé humaine sont très variées. En effet, les effets directs du climat sur la santé humaine, même s'ils sont perceptibles dans certaines régions, ne sont pas toujours assez sensibles dans la ville de Bobo. Cette situation s'explique par les conditions climatiques assez favorables de Bobo-Dioulasso. De ce fait, les effets directs du climat sur la santé ne jouent qu'un rôle secondaire dans la propagation des maladies. Seuls les effets indirects du climat peuvent-être déterminants dans la diffusion de certaines maladies dans la ville de Bobo-Dioulasso. Cela tient surtout à la présence de marigots qui traversent la ville ainsi que les rejets d'eaux souillées dans le réseau de drainage.

C - POPULATION ET SANTE A BOBO-DIOULASSO

Au BURKINA FASO, aucun objectif économique ne peut aboutir si les conditions de vie et de travail des populations ne sont améliorées. La santé est un investissement en tant que facteur d'accroissement de la capacité productive de la main-d'oeuvre ; il est donc indispensable qu'elle devienne un bien de consommation courant, facteur de bien-être pour les collectivités. L'étude des tendances démographiques et celles des problèmes sanitaires dans les zones urbaines du monde indiquent que des populations de plus en plus nombreuses vivront à l'avenir, dans des conditions précaires. En milieu urbain, les questions sanitaires sont étroitement liées à divers facteurs socio-économiques dont l'éducation, le logement, l'environnement, les communications mais et surtout à l'évolution démographique.

1 - La Population de Bobo-Dioulasso

A la veille des indépendances en 1960, avec 53 500 habitants, Bobo-Dioulasso était déjà la seconde ville du Burkina. Elle comptait environ 115 000 habitants en 1975.

Au dernier recensement de 1985, on a dénombré 228 668 habitants à Bobo-Dioulasso soit environ la moitié de la population de Ouagadougou, la capitale du pays. Entre 1960 et 1985, les taux d'accroissement moyens de la population de Bobo-Dioulasso ont été les suivants :

1960 - 70 : 5,7 % ; 1970 - 75 : 4,0 % ;

1975 - 85 : 7,2 %. On estime qu'avec un taux d'accroissement moyen de 7,2 %, on aura un doublement de la population de la ville de Bobo-Dioulasso, tous les 10 ans. Cela contre un taux d'accroissement moyen de 2,69 % pour l'ensemble du BURKINA FASO.

Pour l'ensemble du pays, les taux de natalité et de mortalité sont évalués respectivement à 48 % et 20 %. On sait que ces chiffres sont notoirement imprécis d'une part et peu maniables d'autre part vu leur valeur générale pour tout le pays.

a - La structure par âge et par sexe de la population de Bobo-Dioulasso

La population de Bobo-Dioulasso, analysée sur les résultats du recensement de 1985, est jeune (46 % de la population a moins de 15 ans), active (52 % de la population est en âge de travailler : 15 à 65 ans), en majorité masculine (101 hommes pour 100 femmes).

On retrouve donc des caractéristiques proprement urbaines et en particulier l'effet de l'immigration des hommes à la recherche d'un travail : la forme régulière de la pyramide des âges est ainsi déformée en ville.

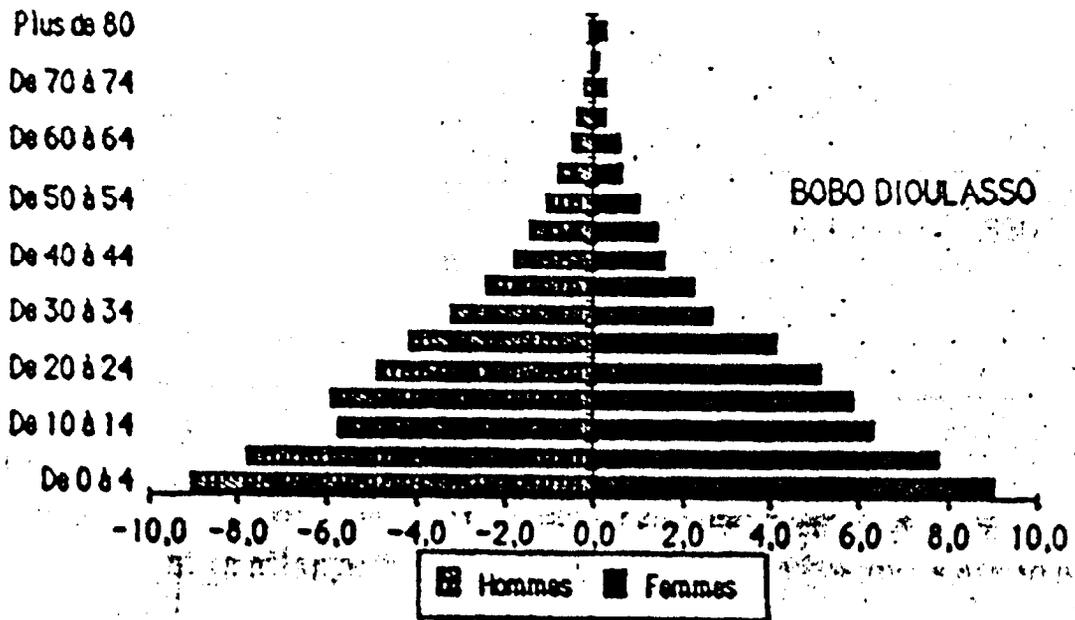
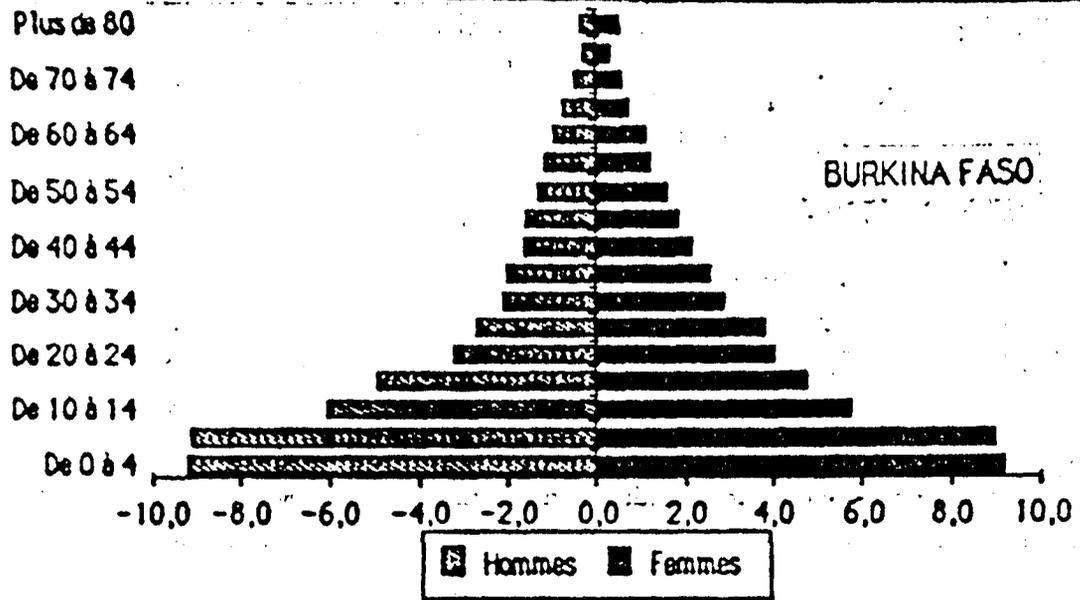
L'excédent masculin n'est pas très important quand

il est considéré globalement, le sex ratio (nombre d'hommes pour 100 femmes) est proche de l'équilibre. Mais il est relativement élevé par comparaison avec la population burkinabè, très affectée par l'émigration, ce qui se traduit par un excédent féminin au niveau national (sex ratio = 93 c'est à dire 93 hommes pour 100 femmes). La différence est encore plus marquée lorsqu'on considère les tranches d'âge actif (15 à 65 ans). Alors que le pays dans son ensemble présente un déficit masculin de 15 % (sex ratio = 84), Bobo-Dioulasso au contraire accuse un excédent plus fort (sex ratio = 104). Au contraire, les personnes âgées de plus de 65 ans, dont la proportion reste faible (2 %) sont en majorité de sexe féminin. (3)

(3) Ministère de l'Équipement 1989 schéma de Développement et d'Aménagement urbain de Bobo-Dioulasso. Livre I (SDAU).

Fig. 6

Pyramide des ages.



SOURCE : SDAU - BOBO 1989 - Livre I

b - Caractéristiques démographiques de
Bobo-Dioulasso comparées aux autres
ensembles

Tableau II.

	B U R K I N A F A S O			Bobo-Dioulasso	Ouagadougou
	RURAL	TOTAL	URBAIN		
Sex Ratio	91	93	103	101	109
Sex Ratio aux âges actifs (15 - 65 ans)	81	84	108	104	120
% de jeunes de moins de 15 ans	49	48	45	46	43
% de personnes en âge actif (15 - 65 ans)	47	48	52	52	55

Source : SDAU - Bobo - Livre I.

La caractéristique proprement urbaine est la proportion de jeunes de moins de 15 ans. Si elle reste proche de la moitié, n'en est pas moins inférieure à la moyenne nationale.

En effet, les chefs de ménages Burkinabè, partis en ville à la recherche d'un emploi, ont tendance à laisser les femmes et les enfants au village. Ainsi à Bobo-Dioulasso (4), 70 % des chefs de ménages sont nés hors de la province du Houet.

Il ne sera donc pas rare de trouver des citadins souffrant d'un héritage sanitaire rural, les maladies à long cycle de développement telles que la bilharziose et certaines autres maladies parasitaires (tenia, ver de Guinée) peuvent persister chez les migrants.

(4) Ministère de l'Équipement 1989 - Schéma de Développement et d'Aménagement urbain de Bobo-Dioulasso. Livre I.

Ces maladies regressent généralement en milieu urbain où le contact avec les eaux de marigots est rare et où des contrôles sanitaires sont fréquents.

2 - Evolution des besoins sanitaires par rapport à l'évolution démographique

a- La Couverture sanitaire de Bobo-Dioulasso

La couverture sanitaire de Bobo-Dioulasso peut être qualifiée d'assez préoccupante, compte tenu des moyens humains et matériels mis à la disposition du corps de santé.

Le rapport médecin-population à desservir peut être estimé à un médecin pour 30 000 habitants si l'on prend en compte ceux qui effectuent quelques vaccinations au sein des dispensaires et maternités. On constate donc que ce rapport est inférieur aux normes officielles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui sont de un médecin pour 10 000 habitants. Par ailleurs, à Bobo-Dioulasso, en prenant en compte l'ensemble du corps médical toutes spécialités et structures confondues exerçant dans la ville (administration, hôpital, privé et public) le rapport médecin-population se situe autour d'un médecin pour 6 à 7 000 habitants.

Le nombre des dispensaires semble assez suffisant car on en compte un pour environ 11 000 habitants, alors que la norme officielle est de un dispensaire pour 5 à 10 000 habitants.

La situation sanitaire de Bobo-Dioulasso apparemment favorable, cache de graves insuffisances liées tout d'abord au niveau d'équipement des formations sanitaires chargées de mener à bien la couverture sanitaire des populations de la ville de Bobo-Dioulasso. Ainsi, ces formations manquent le plus souvent du strict minimum en médicaments pour leur fonctionnement. En outre, on constate à Bobo-Dioulasso une disparité géographique dans la répartition des formations sanitaires. En effet, la plupart de ces formations se

concentrent dans le centre de la ville (sur onze secteurs urbains parmi les vingt cinq que compte la ville) laissant les quartiers périphériques qui ne cessent de se développer, sans la moindre structure sanitaire.

La situation sanitaire d'une région s'analyse à travers les statistiques sanitaires qui font l'état du taux de mortalité, de morbidité, d'incidence de telle maladie, de prévalence de telle maladie, etc. Pour cela, l'information doit être fiable afin de calculer les différents indicateurs et d'estimer l'état brut de santé d'une population donnée.

Or au BURKINA FASO en général et à Bobo-Dioulasso en particulier, ces données sont très souvent difficiles à recueillir à cause semble-t-il de l'absence de personnel qualifié. Ainsi, à Bobo-Dioulasso sur le plan sanitaire, nous avons deux entités qui semblent s'ignorer. Il s'agit du secteur public et le secteur privé. Dans ces conditions, il est difficile d'élaborer un diagnostic "sérieux" de l'état de santé de la population de Bobo-Dioulasso.

b- Taux de fréquentation des formations sanitaires de Bobo-Dioulasso.

Nous avons considéré le nombre des consultants originaires de la ville de Bobo-Dioulasso reçus en 1989 par les différentes formations sanitaires relevant de la santé urbaine ainsi que ceux reçus par l'Hôpital National SANOU SOURO. Faute de connaître l'importance de la population couverte par les formations sanitaires du secteur privé de la ville, nous avons calculé les taux de fréquentations - en considérant deux grands ensembles : la santé urbaine et l'Hôpital - en rapportant le total des consultants des formations sanitaires à la population totale.

Tableau III : Taux de Fréquentation 1989

Formations Sanitaires	Effectifs des consultants.	Population totale	% taux de fréquentation
Santé Urbaine	144 622	228 668	63,25
Hôpital	30 858	228 668	13,49
Total	175 480	228 668	76,74

Source : Résultats de dépouillement (santé urbaine et HNSS).

A l'examen de ce tableau, on remarque que le niveau moyen de la fréquentation est assez élevé. Ainsi, 76,74 % des habitants de la ville de Bobo-Dioulasso consultent les services de santé une fois l'an.

Cependant, ce taux moyen reste en dessous de la moyenne admise car il est fréquent, même en Afrique Sahélienne, que le taux de fréquentation atteigne 100 %.

On constate également au niveau de la ville, d'importantes disparités du taux de fréquentation en fonction de la situation géographique (notamment la distance) de l'âge et du sexe. Au niveau de la santé urbaine, nous avons la situation suivante :

Tableau IV : Consultations par âge - 1989

E N F A N T S			A D U L T E S		TOTAL
Moins d'un an	1-4 ans	5-14 ans	Hommes	Femmes	
22 034	26 947	35 669	31 163	28 809	144 622
15,23 %	18,63 %	24,66 %	21,54 %	19 92 %	

Source : Résultats dépouillement (santé urbaine - Rapport annuel 1989).

On remarque alors que les enfants représentent plus de la moitié des consultations des formations sanitaires soit 58,52 % contre 41,46 % pour les adultes.

Tableau V. : Origine des malades par zone (distance)

Centrale (0 - 4 Km)	Périphérique (5 - 9 Km)	Etranger (10 Km et +)	TOTAL
83 741	44 482	16 399	144 622
57,90 %	30,75 %	11,33 %	

Source : Résultats de dépouillement (santé urbaine - Rapport annuel 1989).

Aussi, une longue distance constitue un obstacle aux soins. Alors les taux de fréquentation s'effondrent brusquement à 5 ou 10 Km.

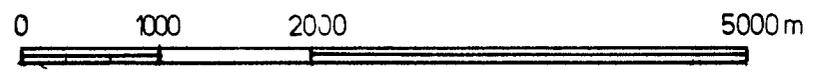
Fig. 7



Carte d'infrastructure sanitaire de Bobo Dsso.

Legende

- ◐ PMI - SMI
- Dispensaire
- Maternité
- ⊙ Clinique
- ⊙ Hôpital



CHAPITRE III. INFRASTRUCTURES SANITAIRES ET
PATHOLOGIE URBAINE A BOBO-
DILOUSSO.

En dehors de l'Hôpital National SANOU SOURO, la structure sanitaire de la ville de Bobo-Dioulasso s'organise autour de la Direction de la santé urbaine. Cette structure repose sur les équipements suivants : les PMI, SMI, les dispensaires (publics, para-publics, privés), les maternités (publiques et privées). Le secteur privé bien que présent, connaît un développement assez faible et par conséquent, ne joue qu'un rôle de second rang dans les structures sanitaires de la ville. Les équipements sanitaires actuels se concentrent sur onze secteurs urbains parmi les vingt cinq que compte la ville. La quasi totalité des équipements se situe dans le tissu ancien datant de plus de vingt ans.

I - MOYENS ET FONCTIONNEMENT DE LA SANTE
URBAINE

A - LES FORMATIONS SANITAIRES

Les formations sanitaires en place dans la ville de Bobo-Dioulasso s'appuient essentiellement sur deux composantes : le secteur public et le secteur privé.

1 - Le Secteur Public

Ce secteur est organisé sur la base des PMI - SMI, les dispensaires et les maternités.

a- PMI - SMI

Protection Maternelle et Infantile - Santé Maternelle et Infantile peut fonctionner indépendamment

ou coupler à un dispensaire.

Elle est prévue pour assurer les consultations pré et post natales et également d'information (hygiène, nutrition, planning familial). En réalité, sa fonction est réduite aux consultations prénatales ; les autres aspects n'étant pas ou peu assurés faute de moyens. Une sage-femme et un infirmier constituent la base en personnel permanent.

La ville de Bobo-Dioulasso compte 5 PMI - SMI qui se répartissent comme suit :

- SMI Hamdalaye (secteur 1)
- SMI Koko (secteur 4)
- PMI Sikasso-Cira (secteur 8)
- SMI Accart-Ville (secteur 10)
- SMI Dogona (secteur 13).

b- Dispensaire

Il est prévu pour assurer le niveau de premier recours en médecine générale.

Cependant, compte tenu de l'absence ou de l'insuffisance des moyens de traitement, il ne peut que remplir très partiellement sa fonction. Ainsi, dans la ville de Bobo-Dioulasso, nous n'avons qu'un seul dispensaire qui fonctionne actuellement avec un médecin à temps plein. Un infirmier et un agent de santé constituent le personnel de base du dispensaire.

A Bobo-Dioulasso, on recense 13 dispensaires dont :

- 2 au secteur 1
- 2 au secteur 2
- 1 au secteur 3
- 3 au secteur 4
- 1 au secteur 6
- 1 au secteur 8
- 1 au secteur 9
- 2 au secteur 10

c - Maternités

Elles devraient assurer tous les accouchements normaux de la ville de Bobo-Dioulasso. Mais on constate qu'en réalité, la maternité de l'hôpital, garantissant un minimum de risques, attire nombre de cas ne relevant pas strictement de sa compétence. La ville de Bobo-Dioulasso compte deux maternités communales d'une capacité de 87 lits qui se localisent comme suit :

- 1 au secteur 2 (Farakan)
- 1 au secteur 4 (Guimbi Ouattara)

A toutes ces informations relevant du secteur public, il faut ajouter l'inspection médicale des écoles qui dispose de 5 infirmeries de lycées. Deux laboratoires dont un au dispensaire de Koko au secteur 4 et un à l'inspection médicale des écoles. Enfin, nous avons deux cabinets dentaires également au secteur 4 et à l'inspection médicale des écoles.

2 - Le secteur privé

Le secteur privé est peu développé à Bobo Dioulasso. Malgré ce faible développement, il participe de manière intégrante à la couverture sanitaire de la ville.

On recense à Bobo-Dioulasso :

- 4 cabinets privés d'infirmiers (secteur 1, 2, 5, et 12)
- 4 cabinets privés d'accouchements (secteur 1, 4, 8, et 9)
- 2 dispensaires privés : Centre Médical social Farakan (Mission Catholique), dispensaire Islamique (secteur 10)
- 2 cabinets privés de soins dentaires (secteur 1 et 10)
- 3 cabinets privés de médecins (secteur 5, 9 et 16)

A ces informations, s'ajoutent 5 pharmacies

qui assurent l'approvisionnement en médicaments des populations de Bobo.

3 - Le secteur para-public

C'est un secteur se rattachant à des institutions d'Etat ayant leur gestion autonome. Il contribue néanmoins à la couverture sanitaire dans la mesure où les consultations sont ouvertes aux personnes extérieures.

Il se compose de trois unités de niveau dispensaire

- Office de santé des travailleurs
- Le Camp militaire
- Le Centre Muraz

B - LE PERSONNEL DE LA SANTE URBAINE

Le service de la santé urbaine proprement dit de Bobo-Dioulasso emploie 132 agents répartis de la manière suivante en 1989 :

- 2 médecins dont le médecin chef de la santé urbaine et celui de l'inspection médicale des écoles.

- 2 chirurgiens dentistes
- 1 pharmacienne
- 50 infirmiers d'Etat
- 15 sages femmes d'Etat
- 50 infirmiers brevetés
- et enfin des agents auxiliaires et du

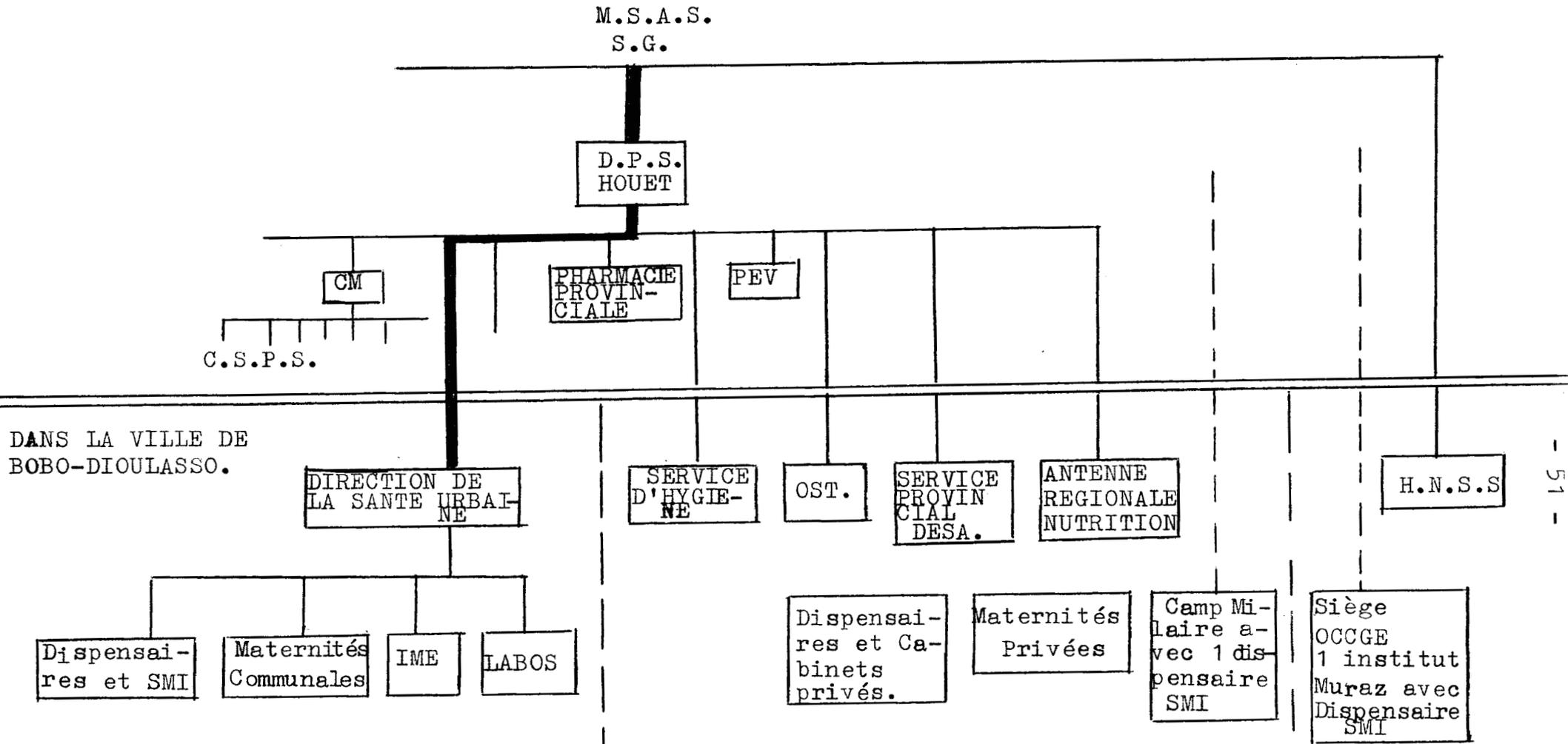
personnel de service.

C'est donc ce personnel qui assure le service de garde sur la ville de Bobo-Dioulasso.

Il convient de souligner que sur ces 132 agents, 94 sont des femmes soit 71 % du personnel et 58 agents du personnel de la santé urbaine ont plus de 40 ans soit environ 44 % du personnel.

Les agents qualifiés de la santé urbaine sont des fonctionnaires rémunérés par l'Etat. Quant aux agents auxiliaires, ils sont pris en charge par la commune de Bobo-Dioulasso.

FIGURE 8 : ORGANIGRAMME SANITAIRE A BOBO-DIOULASSO



Source : MS/AS - 1988 - Avant projet de développement de la santé de la mère et de l'enfant en milieu urbain à Bobo-Dioulasso.

II - LA PATHOLOGIE URBAINE

Certaines maladies se contractent essentiellement en zone tropicale car elles sont transmises par des insectes ou des mollusques inféodés aux régions chaudes. Un vecteur, un hôte intermédiaire ou un réservoir de virus peuvent disséminer l'agent pathogène d'homme à homme ou de l'animal à l'homme. De nombreux microbes et parasites cependant, survivant dans le milieu extérieur, contaminent directement ou indirectement la population.

La pathologie de Bobo-Dioulasso reflète dans l'ensemble, celle de la zone tropicale avec cependant des variantes dans la fréquence de certaines maladies liée à la spécificité du milieu.

A - TAUX DE MORBIDITE

Selon le Docteur Francisco Samos (5), la morbidité est essentiellement un écart par rapport à l'état de bien-être physique ou mental, dû à la maladie ou à un traumatisme, et dont l'individu est conscient. Elle comprend non seulement les maladies évolutives ou à cours progressif, mais également les déficiences, c'est à dire les défauts chroniques ou permanents affectant la constitution qui sont le résultat de la maladie, d'un traumatisme ou d'une malformation congénitale. L'existence chez un individu d'un tel état dû à une maladie, à un traumatisme ou à une déficience déterminée est appelée "état morbide". Le taux de morbidité s'obtient par le rapport :

$$\frac{\text{Somme des maladies dans l'année}}{\text{Effectif de la population}} \times 1\ 000.$$

(5) Martin - Samos, Francisco - 1971 - 1982 - Evolution de la situation Médico-sanitaire en Haute-Volta : Essai d'analyse pour l'utilisation rationnelle des données de routine - Ouagadougou, Ministère de la Santé Publique, OMS, Bureau du Coordinateur des programmes OMS pour la Haute-Volta - Pag. Mult.

Ce taux de morbidité permet donc d'apprécier l'état sanitaire de la population d'une région donnée à une période déterminée (1 an en général).

Ainsi, à Bobo-Dioulasso, en considérant le bilan d'activité de la santé urbaine, nous pouvons estimer le taux de morbidité de la ville en 1989 à 632,45 %.

soit $\frac{144\ 622}{228\ 668} \times 1\ 000$.

Ce qui revient à dire qu'en 1989, sur 1 000 personnes, 632,454 sont tombées malades.

Le taux de morbidité est une donnée globale qui ne permet pas une analyse approfondie de l'état sanitaire de la population de Bobo. Car, ne sont pris en compte dans ce calcul que les malades qui ont effectivement consulté dans les formations sanitaires relevant de la santé urbaine. Il y a dans ces conditions une sous estimation du nombre des malades car le secteur privé n'est pas pris en compte.

En outre, théoriquement, tous les malades de la ville devraient passer nécessairement par les formations sanitaires de la santé urbaine. Ce qui n'est pas le cas dans la pratique.

Pour toutes ces considérations, il est nécessaire d'introduire de nouveaux critères d'appréciations à travers la prévalence ou la fréquence globale de certaines maladies.

Faute de pouvoir analyser toutes les maladies qui sévissent à Bobo-Dioulasso, nous nous intéresserons aux plus importantes de par le nombre de ces dépistés dans la ville.

B - LES PRINCIPALES AFFECTIONS

Les principales pathologies de Bobo-Dioulasso seront étudiées sur la base des rapports d'activité des formations sanitaires de la ville relevant de la santé urbaine. En effet, ces formations sont en principe censées recevoir tous les cas pathologiques de la ville. Et dans la mesure de la complexité et ou de la gravité des cas, les envoient à un niveau supérieur qui est l'Hôpital National SANOU SOURO.

Nous étudierons ces maladies à travers leur taux de fréquence globale ou de prévalence qui est la somme de tous les cas d'une certaine maladie à un moment donné sur l'effectif de la population X 100 000.

Tableau VI : Principales affections (exprimées en pourcentage du total) et taux de fréquence globale.

Affections	Enfants	Adultes	Ensemble	Taux de Fréquence globale
Paludisme	17,83 %	16,14 %	33,98 %	18 451,64
Diarrhées gastro-entériques	5,52	2,19	7,71	4 191,22
Parasitoses intestinales	2,58	2,32	4,90	2 656,69
Pneumopathies	4,08	1,92	5,99	3 254,49
Autres affections respiratoires	6,03	3,19	9,22	5 005,07
Conjonctivite	2,62	1,38	4	2 173,69
Plaies	10,65	6,34	16,99	9 228,22
Maladies sexuellement transmissibles	-	1,38	1,38	751,3
Autres	6,17	9,65	15,82	9 302,13
Total	55,48	44,52	100	

Source : Résultats de dépouillement (santé urbaine - Rapport annuel 1989).

A travers ce tableau, on remarque que les enfants sont les plus touchés quelque soit la maladie. Cela est sans aucun doute lié à leur fragilité.

De toutes les pathologies de la ville de Bobo-Dioulasso, le paludisme semble être la plus importante, faisant de ce fait plus de victimes dans la population.

Endémie parasitaire majeure, le paludisme ou malaria vient en tête de la pathologie mondiale. On estime à plus d'un milliard le nombre de sujets exposés à la maladie et à un million, environ le nombre de décès annuels en Afrique.

Au BURKINA FASO, on estime que la totalité du pays est une zone impaludée. On peut constater que la prévalence augmente du nord au sud du pays. En allant vers le sud, la pluviométrie et l'humidité annuelles relatives augmentent et celle du paludisme aussi.

CONCLUSION PARTIELLE

Les caractéristiques du milieu naturel de Bobo-Dioulasso sont assez favorables à la santé des populations. Cependant, en dépit de cet avantage naturel, le niveau des soins de santé est bien inférieur au minimum acceptable pour une partie de la population de Bobo. Le manque de soins est beaucoup plus grave que ne le laissent supposer les données globales de la mortalité et de la morbidité. Ces données sont des moyennes qui occultent certaines réalités liées au recours à des pratiques et à des praticiens traditionnels. En outre, les services de santé qui fonctionnent dans la ville de Bobo-Dioulasso ne sont pas équitablement répartis, ni même planifiés. Ainsi sur les 25 secteurs que compte la ville de Bobo seulement 11 possèdent des services de santé laissant la périphérie sans la moindre structure sanitaire.

Enfin, la pathologie de Bobo reflète dans l'ensemble celle de la zone tropicale avec cependant une persistance du paludisme presque toute l'année.

L'Hôpital SANOU SOURO, à travers ses fonctions hospitalières traduit assurément un espoir de résolution des problèmes sanitaires.

II) DEUXIEME PARTIE

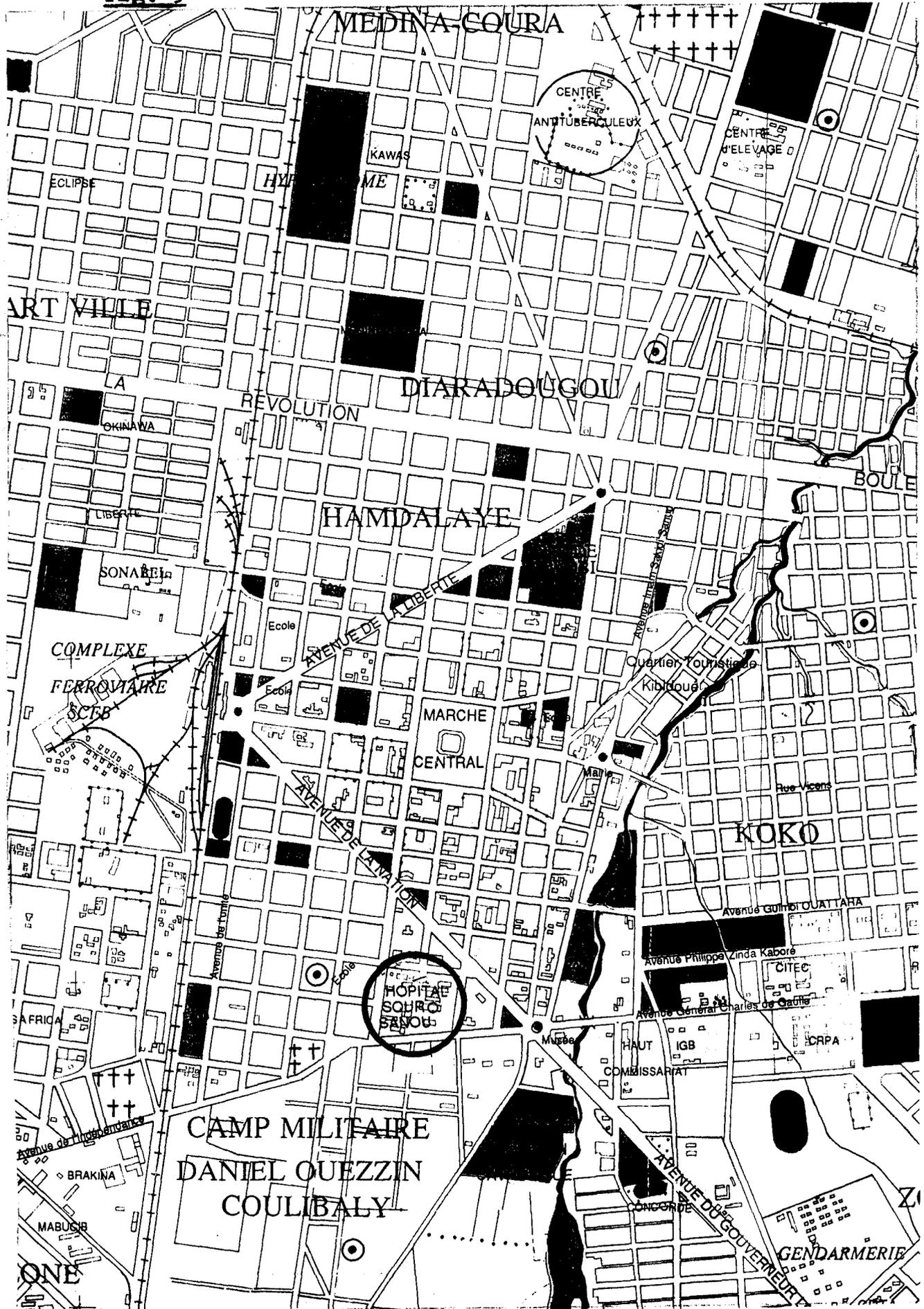
III) HOPITAL NATIONAL

IV) ANOU ROURO : HISTORIQUE

ET FONCTIONS HOSPITALIERES

-----oooo00-----

FIG. 9



L'HOPITAL SOURO SANOU A BOBO DIULASSO

ECHELLE 1 / 16.000

0 0,16 0,32 Km



CHAPITRE IV. : HISTORIQUE ET EVOLUTION DE L'HOPITAL
NATIONAL SANOU SOURO

I - CONTEXTE HISTORIQUE GENERAL DE LA CREATION
DE L'HOPITAL

En Septembre 1897, le Commandant Caudrelier parti de Diébougou, fut guidé par Kotoko OUATTARA jusqu'à Bobo. La troupe française s'établit alors à l'Est de Sia au bord de la rivière Houet, puis au service des Eaux et Forêts actuel.

L'Administration française vit le jour à Bobo-Dioulasso avec l'installation du premier poste militaire par le Lieutenant Sogoltz qui fut également le premier administrateur.

Le Chef de ce poste devenait aussi plus tard le gouverneur de la ville et de toute sa région dont l'autorité s'exerçait sur le cercle de Bobo qui couvrait presque l'Ouest Volta jusqu'au moment où Dédougou et Gaoua devinrent à leur tour des cercles. Le gouverneur général résidait alors à Kayes.

En 1932 quand la Haute-Volta fut supprimée, l'administration française à Bobo passa sous les ordres du gouverneur général d'Abidjan. Que les grandes décisions sur Bobo viennent de Kayes ou d'Abidjan, cela ne modifiait en rien le rôle qu'y jouait l'administration coloniale. Elle devait faire régner l'ordre. C'est dans ce cadre qu'elle reprima férocement (destruction de villages, fusillades) les révoltes de 1915 - 1916, le soulèvement des musulmans en 1941 et massacra les anciens combattants rentrés de la première guerre mondiale avec des idées démocratiques.(6)

(6) Loya S. Kako - 1978 - Problèmes de développement d'une ville de Haute-Volta : Bobo-Dioulasso.

Thèse de Doctorat de 3^e cycle - Université de Lille - Département de Géographie.

Après les évènements "tragiques" de 1915 - 1916, les Français renforcèrent leur position dans la ville de Bobo par la création d'un Camp militaire qui devint par la suite, l'un des plus importants de l'Afrique de l'Ouest avec un bataillon du 28è RIAOM faisant ainsi de Bobo-Dioulasso, la plaque tournante de l'armée française en Afrique Occidentale.

Tandis que l'administration coloniale se chargeait avec l'aide des militaires de maintenir "l'ordre", les sociétés commerciales venaient s'installer pour l'exploitation.

Il s'en suit alors, la mise sur pied d'un certain nombre d'infrastructures nécessaires à la consolidation des acquis de la colonisation. Parmi ces infrastructures, nous pouvons citer les équipements sanitaires notamment l'Hôpital de Bobo-Dioulasso, cela afin d'assurer les besoins sanitaires des colons.

II - EVOLUTION DE L'HOPITAL DE BOBO-DIOULASSO

L'Hôpital de Bobo, à ses débuts, était un dispensaire situé à l'emplacement actuel du bâtiment du service des Impôts et la Chambre du Commerce, avant de rejoindre sa situation actuelle en 1920 comme une simple "ambulance militaire".

Son fonctionnement s'inscrivait dans le cadre de l'organisation générale de la médecine préventive et curative enfance - adulte. Quant aux orientations médicales, elles furent centrées avec les circulaires du 12 Mars 1924 et du 5 Mars 1927. Ces circulaires fixaient le fonctionnement de 8 hôpitaux de l'AOF dont le cinquième était celui de la Haute-Volta et précisément l'hôpital de Bobo-Dioulasso.

Bien situé en pleine ville sur un terrain de près de 4 hectares, l'hôpital de Bobo-Dioulasso n'a cessé de s'agrandir par construction de nouveaux bâtiments, permettant aujourd'hui de distinguer quatre grandes

périodes d'évolution. Ainsi, nous avons :

- les constructions coloniales type qui datent des années 1920 - 1940 : ce sont des bâtiments à double véranda, toit double pente. Parmi les bâtiments de cette époque, nous avons la Médecine 5 hommes et 5 femmes, la banque du sang construits dans les années 1920 ainsi que la Médecine 1, 2, 3 ; ORL, Ophtalmologie, Stomatologie et le laboratoire de biochimie.

- Les constructions de style néo-soudanais qui ont la même organisation que les précédentes, mais avec un style "pain de sucre". De cette période, nous avons les bâtiments de la Direction (1930), le pavillon D chirurgie (1930).

- Les constructions des années 1950 parmi lesquelles, nous avons les bâtiments du bloc chirurgical (1953), les pavillons A, B, C d'hospitalisation chirurgie (1950) et la radiologie (1950).

- Enfin, les constructions des années 1960 - 1970 qui sont des bâtiments modernes. C'est le cas de la Maternité (1970) de la Pédiatrie (1970).

L'hétérogénéité de l'ensemble est renforcé par la présence de multiples petits bâtiments annexes construits au fur et à mesure des besoins dont les derniers datent des années 1980. Ainsi, nous avons le bâtiment annexe de la Pédiatrie (1980), la petite chirurgie (1980) et la pharmacie (1986).

En 1981, l'hôpital de Bobo-Dioulasso, connaît un tournant important de son histoire. En effet, il devient le deuxième Hôpital National du BURKINA FASO après l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou.

En outre, l'hôpital de Bobo a reçu en 1985, le nom d'Hôpital National SANOU SOURO, à la mémoire de SOURO KOGNANGAMI SANOU, ancien Chef de Canton de Bobo-Dioulasso, célèbre par son opposition aux colonisateurs

français et qui a été nommé en 1913 par le Commandant MAUBERT (7).

L'hôpital de Bobo, depuis sa création a toujours été dirigé par un fonctionnaire français jusqu'en 1983. Le dernier fonctionnaire français à la direction de l'hôpital a été le Général BOUCHARD qui est rentré en 1983.

(7) SANOU SANNY Mamourou - Bobo-Dioulasso ou SIA - République de Haute-Volta - Jumelage - Coopération ; Bobo-Dioulasso - Chalons - Sur - Marne - 19 Pages.

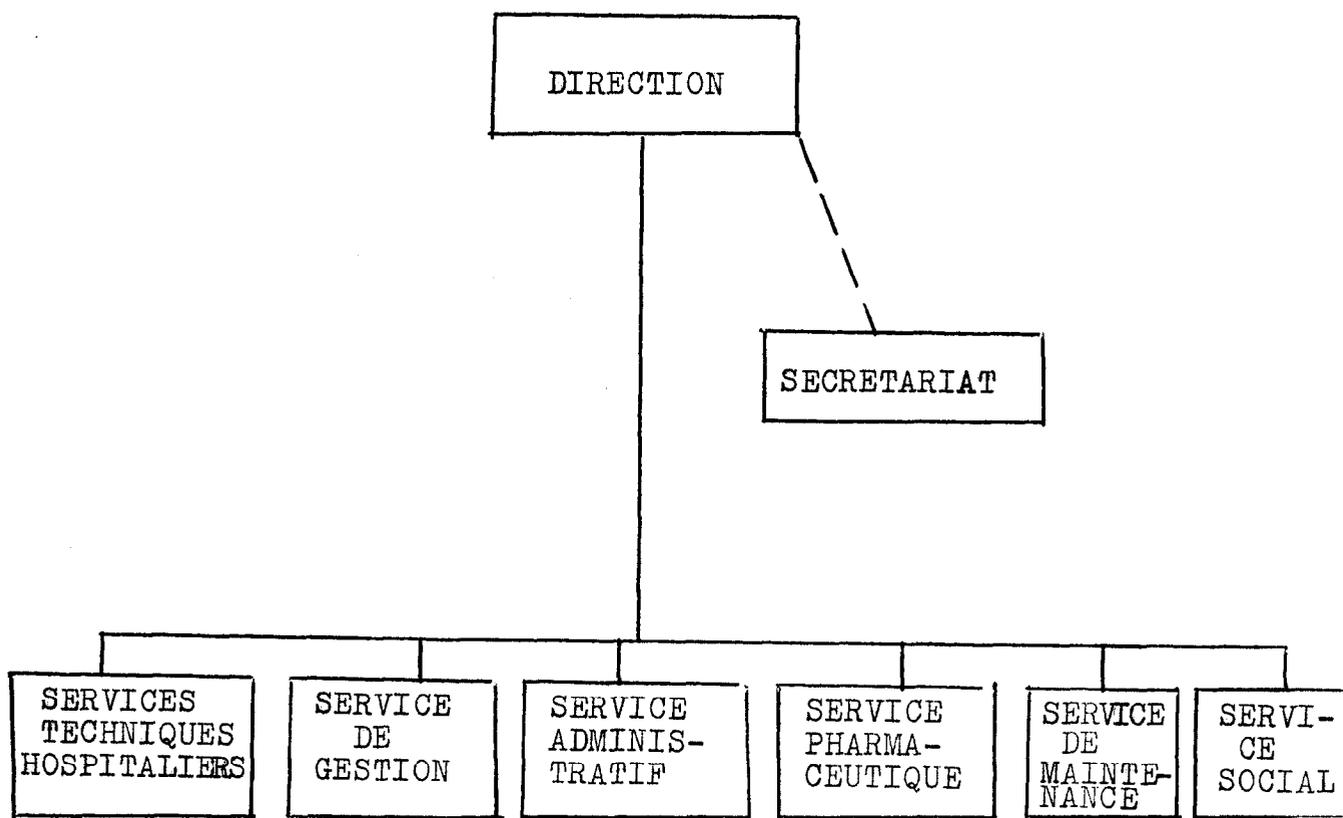


Planche I. : Chef Souro Kognangami Sanou

CHAPITRE V. : EQUIPEMENTS ET FONCTIONNEMENT DE
L'HOPITAL NATIONAL SANOU SOURO.

Placé au sommet de la pyramide sanitaire du BURKINA FASO à l'instar de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou, l'Hôpital National SANOU SOURO de Bobo-Dioulasso est une structure hospitalière, appelée à promouvoir un meilleur état de santé des populations de l'Ouest et du Sud-Ouest du BURKINA FASO. L'Hôpital National SANOU SOURO, d'une capacité permanente d'accueil et d'hébergement de 682 lits, comprend d'une part, un service hospitalier composé de 9 grands services dont 2 (Pneumo-phtisiologie et la Psychiatrie) se situent à près de 5 Km du site principal, et d'autre part, un service administratif composé de la Direction, du Secrétariat et du Service administratif.

Figure 10 : Organigramme de l'Hôpital



Source : Hôpital National SANOU SOURO.

I - LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES DE L'HOPITAL

A- LA DIRECTION

L'Hôpital de Bobo-Dioulasso, depuis sa création a toujours été dirigé par un fonctionnaire français jusqu'en 1983 date à laquelle la direction est désormais assurée par les Burkinabè.

Le Directeur de l'hôpital est en principe le représentant du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale au sein de cette structure sanitaire qu'est l'Hôpital National SANOU SOURO.

Il est chargé de superviser le fonctionnement de l'hôpital sur le plan administratif, financier et de faire appliquer les décisions émanant du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Le Directeur est assisté dans sa mission par un certain nombre de services dont le service administratif qui dispose d'un chef du personnel qui a pour tâche de gérer rationnellement le personnel médical et paramédical affecté au niveau de l'Hôpital et également de trouver des solutions aux problèmes que rencontrent ce personnel dans l'exercice de ses fonctions.

B- LE SERVICE DE GESTION

La gestion de l'Hôpital National SANOU SOURO relève d'un gestionnaire (Burkinabè) et d'un conseiller en gestion (coopérant français).

L'hôpital ne dispose d'aucune autonomie de gestion, la responsabilité du service de gestion se limitant à une bonne tenue de la comptabilité des deniers publics. La gestion de l'hôpital est de nos jours très limitée. En effet, pratiquement tous les moyens lui viennent de l'Etat, à qui il reverse toutes ses recettes.

Par ailleurs, tout le personnel médical, paramédical, administratif et de service est directement rémunéré par la Fonction Publique.

Les recettes provenant des hospitalisations, des consultations et autres soins sont intégralement reversées au Trésor Public. Dans ces conditions, la gestion de l'hôpital se resume à la tenue par le gestionnaire des fiches de contrôle de gestion des crédits alloués par l'Etat pour l'alimentation des malades, les médicaments et le matériel technique.

II - LES SERVICES HOSPITALIERS

Il s'agit des services qui par leur niveau d'équipement, la complexité et ou la gravité des cas traités, disposent de possibilités d'hébergement. Parmi ces services hospitaliers, on distingue le service de chirurgie, la maternité, le service de médecine générale, la pédiatrie, l'ophtalmologie - ORL - stomatologie, le service de pneumo-phtisiologie et le service de psychiatrie.

Pour mener à bien ses activités et afin d'éviter d'éventuels télescopages, l'hôpital dispose d'un coordinateur des soins médicaux et obstétricaux qui est chargé de coordonner toutes les activités techniques au sein de l'hôpital.

A - LE SERVICE DE CHIRURGIE

Ce service est probablement l'un des plus dynamiques de l'hôpital. Il comprend un bloc opératoire, le pavillon de "petite chirurgie", un service de rééducation fonctionnelle et 4 pavillons d'hospitalisation.

1 - Le bloc opératoire

Construit en 1953, il abrite 4 salles d'opération. Sur les quatre salles d'opérations, deux sont consacrées aux interventions réglées, une est réservée aux

urgentes et la dernière, à la "petite chirurgie". L'instrumentation est ancienne et incomplète. En effet, le bloc opératoire ne possède pas de boîte pour la chirurgie vasculaire, et pratiquement pas de matériel orthopédique. Trois salles sur quatre disposent d'un chariot d'anesthésie moderne fonctionnant au fluothane. Cependant, les ruptures d'approvisionnement en matériel consommable tels que les sutures, les compresses, les solutés anesthésiques, ..., limitent considérablement l'activité opératoire.

2 - Le pavillon de "petite chirurgie"

Construit en 1980 par le Lyons club de Bobo-Dioulasso, il abrite un bureau de consultation et une salle de petite chirurgie. Cependant, malgré un niveau d'équipement assez limité, le service de "petite chirurgie" est très actif. Elle s'occupe essentiellement des soins externes et ne possède par conséquent pas de lits d'hospitalisation.

3 - Le service de rééducation fonctionnelle

Ce service occupe le même bâtiment que le pavillon D de chirurgie. Il reçoit les malades venant de subir une intervention chirurgicale. Le service de rééducation fonctionnelle est assez bien équipé.

4 - Les pavillons d'hospitalisation

Ils abritent 147 lits se répartissant en 4 pavillons.

- Le pavillon A : il comporte 18 lits de "post-opérés" et 10 lits de "première catégorie". Les 9 chambres (de 2 lits chacune) destinées aux opérés récents sont assez peu équipés : presque tous les climatiseurs sont en panne ; l'électricité et la plomberie sont à revoir. Les chambres dites de "première catégorie" sont dans un état assez préoccupant.

- Le pavillon B. Il abrite 18 lits théoriquement de deuxième, troisième et quatrième catégorie. Il se trouve également en très mauvais état, mal ventilé, mal entretenu. On y trouve aussi les chambres du personnel de garde : un infirmier et un anesthésiste.

- Le pavillon C. Il comporte 71 lits de cinquième catégorie (indigents) se répartissant de la manière suivante : 23 lits pour les femmes et 38 lits destinés aux hommes.

- Le pavillon D. Il comprend 42 lits de cinquième catégorie. Il est très ancien, bien conçu, bien entretenu. L'une des salles est réservée aux paraplégiques traités dans le service de rééducation fonctionnelle.

5 - Le personnel

Il semble assez suffisant et se compose de : 9 chirurgiens dont 3 coopérants (1 français, 1 cubain et 1 russe), de deux médecins anesthésistes dont un coopérant, de 4 assistants de santé, 6 infirmiers anesthésistes, 10 infirmiers brevetés et 7 garçons de salle.

A ce personnel titulaire, il convient d'ajouter les élèves infirmiers, les aides opérateurs en formation et les étudiants stagiaires et l'Ecole Supérieure de la Santé (ESSA).

6 - Activités

Le service de chirurgie, en dehors des activités chirurgicales proprement dites, s'occupe également de l'hospitalisation, des consultations, des urgences chirurgicales et de la formation.

7 - Activités Chirurgicales et Hospitalisation

Au cours du premier trimestre 1989, le service de chirurgie a réalisé 560 interventions sous anesthésie générale, soit 323 interventions majeures. A ces interventions majeures, s'ajoutent 315 interventions "mineures" effectuées sans anesthésie au bloc opératoire.

Tableau VII : Activités opératoires de la Chirurgie
(premier trimestre 1989 Bloc Opératoire)

Natures	Nombre d'Interventions	Décès
Interventions sous anesthésie générale	560	3
Interventions sans anesthésie	385	-
T O T A L	945	3

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel).

A partir de ce tableau, on peut estimer le nombre d'interventions effectuées dans le bloc opératoire à 315 par mois. Ces interventions sont le plus souvent des cas graves ou complexes. C'est la petite chirurgie qui s'occupe des cas moins complexes.

8 - Activités de la petite chirurgie

Tableau VIII : Activités de la petite chirurgie
(premier trimestre 1989)

NATURES	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Plaie opératoire	185	53	15	252
Infection partie molle	125	58	33	216
Ablation plâtre	58	14	10	82
Brûlure	8	2	7	17
Osteite	3	-	-	3
Phimosi s	-	-	2	2
Fil mal toléré	7	4	3	14
Dermatose infectée	-	1	-	1
Frein de langue	-	-	1	1
T O T A L	386	132	71	589

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989).

L'activité principale de la petite chirurgie est la production de soins aux malades de la chirurgie générale. Ainsi, les plaies opératoires représentent près de 42,45 % de l'activité de la petite chirurgie avec une prédominance des hommes qui occupent 73,12 % des plaies opératoires. Dans l'ensemble, les principales indications opératoires à Bobo-Dioulasso, sont pratiquement les mêmes que celles de tous les services de chirurgie d'Afrique noire avec en tête les hernies.

Tableau IX : Nature des interventions effectuées au premier trimestre 1989

N A T U R E	CAS	%
Tête	-	-
Cou	3	0,53
Thorax	-	-
Membre	57	10,10
Mains	-	-
Pied	-	-
Articulations	7	1,24
Peau et parties Molles	60	10,64
Appareil digestif	105	18,62
Appareil génital féminin	34	6,03
Appareil génital masculin	39	6,91
Cesarienne	39	6,91
Ruptures utérines	12	2,13
Curetages	9	1,60
Urologie	29	5,14
Hernies	170	30,14
T O T A L	564	

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989).

Les hernies occupent la première place avec près de 30,14 % des interventions. Il convient de signaler qu'il existe de grandes fluctuations saisonnières quant à la fréquence des hernies. En effet, les cultivateurs préfèrent le plus souvent être opérés pendant la saison sèche c'est à dire après les travaux champêtres.

Le service de chirurgie, avec ses 147 lits a hébergé en 1989, 4 484 personnes. Le taux d'occupation des lits est assez élevé soit 79,78 % avec une durée moyenne de séjour assez longue : environ 9,60 jours. Dans ces conditions, il se pose souvent des problèmes de place entraînant parfois une surcharge des pavillons d'hospitalisation. En 1989, le service de chirurgie a enregistré 160 décès.

9 - Autres activités du service de chirurgie

Le service de chirurgie a effectué en 1989 environ 1 400 consultations qui sont assurées par un chirurgien de garde.

Les urgences chirurgicales sont prises en charge 24 heures sur 24 par une équipe comprenant un infirmier aide opérateur, un infirmier anesthésiste, un aide opérateur en formation, un manoeuvre. Toutefois, il est possible de faire appel au chirurgien de garde à tout moment et, en cas de besoin, à un technicien de stérilisation.

Enfin, le service de chirurgie participe à la formation théorique des infirmiers brevetés de l'Ecole de Santé de Bobo-Dioulasso. Depuis un certain temps, il assure également la formation théorique et pratique de 4 ou 5 infirmiers spécialisés en chirurgie. Enfin, il assure parfois une partie de la formation pratique de certains étudiants de l'Ecole Supérieurs de la Santé de l'Université de Ouagadougou.

B - LA MATERNITE.

Elle devait être en principe, à l'image de l'Hôpital une maternité de référence pour tout l'Ouest et le Sud-Ouest du BURKINA FASO. Par son niveau d'équipement, elle est capable de prendre en charge les

cas d'accouchements compliqués aussi bien de la ville de Bobo-Dioulasso, que des autres provinces situées dans sa zone de couverture.

La maternité de l'Hôpital National SANOU SOURO, a été construite en 1970. Elle comprend 3 pavillons se répartissant comme suit : un pavillon d'hospitalisation, un bloc technique et un pavillon des "post-opérées".

1 - Le Bloc technique

Il comprend une salle de travail et une salle d'opération :

- la salle de travail se présente comme un vaste hangar abritant 12 tables d'accouchements ;

- la salle d'opération : depuis sa construction en 1970, n'a été fonctionnelle que depuis peu de temps, grâce à une O.N.G. américaine qui a également fourni l'équipement nécessaire.

2 - Le Pavillon des "post-opérées"

Il comprend 12 lits destinés en principe aux femmes venant de subir une intervention obstétricale (césarienne) ou gynécologique. Mais en réalité, faute d'un minimum de moyens de réanimation post-opératoire, le pavillon est pratiquement fermé. Les femmes opérées sont le plus souvent surveillées les premiers jours dans le pavillon "post-opérés" du service de chirurgie.

La maternité dispose d'une petite biberonnerie. Cependant, il n'existe aucune structure de réanimation néo-natale.

3 - Le Pavillon d'hospitalisation

Il abrite 68 lits se répartissant en 5 lits de première catégorie, 10 lits de deuxième catégorie (5 chambres de deux lits), 15 lits de troisième

catégorie (5 chambres de 3 lits) et 38 lits de cinquième catégorie.

Ce pavillon abrite également quelques salles de soins et le bureau de consultation du médecin chef.

4 - Le Personnel

L'activité de la maternité repose sur 4 gynéco-obstétriciens. Ils sont assistés par 12 sage-femmes diplômées d'Etat, 12 infirmiers brevetés, 2 accoucheuses auxiliaires et 3 manoeuvres.

5 - Activités

La maternité de l'Hôpital National SANOU SOURO a effectuée au cours de l'année 1989, 3 814 accouchements dont 73,23 % sont des accouchements normaux, 12,61 sont dystociques, (8) 12,09 % des accouchements prématurés, enfin 2,07 % gémellaires.

La mortalité se présente de la manière suivante :

- mortalité 9,78 % ;
- mortalité néonatale précoce 7,68 % ;
- enfin la mortalité maternelle 0,68 %.

(8) Dystocique : Accouchement difficile quelle que soit l'origine de l'obstacle.

Tableau X : Accouchements effectués à la maternité en 1989

Accouchements	Nombre	Mortina- talité	Mortalité néonatale précoce	Mortali- té mater- nelle
Normaux	2 793	6,84 %	3,65 %	0,21 %
Dystocique (8)	481	20,16 %	9,56 %	4,15 %
Prématurés	461	15,40 %	30,15 %	0,0 %
Gemellaires	79	17,72 %	7,59 %	0,0 %
T O T A L	3 814	9,78 %	7,68 %	0,68 %

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989)

En dehors des anciennes césariennes qui sont en principe suivies à la maternité de l'hôpital pendant leur grossesse, les femmes ne viennent à la maternité que pour y accoucher. Faute de coordination avec les PMI et autres formations de santé de la ville, il n'y a pas de dépistage sérieux des grossesses à risque.

6 - Autres activités gynéco-obstétricales

En 1989, la maternité de l'hôpital a reçu 474 avortements en majorité spontanés soit 92,62 % et 7,38 % des avortements provoqués.

La mortalité maternelle est assez faible. Elle est de 0,63 %.

Tableau XI : Repartition des avortements et des décès par avortements (1989)

Avortements spontanés		Avortements provoqués		T O T A L	
Nombre	Décès maternel	Nombre	Décès maternel	Nombre	Décès maternel
439	1	35	2	474	0,63 %
92,62 %		7,38 %			

Source : Résultats de dépouillement (HNSS - Rapport annuel)

A cours de l'année 1989, la maternité de l'hôpital a hospitalisé 5 335 femmes pour y accoucher, dont 474 pour un avortement, les autres pour une affection gynécologique. Le total des journées d'hospitalisation s'élève à environ 17 229, soit une durée moyenne de séjour très brève (3 jours) et un coefficient d'occupation des lits de plus de 50 %.

La maternité a effectué en 1989, plus de 3 712 consultations. Il s'agit surtout de consultations d'urgences conduisant le plus souvent à une hospitalisation. Les consultations sont essentiellement motivées par une grossesse à terme, une infection gynécologique, une stérilité.

Enfin, la maternité accueille des élèves accoucheuses auxiliaires. Cependant, elle ne joue pas le rôle qui pourrait être le sien dans le recyclage du personnel des formations urbaines.

La maternité de l'hôpital a enregistré au cours de l'année 1989, 40 décès au total.

C - LE SERVICE DE PEDIATRIE

Construit en 1970, grâce au fond d'aide et de coopération (FAC), le service de pédiatrie abrite 138 lits. Le bâtiment initial a vu en 1983 avec l'aide de la coopération saoudienne, la construction d'un pavillon annexe de 12 lits.

La pédiatrie est l'un des services les plus dynamiques au niveau de l'hôpital. Cependant, ce service connaît de graves difficultés d'équipement. En effet, le petit matériel courant (sondes de gavage, épicroaniennes,...) fait souvent défaut. Les moyens de réanimation sont également insuffisants. C'est ainsi que le service ne dispose que d'un seul obus d'oxygène et d'un aspirateur peu efficace ; il manque de respirateur. La couveuse est inutilisée du fait des risques liés à son utilisation.

Le service de pédiatrie connaît également des problèmes de personnels. En effet, il est constitué de 2 médecins, de 14 infirmiers dont seulement 4 sont diplômés d'Etat.

1 - Activités

En 1989, le service de pédiatrie a hospitalisé 3 584 enfants soit 26 941 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits est de 53,49 % ce qui est assez faible. Pourtant il se pose parfois des problèmes de place surtout en période d'épidémie. La durée moyenne d'hospitalisation est de 7,52 jours.

Parmi les principaux motifs d'hospitalisation, le paludisme est l'un des plus fréquents. Les malnutritions sont également fréquentes et graves ainsi que les anémies nutritionnelles.

La prise en charge des affections néonatales est souvent tardive, même lorsque l'accouchement a lieu à la maternité de l'hôpital

2 - Principales affections rencontrées en pédiatrie (1er trimestre 1989)

Tableau XII :

Maladies	Pourcentage des Admissions
Paludisme	17,59
Broncho-pneumopathies	21,24
Diarrhées	6,97
Méningites	8,08
Prématurité	4,75
Anémies	4,12
Infections néonatales	2,69
Causes mal définies	3,64
T O T A L	65,45

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989).

Au cours de l'année 1989, le service de pédiatrie a reçu 2 756 consultants. Les consultations sont assurées par le médecin chef. Il s'agit surtout d'enfants dans un état grave, par suite du retard thérapeutique lié à la mauvaise coordination entre l'hôpital et les centres SMI urbains.

Le service de pédiatrie possède un centre de récupération nutritionnelle surtout destiné au traitement des malnutritions sévères hospitalisées (gavage, régime hyper-protidique à base de céréales, de poissons secs, de haricot et d'huile).

Enfin, le service de pédiatrie participe à l'encadrement pratique des élèves infirmiers brevetés, de quelques secouristes de la Croix Rouge et de certains étudiants en médecine de l'Ecole Supérieure de la Santé (ESSA) de l'Université de Ouagadougou.

Enfin, en 1989, on a dénombré au service de Pédiatrie 522 décès soit près de la moitié du nombre total de décès au niveau de l'hôpital.

D - LE SERVICE DE MEDECINE GENERALE

Il est destiné à recevoir tous les cas généraux et abrite 93 lits se répartissant en 4 lits de première catégorie, 6 lits de deuxième catégorie, 19 lits de quatrième catégorie et 64 lits de cinquième catégorie.

Le service de médecine générale tout comme pratiquement la majeure partie des services de l'hôpital, connaît des insuffisances liées à son niveau limité d'équipement. En effet, il n'existe aucun matériel de réanimation même élémentaire au service de médecine générale. Il dispose néanmoins d'un appareil à électrocardiogramme, d'un laparoscope et de quelques rectoscopes.

Quant au personnel, il est composé de 4 médecins dont 2 coopérants (un français et un russe) ; 3 assistants de santé et 11 infirmiers.

1 - Activités

En 1989, le service de médecine a hospitalisé 2 472 malades soit 19 395 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits est de 57,13 % avec de possibles grandes variations saisonnières. La durée moyenne de séjour est d'environ 7,85 jours. Les pathologies rencontrées dans le service de médecine sont très variées. Elles restent cependant dominées par les maladies infectieuses et parasitaires, les affections respiratoires, digestives. Certaines affections bénignes (paludisme, pneumopathies) auraient sans doute pu être traitées dans les formations sanitaires autre que l'hôpital.

2 - Fréquences des principales maladies en médecine générale 1989

Maladies	Nombre des Hospitalisés	Pourcentage
Paludisme	1 025	41,43
Méningite	74	2,99
Broncho-pneumopathie	689	27,90
Causes mal définies et inconnues de morbidité.	562	22,73
S I D A	122	4,95
T O T A L	4 472	100

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989)

Durant l'année 1989, le service de médecine a consulté 4 362 malades soit 8 468 consultations.

Ces consultations sont assurées par les médecins du service de médecine générale.

La prise en charge des urgences médicales en dehors des heures de service est assurée par un infirmier de garde.

Enfin, le service de médecine assure parfois le stage pratique de quelques élèves infirmiers et étudiants en médecine.

Au cours de l'année 1989, on a recensé 346 décès au service de médecine générale.

E - OPHTALMOLOGIE - ORL - STOMATOLOGIE

Ce sont trois services étroitement liés.

En effet, ils occupent le même bâtiment et les malades des trois services sont hospitalisés dans un même pavillon qui comporte 20 lits.

1 - Ophthalmologie

Ce service est assez dynamique cela grâce à un équipement assez complet acquis sur des crédits FAC (biomicroscope, appareil de Goldman, microscope opérateur...). L'ophtalmologie dispose de 4 lits d'hospitalisation. En 1989, elle a hospitalisée 59 malades soit 539 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits est de 36,92 % et une durée moyenne de séjour de 9,14 jours.

Le service a également reçu 7 790 consultants et assuré 15 540 consultations.

2 - Oto - Rhino - Laryngologie (ORL)

Le service d'ORL est dirigé par un médecin coopérant (un cubain). Il dispose d'un équipement assez complet. L'ORL abrite 4 lits et a hospitalisé en 1989, 30 malades. Ce qui représente 137 journées d'hospitalisation, un coefficient d'occupation des lits de 9,38 %

et une durée moyenne de séjour de 4,57 jours. Le service a également reçu en 1989, 3 539 consultants et effectué 8 850 consultations.

3 - Stomatologie

Ce service est dirigé par un médecin assisté par un assistant de santé, deux infirmiers spécialisés, deux infirmiers brevetés. Le laboratoire de prothèse est assez bien outillé. La stomatologie dispose de 12 lits. Elle ne possède pas de bloc opératoire. Les interventions s'effectuent une matinée par semaine dans le bloc de chirurgie.

4 - Activités du service de stomatologie 1989

Tableau XIV :

Nature	Nombre	Décès
Hospitalisés	168	3
Prothèse	38	-
Extraction	7 640	-
Soins	3 088	-
Consultants	4 370	-
Consultations	11 328	-

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989).

En 1989, la stomatologie a assuré 168 hospitalisations soit 2 610 journées d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits est de 59,59 % et une durée moyenne de séjour de 15,54 jours et 3 décès pour la même période.

A tous ces services, il convient d'ajouter le service de dermatologie qui est assez récent. C'est un service

externe ne disposant pas de pavillon d'hospitalisation. Ce service est dirigé par un médecin coopérant (cubain).

Le service de dermatologie semble peu intégré aux autres services de l'hôpital. Cet isolement se traduit par l'inexistence de rapports statistiques sur les activités de la dermatologie.

En ce qui nous concerne, nous n'avons pu avoir que les statistiques des deuxième, troisième et quatrième trimestre de 1989. Pendant cette période, le service de dermatologie a reçu 1 278 consultants et effectué 427 consultations.

L'Hôpital National SANOU SOURO dispose en son sein des services qui sans avoir des activités de production de soins, participent pleinement de manière technique à la promotion de l'activité médicale au niveau de l'hôpital. Ils fournissent donc un appui technique indéniable à tous les services hospitaliers de l'hôpital. Il s'agit du service de radiologie, et des laboratoires qui sont des services externes.

F - LE SERVICE DE RADIOLOGIE

Le service de radiologie dispose pour ses activités d'un équipement limité qui, sans bloquer totalement son activité, la compromet souvent.

Le service de radiologie possède une table Futuralix 12 installée en 1974 grâce au Fond d'Aide et de Coopération (FAC) ; une table Bourgogne 22 pour les clichés pulmonaires et osseux.

Le service connaît un certain nombre de problèmes liés à l'irrégularité de l'approvisionnement en films, en produits de contraste, en réactifs de développement. Ce qui peut avoir des conséquences assez fâcheuses sur le bon déroulement de l'activité du service.

Le service de radiologie est dirigé par un radiologue coopérant (français). Il est assisté de 4 manipulateurs de radiologie et deux infirmiers spécialisés.

En 1989 le service de radiologie a effectué 10 078 radiographies.

Tableau XV : Activités du service de radiologie 1989

Période	Nombre de Radiographies
1er trimestre	2 037
2 ^e trimestre	2 805
3 ^e trimestre	2 456
4 trimestre	2 780
T O T A L	10 078

Source : Résultats de dépouillement (Hôpital National SANOU SOURO - Rapport annuel 1989).

G - LES LABORATOIRES

Les examens biologiques sont effectués par trois laboratoires : la laboratoire de biochimie, le laboratoire de bactériologie et la banque de sang.

- Le laboratoire de biochimie dispose d'un photomètre, d'un appareil à électrophorèse et d'un popinel pour la stérilisation.

- Le laboratoire de bactériologie connaît des difficultés liées au nombre limité de son équipement. En effet, le nombre des microscopes et des étuves est insuffisant.

- La banque de sang dispose d'un équipement peu performant et insuffisant. C'est ainsi qu'elle ne possède ni rhéuscope, ni armoire frigorifique sérieuse.

Le personnel est composé de six médecins ou pharmaciens dont un assistant technique. A ce personnel, s'ajoute 6 techniciens supérieurs de laboratoire et 14 infirmiers.

Concernant les activités, nous pouvons dire que les examens effectués couvrent théoriquement l'essentiel des besoins. Il existe cependant des problèmes liés au manque de certains produits notamment les réactifs ce qui compromet parfois la bonne marche du service. Au premier trimestre 1989, le laboratoire de biochimie a effectué 2 463 consultations. Quant à la banque de sang, elle a effectué au cours de la même période :

- 1 732 groupages ;
- 596 poches recueillies dont
- 52 poches de familles ;
- 544 poches de donateurs bénévoles.

H - LE SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Ce service, situé à près de 5 Km de site principal de l'Hôpital National SANOU SOURO, lui est administrativement rattaché.

Il est composé de deux principaux bâtiments construits dans les années 1950 et dispose d'une capacité d'hébergement de 97 lits.

Le service connaît des difficultés dues à son niveau d'équipement limité. En effet, le service ne possède aucun matériel de réanimation respiratoire, son laboratoire est pratiquement inexistant. Les examens bactériologiques des crachats se font au laboratoire de l'Hôpital National SANOU SOURO ou au Centre Muraz. Le service de pneumo-phtisiologie est dirigé par un phtisiologue assisté par 6 infirmiers et une assistante sociale.

En 1989, le service a hospitalisé 417 malades tuberculeux, soit 22 474 journées d'hospitalisation. Le coefficient d'occupation des lits est de 63,48 % et une durée moyenne de séjours assez longue de 53,89 jours. Pendant la même période, le service a reçu

541 consultants et effectué 1 005 consultations.
Durant l'année 1989, on a enregistré 37 décès dans
le service de pneumo-phtisiologie.

I. - LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

Tout comme le service de pneumo-phtisiologie, le service de psychiatrie, est administrative-
ment rattaché à l'Hôpital National SANOU SOURO, mais
installé en fait à près de 5 Km du site principal de
celui-ci. Le service de psychiatrie, construit en
1955, répondait à des normes "carcérales" aujourd'hui
dépassées et se trouve tout à fait inadaptés.

Le service possède une capacité de 100 lits. Il dis-
pose également de 4 cellules d'isolement pour les ma-
lades agités ou dangereux.

A côté du service de psychiatrie proprement dit, nous
avons un village thérapeutique en "banco" pour ac-
cueillir les malades et leur famille.

Le service est dirigé par un médecin psychiatre as-
sisté d'un psychologue, de 5 assistants médicaux spé-
cialisés et de 2 infirmiers.

En 1989, le service de psychiatrie a hospitalisé 366
malades mentaux soit 9 940 journées d'hospitalisations.

Le taux d'occupation des lits est de 27,23 % et une
durée moyenne de séjour assez longue d'environ 27,16
jours. Au cours de la même période, le service a reçu
880 consultants et effectué 4 923 consultations.

En 1989, ce service a enregistré 14 décès.

III. - LES SERVICES PARAMEDICAUX

A - LA PHARMACIE

Elle est chargée d'assurer l'approvision-
nement en médicaments de tous les services hospita-
liers de l'hôpital cela dans la mesure de ses possi-
bilités.

Construite grâce à une première convention de financement Franco-Burkinabè (1986 - 1989), la pharmacie travaille en étroite collaboration avec la SONAPHARM.

Elle est dirigée par une pharmacienne qui passe chaque année les commandes de médicaments, de réactifs biologiques et de petit matériel dans les limites de l'enveloppe financière autorisée.

Les commandes sont souvent inadaptées, faute d'une définition rationnelle des besoins. En principe, chaque année, les médecins chefs des différents services dressent la liste exhaustive de leurs besoins.

La pharmacie fonctionne grâce à des crédits alloués par le budget national qui sont souvent insuffisants pour couvrir la totalité des besoins des différents services de l'hôpital. En outre, la pharmacie connaît des problèmes liés aux délais de livraison souvent trop longs. La pharmacie bénéficie également de l'aide de certains pays notamment la France à travers le Fonds d'Aide et de coopération qui fournit assez régulièrement des médicaments à l'hôpital. Malheureusement, les délais d'exécution des conventions sont très longs. Ainsi, par exemple, la fourniture des médicaments prévus dans une convention de 1982, n'était pas encore achevée en 1985. Enfin, certains organismes privés participent à l'approvisionnement de la pharmacie en médicaments. On peut entre autres citer le Lyons Club de Bobo-Dioulasso, le Catwell, compagnons d'Emmans, etc... Mais les médicaments fournis ne correspondent pas toujours aux besoins de l'hôpital : médicaments de "confort", médicaments de l'appareil cardio-vasculaire, spécialités étrangères inconnues des prescripteurs, voire produits périmés.

La distribution des médicaments de base est assurée une fois par semaine. En principe, chaque service dresse la liste de ses besoins et la pharmacie essaie dans la mesure de ses possibilités de les satisfaire.

Quant aux médicaments d'urgence, ils sont délivrés par

la pharmacie sur bons de commandes spéciaux précisant le nom du malade, la posologie quotidienne et la durée du traitement.

B - L'ALIMENTATION DES MALADES

L'Hôpital National SANOU SOURO dispose d'une cuisine équipée de matériel électrique installée par le FAC en 1976 chargée de fournir aux malades de la nourriture. Malheureusement, les crédits alloués à la cuisine sont souvent insuffisants et l'aide du Programme Alimentaire Mondial (PAM) est parfois très limitée.

Cependant, beaucoup de malades hospitalisés font apporter leurs repas de l'extérieur.

Les familles des indigents préparent leurs repas au sein de l'hôpital sous un hangar dans des conditions d'hygiène catastrophiques.

La situation devient très préoccupante au niveau des services de phtisiologie et de psychiatrie qui ne disposent pas de cuisine. Les repas sont en principe apportés de l'Hôpital National SANOU SOURO. En fait, les familles de la plupart des malades préparent leurs propres repas sur des foyers de fortune, dans le plus grand désordre.

C - LA SALUBRITE

La salubrité au sein de l'hôpital est assez préoccupante quand on sait qu'il devrait participer à la promotion de l'hygiène une des conditions pour un meilleur état de santé des populations en général et des malades en particulier. Ainsi, le ménage des différents services est insuffisant. Le ramassage des ordures est irrégulier. Il s'en suit alors une accumulation des détritrus au voisinage des bâtiments

d'hospitalisation et des cuisines de fortune des malades.

Le problème des latrines est très sérieux. En effet, la plupart des toilettes modernes des pavillons d'hospitalisation sont hors d'usage.

D - LA MAINTENANCE DE L'HOPITAL

Elle est pratiquement inexistante. Cette situation est sans doute à la base de la dégradation rapide des bâtiments et du matériel technique.

Le budget de fonctionnement destiné à l'entretien des bâtiments et aux réparations du matériel technique est insuffisant pour faire face aux besoins les plus urgents.

Le personnel d'entretien est composé de 11 ouvriers dont 3 menuisiers, 3 électriciens, 1 peintre, 2 plombiers, 1 maçon et tailleur auxquels s'ajoutent 2 électrotechniciens.

CONCLUSION PARTIELLE

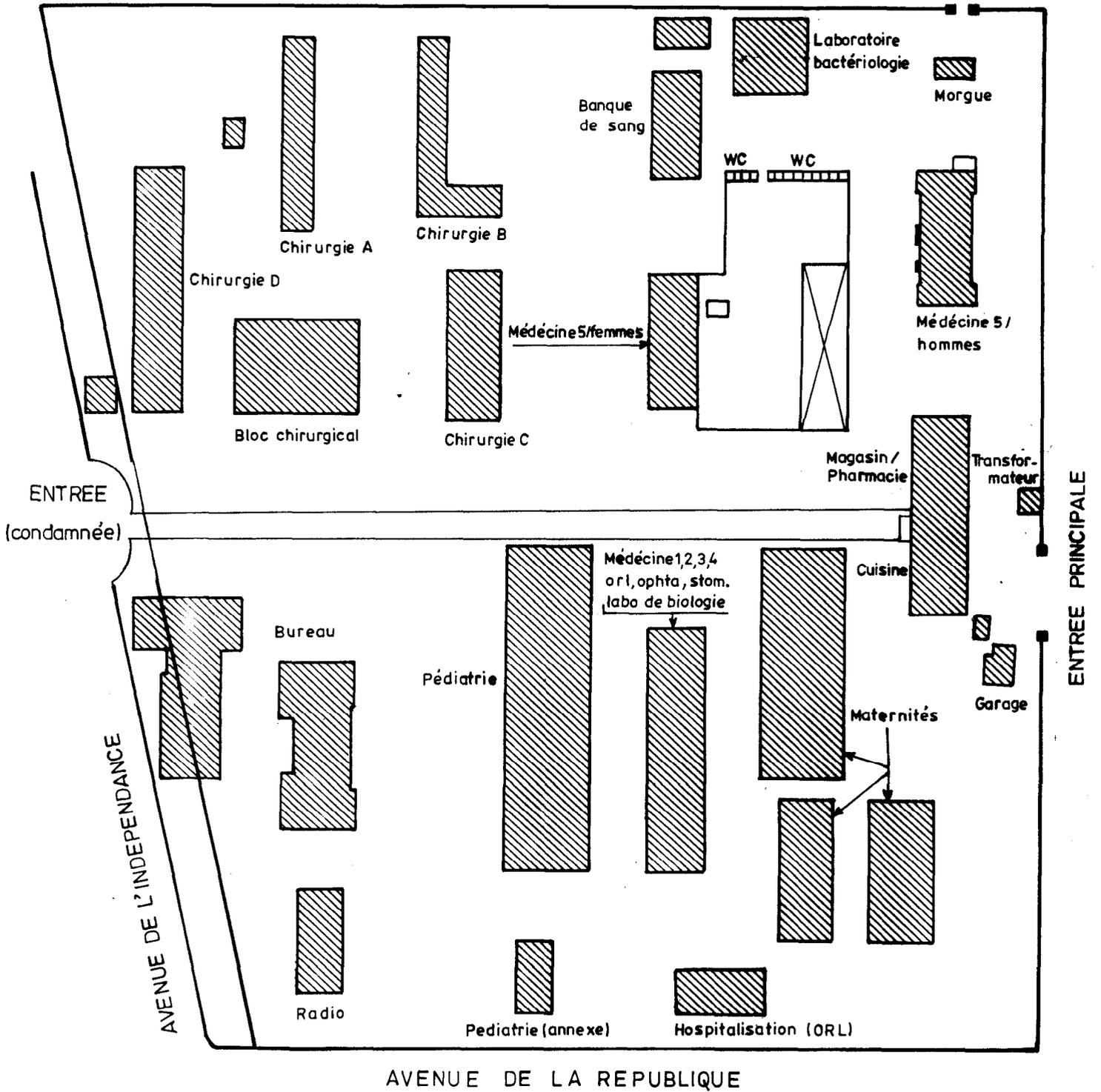
L'Hôpital National SANOU SOURO par le niveau d'équipement plus ou moins performant des différents services qu'il comprend, est en mesure de prendre en charge les pathologies majeures de Bobo-Dioulasso et sa région. Cependant, l'Hôpital, connaît dans son fonctionnement un certain nombre de problèmes qui peuvent dangereusement compromettre sa vocation d'hôpital National. Ces problèmes sont liés à l'insuffisance ou au manque de certains matériels techniques. Ils sont également liés aux ruptures de certains produits de consommation courantes nécessaires à l'activité hospitalière. Enfin, le fonctionnement de l'hôpital est souvent entravé par le système de gestion.

En dépit de ces difficultés, l'Hôpital National SANOU SOURO tente tant bien que mal de répondre aux préoccupations sanitaires des populations de la région de Bobo et même de l'étranger.

HOPITAL NATIONAL SANOU SOURO

ETAT EXISTANT

Fig. 11



T R O I S I E M E)
 A R T I E

 H O P I T A L)
 A T I O N A L

 A N O U)
 O U R O :

RAYONNEMENT ET PERSPECTIVES.

-----oooo00-----

CHAPITRE VI : L'HOPITAL ET SA ZONE D'INFLUENCE

Les hôpitaux sont le plus souvent des institutions très actives visant à offrir à chaque patient les meilleurs services possibles, qu'il s'agisse de traitement d'urgence, de consultations externes ou de soins hospitaliers proprement dits.

Chaque hôpital possède de ce fait, une "zone d'attraction" ou zone d'influence, bien définie, dans un cadre régional ou national et qui correspond à l'espace géographique effectivement sensible à l'action de l'hôpital.

Pour analyser le rôle de l'hôpital dans sa "zone d'attraction", on doit considérer qu'il fait partie d'un système dynamique caractérisé par un afflux et un reflux de personnes, de matériels, de demandes, de rapports, d'idées, etc., entre l'hôpital et la communauté ou les centres de santé.

I - PLACE DE L'HOPITAL DE BOBO-DIOULASSO DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE LA VILLE

Un système de santé d'une entité donnée comprend tout d'abord une population bien définie habitant dans une zone administrative et géographique, urbaine ou rurale clairement délimitée. Il englobe toutes les structures de santé de la zone, publiques ou privées, professionnelles ou traditionnelles, qui coopèrent à l'établissement d'un système de santé au sein duquel elles travailleront ensemble.

Un système de santé se compose donc d'une grande diversité d'éléments imbriqués qui contribuent à la santé au foyer, à l'école, sur le lieu de travail et dans la communauté. Son orientation est multisectorielle. Il comprend les soins autonomes et tous les agents et établissements de santé, publics ou non et y compris le niveau supérieur de recours, ainsi que les structures de soutien appropriées, laboratoires, services

de diagnostic et d'appui logistique.

Le but d'un système de santé est de combiner les efforts conjugués de tous les éléments et établissements concernés en vue de la santé pour tous.

Pour fonctionner, tout système de santé doit compter sur l'appui des structures hospitalières et sur un système efficace d'orientation - recours des patients qui nécessitent des soins spécialisés que ne peuvent fournir les structures extra-hospitalières.

Par ailleurs, l'organisation d'un hôpital diffère, de par sa nature même, de celle des autres services de santé, parce que les techniques, les fonctions et les valeurs ne sont pas les mêmes. Au niveau hospitalier, l'activité est centrée sur des techniques de pointe d'application individuelle et sur un traitement intensif. En revanche, l'activité au niveau des autres services de santé est axée sur des méthodes simples de traitement et de prévention.

De tout ce qui précède, nous pouvons définir le rôle de l'hôpital dans un système de santé, en terme d'orientation des malades, de coordination des programmes de santé, d'éducation et de formation, et de soutien administratif et gestionnaire.

Cependant, ce rôle déterminant de l'hôpital dans le système de santé se trouve souvent entravé par un certain nombre de problèmes.

Ainsi, au niveau du système de santé de la ville de Bobo, ces problèmes portent souvent préjudice au bon fonctionnement de l'Hôpital National SANOU SOURO qui est en principe un centre de référence pour tout l'Ouest et le Sud-Ouest du BURKINA FASO.

En effet, les liens structurels et organisationnels entre l'hôpital et les autres services de santé de la ville de Bobo-Dioulasso, sont souvent insuffisants pour soutenir les soins de santé visant à la couverture sanitaire des populations de la ville.

Ce manque de cohérence est dû en partie au fait que les différents éléments du système de santé relèvent souvent d'autorités distinctes (administrations différentes, ou une association d'organisations publiques et privées).

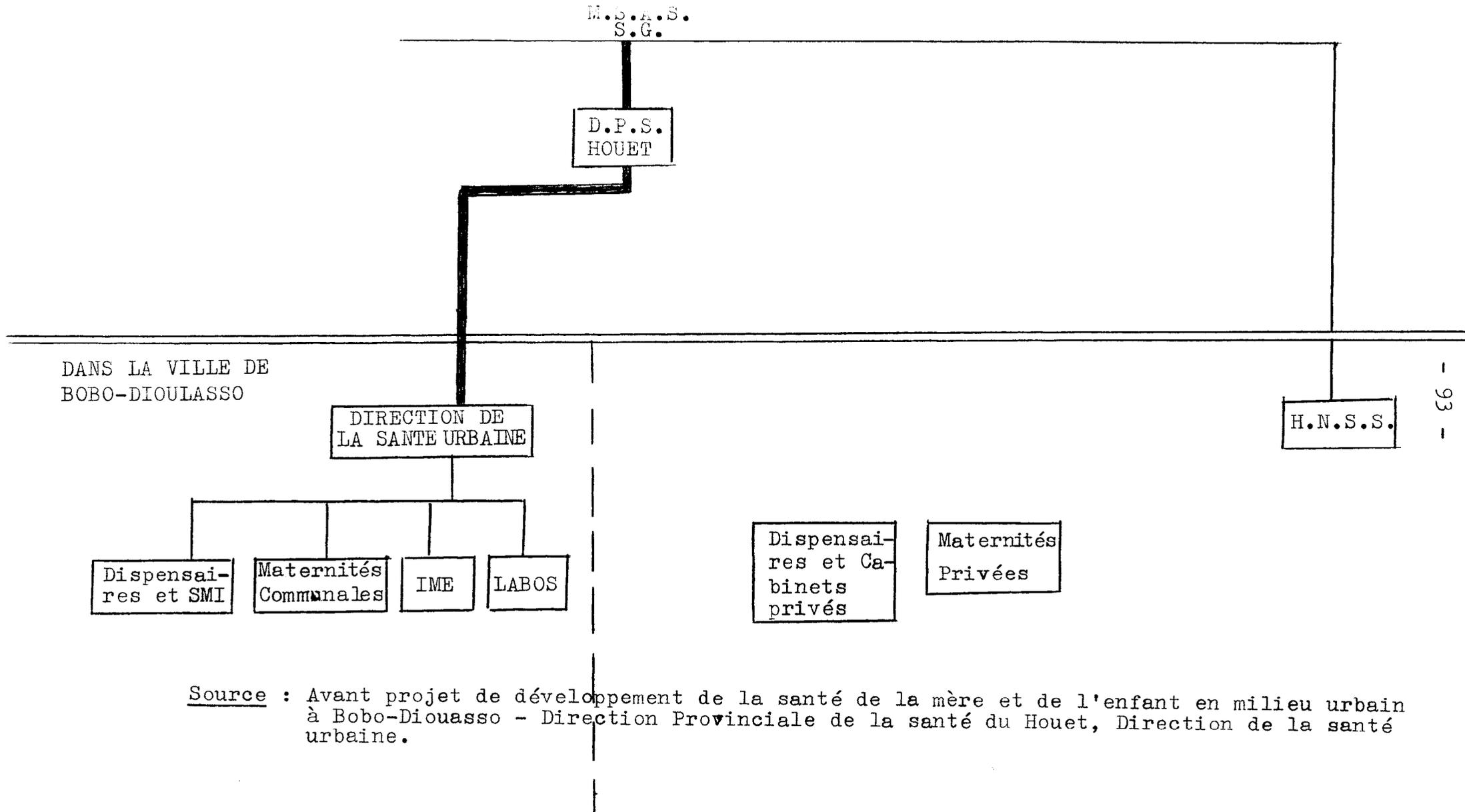
A Bobo-Dioulasso, les différentes formations sanitaires, même si elles relèvent toutes du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, appartiennent dans l'ensemble à des hiérarchies administratives différentes.

C'est ainsi que l'Hôpital National SANOU SOURO de Bobo-Dioulasso, administrativement, dépend directement du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers le Secrétariat Général du Ministère. De ce fait, l'Hôpital National SANOU SOURO se situe au-dessus de toutes les formations sanitaires de la ville au même titre que la Direction Provinciale de la Santé du Houet.

Quant aux autres formations sanitaires de la ville, elles relèvent dans l'ensemble, de la Direction de la Santé Urbaine de Bobo, qui dépend à son tour de la Direction Provinciale de la Santé du Houet.

Il convient également de souligner la situation des formations sanitaires privées de la ville de Bobo-Dioulasso qui n'entretiennent pratiquement aucune relation fonctionnelle avec la Direction de la Santé Urbaine.

FIGURE 12 : PLACE DE L'HOPITAL DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE LA VILLE DE BOBO-DIOULASSO



Cette situation est d'autant plus préoccupante que ces formations sanitaires ne semblent reléver d'aucune structure administrative, si non globalement du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Dans ces conditions, il est assez difficile par exemple d'évaluer avec certitude la situation sanitaire de la ville de Bobo-Dioulasso, quand on sait que ces formations sanitaires du privé couvrent une partie non négligeable de la population de la ville et qui n'est pas prise en compte dans les statistiques sanitaires. Ces formations sanitaires semblent donc évoluer dans un certain vide administratif se traduisant par la non tenue et le non envoi des rapports annuels d'activités sanitaires aux structures administratives notamment à la Direction Provinciale de la Santé du Houet et à la Direction de la Santé Urbaine.

Il nous paraît donc opportun, pour une meilleure couverture et une meilleure évaluation de la situation sanitaire de la ville de Bobo, que la Direction de la Santé Urbaine prenne effectivement en compte toutes les formations sanitaires privées de la ville, car faisant partie intégrante de la réalité sanitaire de Bobo-Dioulasso. Cette prise en compte pouvant se faire par la création d'un service chargé de la coordination des activités de toutes les formations sanitaires aussi bien du public que du privé évoluant dans la ville de Bobo-Dioulasso.

Par ailleurs, comme autre entrave au bon fonctionnement de l'hôpital dans le système de santé de la ville de Bobo, c'est que les services de type hospitalier soient intrinséquement favorisés. En effet, l'hôpital et les autres services de santé sont souvent considérés comme deux entités distinctes parfois même en concurrence ou en conflit.

De telles situations pourraient être évitées si on admet que l'hôpital et les autres services sont interdépendants visant le même but, que les services de santé dépendent du soutien de l'hôpital et celui-ci doit

compter sur les autres services de santé pour que ses ressources soient efficacement utilisées pour toute la population de la ville.

Enfin, le système de recours en usage dans la ville de Bobo-Dioulasso pose un grave problème. En effet, très souvent, les patients se présentent spontanément à l'hôpital sans passer par les formations sanitaires de base (dispensaire) ou sans y être référés, cela parce qu'ils ne font pas confiance à ces services, qu'ils ignorent l'existence d'autres possibilités, ou encore parce qu'ils sont attirés par le prestige de l'hôpital ou qu'ils pensent (parfois à tort) y être mieux soignés.

Cette situation peut handicaper sérieusement l'activité de l'Hôpital National SANOU SOURO par sa surcharge de patients qui auraient pu être soignés en dehors de la structure hospitalière et notamment par les autres services de santé.

L'hôpital de Bobo, en sa qualité d'Hôpital National ne devait en principe recevoir que les cas de maladies qui par leur gravité et ou leur complexité ne peuvent être pris en charge par les services de santé de la ville de Bobo et des provinces faisant partie de sa zone de desserte.

Il est donc nécessaire de le faire comprendre des populations par le biais d'une sensibilisation, que l'accès de l'hôpital est plus ou moins conditionné par le passage à des formations sanitaires de secteur ou de village, de sorte que tous les cas traités à l'hôpital soient des cas référés, afin de permettre à celui-ci des prestations de meilleures qualités, et de jouer pleinement son rôle d'Hôpital National et surtout de référence pour tout l'Ouest et le Sud-Ouest du BURKINA FASO.

II - ROLE REGIONAL ET RAYONNEMENT DE L'HOPITAL NATIONAL SANOU SOURO DE BOBO-DIOULASSO

A - LE RAYONNEMENT DE L'HOPITAL

L'étude du rayonnement de l'Hôpital National SANOU SOURO est assez malaisée. Les fiches d'hospitalisation, en principe plus complètes sont souvent mal remplies et entassées sans aucun ordre.

Cependant, à travers les résultats du dépouillement des fiches d'hospitalisation de l'année 1989 que nous avons effectué, on remarque que l'Hôpital National SANOU SOURO a une vocation tant régionale, nationale qu'internationale.

En effet, l'Hôpital National SANOU SOURO de Bobo-Dioulasso, en dehors de sa zone de desserte théorique qui s'étend sur les provinces du Houet, de la Bougouriba, de la Comoé, du Kéné Dougou, du Poni, de la Kossi et du Mouhoun, rayonne pratiquement dans l'ensemble des provinces du BURKINA FASO, avec cependant une certaine prédominance de sa zone d'influence théorique.

Ainsi, sur un total de 16 915 hospitalisations en 1989, 89,39 % des hospitalisés provenaient de la province du Houet, et plus de 50 % uniquement de la ville de Bobo.

Au cours de l'année 1989, l'hôpital a reçu 1 795 évacuations soit 10,61 % du total des hospitalisés ; et sur ces 1 795 évacuations, 84 % sont originaires des 6 provinces effectivement concernées par les activités de l'Hôpital, le reste étant constitué des évacuations provenant aussi bien des autres provinces du BURKINA FASO que de l'extérieur du pays.

Néanmoins, il convient de souligner les disparités provinciales dans la fréquentation de l'hôpital. Ainsi, la province de la Comoé a totalisé à elle seule 26 % des évacuations en 1989 alors que pour la même période, celle du Kéné Dougou n'en a effectué que 19,05 % ; le Mouhoun, 18 % ; la Bougouriba, 11 % ; la Kossi, 8,35 % et enfin, le Poni avec seulement 2,06 % des évacuations.

Cette différence de fréquentation semble lier à plusieurs raisons qui sont entre autres : la distance qui peut considérablement influencer les évacuations. En effet, une courte distance ou un bon état des voies de communications (route) peut faciliter l'accès de l'hôpital à un grand nombre de malades.

Aussi, nous avons le manque dans certaines provinces d'équipements sanitaires adéquats qui peut également constituer un facteur de fréquentation.

Enfin, la disparité des fréquentations peut être liée à l'existence d'un certain nombre d'infrastructures sanitaires dans certaines provinces. Ceci est surtout vrai pour la province de la Kossi et surtout du Poni qui disposent de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) assez bien équipés et dynamiques et qui sont surtout soutenus dans leurs actions par des coopérants, fruit de la coopération entre le Burkina et un certain nombre de pays notamment Cuba et la France. Dans ces conditions, les provinces concernées n'évacuent des malades vers l'hôpital de Bobo, qu'en cas d'extrême nécessité.

Par ailleurs, l'Hôpital National SANOU SOURO a reçu en 1989, 193 évacuations des autres provinces du Burkina soit 10,75 % du total des évacuations dont 67 du Kadiogo, 46 du Sourou, 16 du Boulkiemdé, 16 du Yatenga, 13 du Ganzourgou, 10 de la Sissili, 6 du Nahouri, 4 du Sanguié, 4 du Kouritenga, 3 du Passoré, 2 du Soum, 2 du Gourma, 2 du Bam et enfin 2 évacuations originaires du Sanmatenga. Enfin, l'Hôpital National SANOU SOURO rayonne au delà des frontières nationales. En effet, au cours de l'année 1989, il a reçu 94 malades étrangers soit 5,23 % des évacuations et se composant de 44 malades venant de la Côte-d'Ivoire, 39 originaires du Mali, 1 du Nigeria, 1 du Benin, 6 de la France, 1 de la Suisse et 2 des Etats Unis d'Amérique.

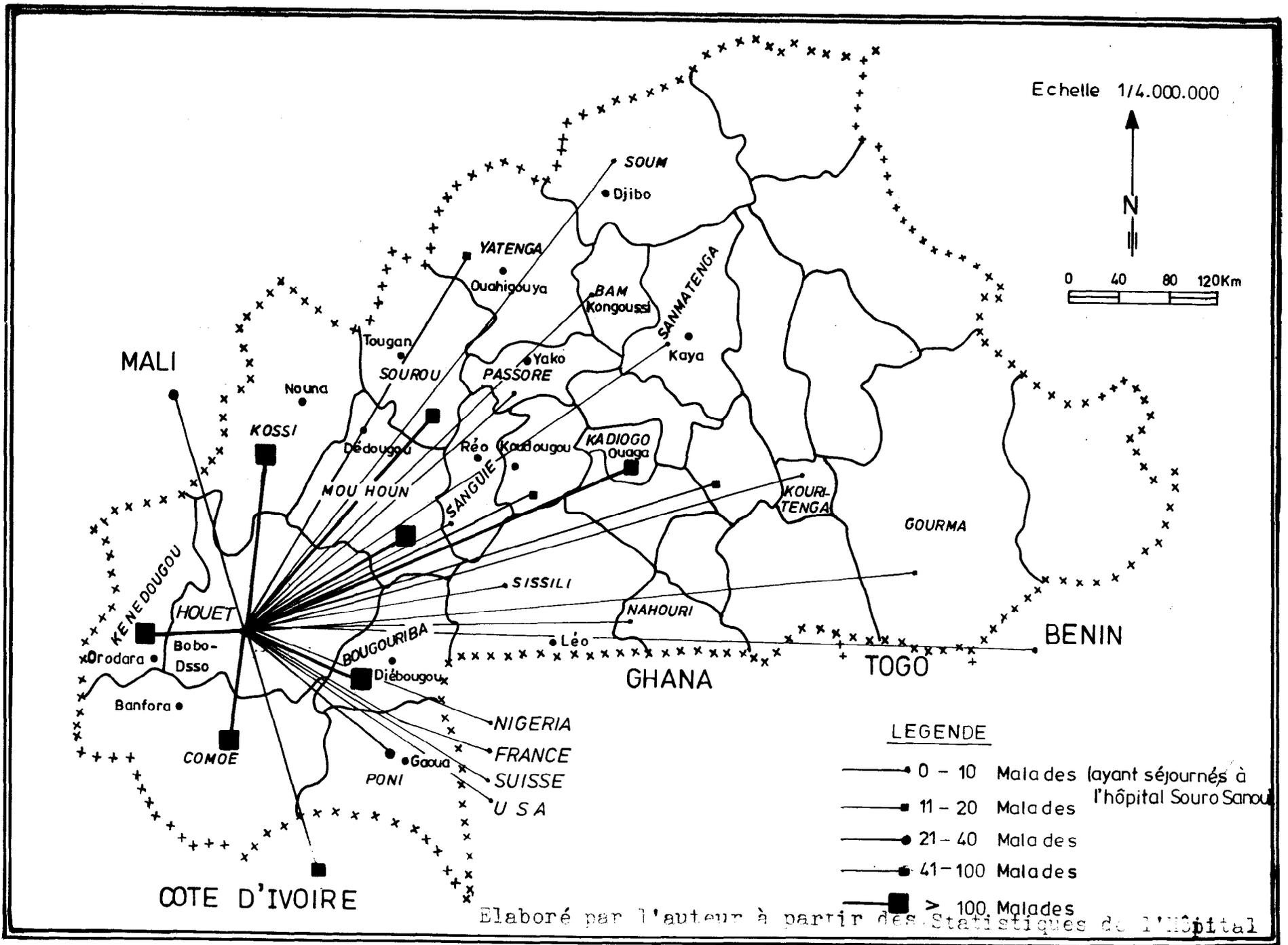
Ces malades sont le plus souvent de passage, ou ayant des parents dans la ville, ou sont motivés par la faiblesse relative des frais de soins médicaux au

Burkina Faso.

Ceci est surtout vrai pour les malades en provenance de la Côte-d'Ivoire.

Pour tous ces malades, l'hôpital dispose de 5 catégories d'hospitalisation se composant en chambres de première catégorie, en principe assez confortables et qui sont destinées aux fonctionnaires de catégorie "A", aux officiers, et aux "privés" qui en ont les moyens ; les chambres de deuxième catégorie, réservées aux fonctionnaires de rang "B" et sous-officiers ; les chambres de troisième et quatrième catégories, destinées aux fonctionnaires subalternes et aux hommes de rang ; enfin les chambres de cinquième catégorie réservées aux indigents.

Fig. 13



RAYONNEMENT DE L'HOPITAL SOURU SANOU

Ainsi, en 1989, sur 16 915 hospitalisés, 2,35 % ont été admis en première catégorie, 3,74 % en deuxième catégorie, 6,73 % en troisième catégorie, 9,18 % en quatrième catégorie et 78 % en cinquième catégorie.

Tableau XVI : Normes officielles en matière d'hospitalisation dans les hôpitaux nationaux

Catégorie	Nombre de lits	Climatisation	Sanitaire	Tarif (F.CFA) Avec nour- riture	sans nourri- ture
1ère	1	Climatiseur	Sanitaire intérieur couplet	3 000	2 400
2ème	2	Climatiseur	Lavabo in- térieur Toilette extérieure	2 000	1 500
3ème	3	Ventilateur	Toilette extérieure	1 000	800
4ème	4 - 5	Ventilateur	Toilette extérieure	500	300
5ème	6 - 7	-	Toilette extérieure	100	100

Source : Hôpital National SANOU SOURO - Service Gestion

De ces normes, seuls les prix sont effectivement respectés. Très souvent, on est loin du confort qui peut être lié à la catégorie des chambres. Cela est surtout vrai pour les catégories supérieures (1ère, 2è, 3è et même 4è catégorie).

B - LES TAUX D'ATTRACTION DE L'HOPITAL NATIONAL
SANOU SOURO

Les phénomènes attractifs exercés par un établissement hospitalier sur une population donnée, peuvent être appréciés à l'aide du taux d'attraction

qui a pour but d'appréhender le niveau de fréquentation par la population des provinces concernées de l'hôpital. Le taux d'attraction est généralement retenu pour estimer le champ d'attraction des établissements hospitaliers. Il est représenté par le rapport du nombre de personnes d'une zone considérée (arrondissement, département, région...) hospitalisées en un an, à la population totale de cette zone. Le champ d'attraction d'un établissement est alors constitué par l'ensemble des zones qui ont envoyé un malade au moins à l'établissement retenu ("disparités sociales de consommation médicale").

Ainsi, le taux d'attraction de l'hôpital sur la population d'une province donnée sera égale au

nombre d'hospitalisés en provenance d'une province donnée X 1 000

Population totale de la province.

Pour ce qui concerne l'Hôpital National SANOU SOURO, nous avons les taux d'attraction suivants par province :

Houet = 26 %.	Kadiogo = 0,15 ‰	Passoré = 1,01 ‰
Bougouriba = 1,55 ‰	Sissili = 0,06 ‰	Kouritenga = 0,02 ‰
Comoé = 1,84 ‰	Ganzourgou = 0,07 ‰	Soum = 0,01 ‰
Kossi = 0,45 ‰	Sanguié = 0,01 ‰	Gourma = 0,007 ‰
Mouhoun = 1,11 ‰	Yatenga = 0,02 ‰	Bam = 0,01 ‰
Poni = 0,15 ‰	Boulkiemdé = 0,05 ‰	Sanmatenga = 0,005 ‰
	Nahouri = 0,06 ‰	Sourou = 0,17 ‰

On remarque à travers ces taux d'attraction, que la province du Houet est celle dans laquelle l'Hôpital National SANOU SOURO exerce le plus d'effet attractif. Ces données qui permettent seulement de distinguer Bobo-Dioulasso et son immense environnement, soulignent également l'inégalité des chances d'accès à l'hôpital.

Ainsi par exemple, les habitants de Bobo-Dioulasso ont une probabilité d'être hospitalisés à l'hôpital 14 fois plus élevées que les malades originaires de la Comoé. Cette situation démontre combien il reste à faire pour atteindre l'objectif d'un égal accès aux soins des patients quel que soit leur lieu d'origine. Il est donc nécessaire, dans une perspective d'équité, que les formations périphériques soient en mesure de remplir effectivement la totalité de leur mission, de sorte que l'Hôpital National SANOU SOURO ne soit pas encombré de cas simples, et détourné par la même occasion de ses missions spécifiques d'Hôpital National et surtout de Centre de référence pour près du 1/3 de la population du BURKINA FASO.

CHAPITRE VII - LES LIMITES DES INTERVENTIONS

L'objectif principal de tout établissement hospitalier comme nous venons de le voir, est d'offrir à chaque patient les meilleurs services possibles, qu'il s'agisse de traitement d'urgence, de consultations externes ou de soins proprement hospitaliers. Un hôpital doit donc jouer un rôle de "tour de contrôle" ; accueillant les malades graves évacués par les dispensaires et les centres médicaux ; participant à la formation et au recyclage du personnel médical périphérique. La finalité étant de répondre aux besoins fondamentaux sur le plan sanitaire des populations.

Or, il arrive souvent que dans l'accomplissement de cette mission l'hôpital soit limité par des difficultés d'ordre multiple.

Ainsi, l'Hôpital National SANOU SOURO dont l'objectif est la couverture sanitaire des populations de l'Ouest et du Sud-Ouest du BURKINA FASO, rencontre un certain nombre de problèmes qui limitent considérablement son bon fonctionnement.

Ces difficultés semblent lier d'une part, au manque ou à l'insuffisance de liens structurels de fonctionnement, et de coordination des activités entre l'hôpital et les autres formations sanitaires de la ville de Bobo ou de province, imputable à l'inexistence d'une pyramide sanitaire en milieu urbain.

Cette situation se traduit sur le terrain par un afflux non contrôlé de patients vers l'hôpital sans y être référés par les services sanitaires périphériques.

L'instauration d'un tri des malades s'avère donc nécessaire afin de renvoyer les cas bénins vers les autres formations médicales urbaines et permettre du même coup à l'Hôpital National SANOU SOURO de répondre à sa vocation nationale.

D'autre part, le fonctionnement de l'hôpital semblait le plus entravé par son système de gestion.

En effet, jusqu'à une date récente, la gestion de l'Hôpital National SANOU SOURO ne se réduisait qu'à une comptabilité de type administratif. Toutes ses activités étaient alors sous-tendues par un système de gestion se résumant à la gestion des crédits versés par l'Etat.

Or l'expérience montre que la vie des hôpitaux ne peut être assurée correctement, par un système de gestion trop lourd. Car pour pouvoir produire des services de qualité, l'hôpital doit être géré comme une véritable entreprise capable de se prendre en charge à chaque instant.

Aussi, les médecins de l'hôpital percevaient jusqu'en 1984, une quote part des honoraires encaissés pour leurs actes ; cette quote part, qui constituait une forme d'intéressement des praticiens aux activités de l'hôpital, a été officiellement supprimée en Août 1984. Il s'en est suivi alors une baisse relative de la qualité des prestations sanitaires liée au peu de dévouement de certains praticiens. Enfin, des problèmes d'ordre général, portent souvent préjudice au bon fonctionnement de l'Hôpital National SANOU SOURO. Ils sont surtout liés à l'insuffisance de certains matériels techniques, du personnel (infirmiers, personnel de soutien et médecins) et enfin des problèmes de dotation en médicament se traduisant par un retard dans la livraison ou l'insuffisance des dotations.

L'efficacité de l'Hôpital National SANOU SOURO passe donc par le solutionnement de tous les problèmes qui semblent limiter son fonctionnement, afin de lui permettre de jouer effectivement le rôle d'un véritable Hôpital National.

CHAPITRE VIII - LES PERSPECTIVES SANITAIRES DE
BOBO-DIOULASSO

Une politique de développement a pour objectif premier d'assurer les besoins les plus fondamentaux des populations à travers la santé, l'alimentation, l'éducation, le logement. La santé doit de ce fait inclure le développement et non se cloisonner dans la seule sphère de la médecine.

En outre, la santé constitue depuis un certain temps, la préoccupation majeure de tous les pays en développement dont fait partie le BURKINA FASO, cela dans le cadre de l'objectif noble et ambitieux de "la santé pour tous en l'AN 2 000" fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour atteindre cet objectif et permettre aux formations sanitaires existantes au BURKINA en général et à Bobo-Dioulasso en particulier, de meilleures prestations, un certain nombre d'actions sont nécessaires.

I - LA SANTE URBAINE DE LA VILLE DE BOBO-
DIOULASSO

La croissance démographique rapide de Bobo-Dioulasso, les particularités de l'environnement socio-économique urbain, impliquent une planification sanitaire selon les spécificités de la ville de Bobo-Dioulasso se traduisant entre autres par :

- le renforcement des formations sanitaires existantes aussi bien en ce qui concerne leurs locaux, leurs équipements ou leurs personnels ;

- la construction de nouveaux Centres de Santé et de Promotion Sociale (C.S.P.S.) dans les quartiers périphériques récents et qui sont dépourvus de toute structure sanitaire.

Aussi, le niveau des consultations devrait être amélioré afin de dégager l'Hôpital National de tous les cas bénins. Les maternités urbaines devraient accroître leurs activités pour permettre à celles de l'hôpital de se consacrer davantage aux accouchements dystociques ou compliqués.

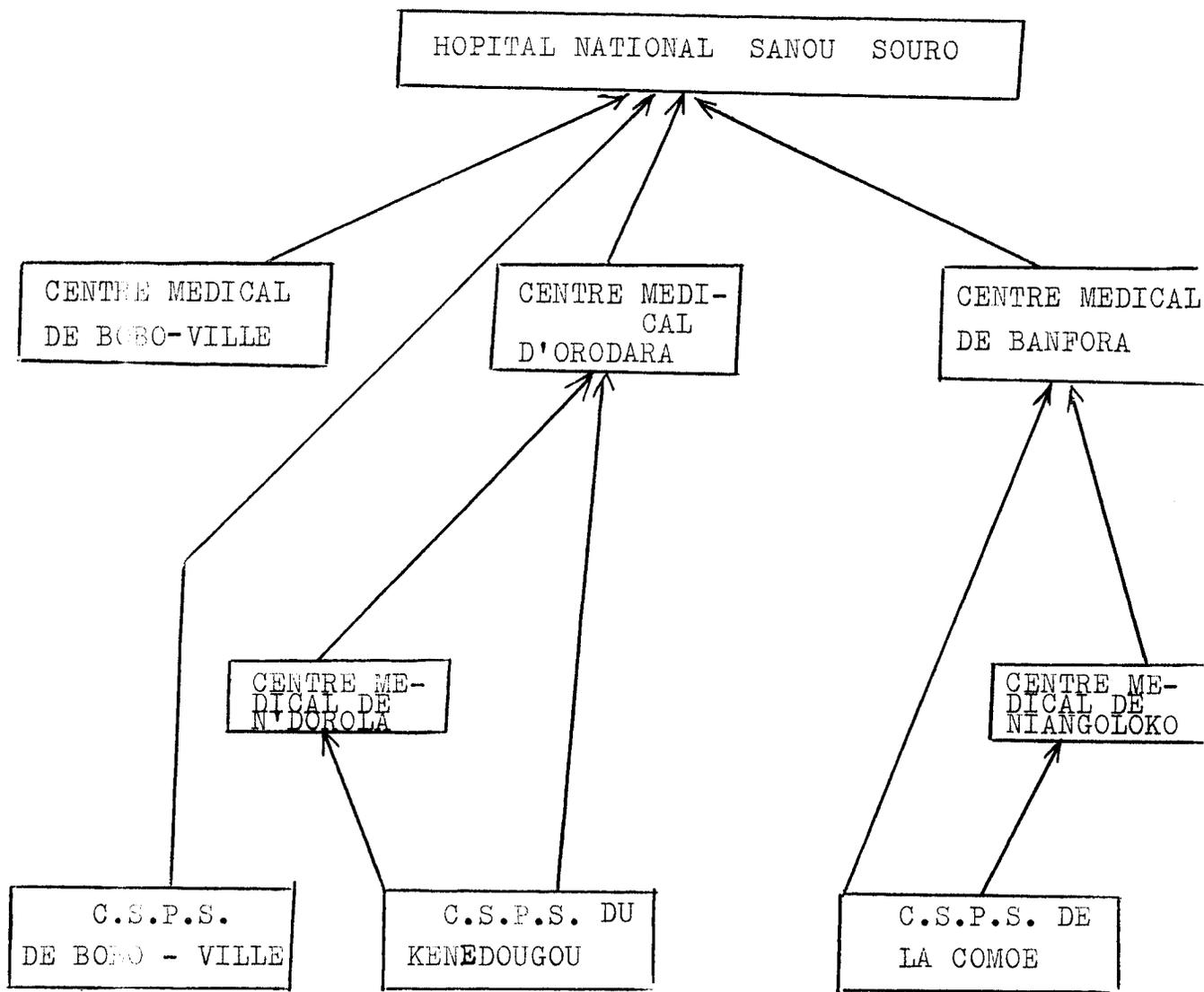
D'une manière générale, la santé urbaine doit devenir un véritable relais entre la périphérie et l'Hôpital National SANOU SOURO.

Il paraît donc indispensable d'instituer une coordination entre les différentes formations sanitaires de la ville (publiques et privées) d'une part, et d'autre part entre ces formations qui releveraient toutes de la santé urbaine et l'Hôpital National SANOU SOURO. Ceci afin de permettre la définition des champs d'action respectifs de l'hôpital et de la santé urbaine, les modalités de référence des malades entre les deux structures sanitaires. Tout cela n'est possible que par des concertations entre responsables hospitaliers et de la santé urbaine qui ne doivent plus s'ignorer, mais travailler en étroite collaboration, car poursuivant le même objectif qui est la satisfaction des besoins sanitaires des populations.

Il pourra être également établi un système de référence dans la ville de Bobo et dans les provinces de la zone de desserte de l'hôpital. Ainsi, les malades rencontreront différents niveaux entre les formations sanitaires de ville ou de village et l'hôpital. A chacun de ces niveaux, correspondra un degré croissant de prestations sanitaires. Ce qui permettra très certainement une répartition optimale du personnel, de l'équipement et une meilleure qualité des prestations sanitaires.

Un tel système de référence permet aux populations de bénéficier de soins à proximité de leur lieu d'habitation. En outre, il libère les formations du "niveau supérieur" de la pathologie courante qui peut être traitée dans les formations périphériques.

FIGURE 14 : Schéma de référence des malades de la ville de Bobo-Dioulasso et des Provinces du Kéné Dougou et de la Comoé



Source : Etudes préliminaires au projet de développement sanitaire de l'Hôpital de Bobo-Dioulasso et des Provinces du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou.

II - LA REHABILITATION DE L'HOPITAL NATIONAL
SANOU SOURO DE BOBO-DIOULASSO

Face à l'incapacité de l'Hôpital National SANOU SOURO de jouer efficacement le rôle qui lui est assigné, et devant le constat de disfonctionnement, de blocage et de mécontentement généralisé lié à la baisse constante de la qualité des prestations hospitalières depuis un certain temps, le Gouvernement du BURKINA FASO, conscient de toutes ces difficultés, a engagé un vaste projet de réhabilitation de l'hôpital, avec l'aide de la France. Ce projet, d'un coût total d'un milliard 163 millions de francs CFA et dont la fin est prévue en 1992 permettra à l'hôpital de se doter de moyens et d'outils de gestion afin de lui assurer un meilleur fonctionnement.

Il convient de signaler qu'une première phase de la réhabilitation d'un montant de 597 millions de francs CFA (1986 - 1989) a concerné le financement de la pharmacie, les équipements radio, l'autoclave et actuellement le chantier du bloc opératoire, la construction de la réanimation et des laboratoires.

Par ailleurs, la convention de financement d'un milliard 163 millions de francs CFA, signé en Janvier 1990 entre le Gouvernement du BURKINA FASO et la France, permettra d'achever l'équipement du plateau technique, de construire un service de médecine, un service de porte, de restructurer les spécialités et de redynamiser certains services hospitaliers.

A tous ces acquis, s'ajoute la décision des autorités politiques du BURKINA FASO, d'accorder à l'Hôpital National SANOU SOURO de Bobo-Dioulasso ainsi qu'à l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou, une autonomie financière qui, du reste était indispensable pour une amélioration de la qualité des activités de l'hôpital.

Contrairement au système précédent, qui oblige le versement des recettes au Trésor Public, l'hôpital devrait

pouvoir en disposer pour faire face à ses dépenses de fonctionnement, le contrôle de l'administration centrale ne s'exerçant qu'à postériori.

Une telle mesure aura pour effet d'augmenter considérablement les ressources de l'hôpital, le personnel administratif et soignant ayant à coeur de veiller au recouvrement des sommes dues, en sachant qu'en dépendent les moyens de travail de l'hôpital.

Le rôle de l'Etat restera néanmoins essentiel par la rémunération des agents de la Fonction Publique, les subventions couvrant les frais de prises en charge de certains malades.

L'autonomie financière permettra à l'hôpital d'élaborer un véritable compte d'exploitation avec un actif (recettes propres, subventions de l'Etat, dons) et un passif (dépenses de fonctionnement, d'alimentation, de médicaments, d'amortissement, ...).

Il ne fait aucun doute que l'autonomie financière, la réhabilitation de l'hôpital s'incrivent dans le cadre d'une politique sanitaire nationale dont l'objectif est d'amener la majorité des Burkinabè à un meilleur état de santé d'ici l'AN 2 000.

CONCLUSION PARTIELLE

L'Hôpital National SANOU SOURO a une vocation nationale possédant une zone d'influence théorique qui s'étend à l'Ouest et au Sud-Ouest du BURKINA FASO. Mais en dehors de cette zone théorique de déserte, il rayonne dans presque tout le pays et même au delà des frontières nationales en l'occurrence les pays limitrophes.

Si des motivations diverses sous-tendent la fréquentation de l'hôpital, les raisons économiques semblent dominer et stimuler le plus grand nombre des étrangers. Cependant, malgré cette réputation internationale, l'Hôpital National SANOU SOURO est souvent insuffisamment impliqué dans les efforts déployés par les autres centres de santé de la ville de Bobo et jouent donc un

rôle limité dans l'élaboration de stratégies et de plans dans la ville.

Il est évident que pour une meilleure couverture sanitaire des populations concernées, l'hôpital doit avoir un rôle nouveau et important dans la structure sanitaire de la ville. Pour que ce rôle soit assumé, une condition préalable s'impose : l'appui résolu et sans équivoque des dirigeants politiques et une orientation appropriée par un mécanisme de coordination instituée par les autorités à chaque niveau de l'administration sanitaire.

CONCLUSION
=====

Depuis le lancement par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) en 1978 de l'objectif de "la santé pour tous en l'AN 2 000", de nombreux progrès ont été réalisés au BURKINA FASO notamment sur le plan des équipements sanitaires des villes.

Cependant, au BURKINA FASO en général et à Bobo-Dioulasso en particulier, l'analyse de la situation sanitaire des populations se heurte à de sérieux problèmes liés à la validité et à la fiabilité des sources d'information.

Ainsi par exemple, les statistiques sanitaires de 1988 pour l'ensemble du BURKINA FASO n'ont été disponibles qu'en Mai 1990.

Par ailleurs, très souvent, la cause du décès, le motif de la consultation ou de l'hospitalisation sont rarement indiqués. Or toute étude sérieuse repose sur la qualité de l'information. Car comment calculer des taux de mortalité et de morbidité sans population de référence ?

Outre ces difficultés, la collecte de l'information se heurte aussi à des barrières culturelles et psychologiques. Ainsi, en s'attachant seulement à la morbidité diagnostiquée "officielle", on laisse dans l'ombre la morbidité ressentie, perçue, vécue : toute une clientèle effective échappe à la médecine occidentale au profit de la médecine traditionnelle, encore largement pratiquée au BURKINA FASO. Et même en supposant que l'on puisse avoir accès à cette pathologie "parallèle", encore faudrait-il dresser un tableau nosologique de correspondance des symptômes et diagnostics.

Il n'est pas rare enfin que l'enquête aboutisse en zone d'endémicité sur le problème de l'accoutumance à la maladie, de sa perception et de sa banalisation. A partir du moment où elle fait partie de la vie quotidienne, la maladie n'est plus perçue comme telle et

ne fait pas l'objet d'une déclaration, d'une consultation ou d'une visite dans un service de santé.

Dans ces conditions, il paraît difficile de pouvoir déterminer les remèdes à apporter aux lacunes des établissements sanitaires et de convaincre les administrations et les instances de décisions de la nécessité de prendre des mesures.

Face à toutes ces difficultés, il nous paraît opportun pour une meilleure efficacité des équipements sanitaires du BURKINA FASO en général et de Bobo-Dioulasso en particulier que des mesures adéquates soient prises visant une collecte systématique de l'information sanitaire tant au niveau national que local.

Pour cela, il est nécessaire d'établir une cohésion, une coordination de toutes les composantes de la santé dans les villes du BURKINA en occurrence, notamment entre le secteur privé et public de sorte qu'ils ne s'ignorent plus. Ces deux secteurs doivent travailler en parfaite harmonie car poursuivant le même objectif.

Afin d'une plus grande fiabilité de l'information il est nécessaire de redynamiser les services statistiques des équipements sanitaires cela par le biais de la formation de personnel qualifié comprenant effectivement l'importance des données statistiques.

Par ailleurs, l'étroitesse des liens entre actions de développement et objectifs de santé ne fait de nos jours aucun doute. Leur interdépendance traduit en fait leur place au sein d'un système global.

Ainsi, se renforce la nécessité d'études et de réalisations intégrées. Car seuls des programmes de santé insérés, intégrés dans une planification sociale et économique ont des chances d'aboutir à des résultats concrets, non pour le plaisir de planifier, mais bien pour ne pas se tromper de cible et surtout pour éviter tout gaspillage de forces et de moyens déjà limités. Il va de soi que quelques grandes orientations nationales doivent être définies. Mais au delà de ces choix, de tels programmes ne peuvent acquérir réalisme et efficacité qu'à l'échelle régionale. Ne serait-ce que pour

respecter les besoins spécifiques de telle ou telle population et pour fixer des priorités.

Bien entendu, tant au niveau des objectifs que des moyens, la planification sanitaire doit s'insérer dans la planification socio-économique générale en tenant compte toutefois de la dualité de l'homme comme un être biologique et un être social.

B I B L I O G R A P H I E

I - O U V R A G E S G E N E R A U X

- 1 - AUJOULAT - L.P - 1969 - Santé et Développement de
Afrique Paris, A - Colin,
285 P.
- 2 - BRYANT - J - 1972 - Santé Publique et Développement
Paris, Ed. Internationales, coll.
tendances actuelles, 420 P.
- 3 - PROST, A - 1970 - Services de santé en Pays Africains
Leur place dans les structures so-
cio-économiques en voie de dévelop-
pelement.
Paris, Masson et Cie, 159 P.
- 4 - SANOU Sanny M. - Bobo-Dioulasso ou SIA
République de Haute-Volta -
Jumelage - Coopération ; Bobo-Diou-
lasso - Chalons - sur - Marne- 19 P.
- 5 - SERANGE - F - R - 1983 - Disparités Sociales de Con-
sommation médicale -
Paris, Economica, 231 P.
- 6 - TOURNE - F, MONJOUR - L - 1981 - Problèmes de Santé en
milieu Sahélien
Coll. Techniques vi-
vantes, Ed. GEDITEC -
Paris, 116 P.

II - REVUES, THESES, MEMOIRES

- 1 - BENYOUSSEF, A - CUTLER, J.L -
COLLOMB, H - DIOP, S - LACOMB, B - 1973 - Santé, mi-
gration et Urbani-
sation ; une Etude
Collective au Séné-
gal Bull, Org. Mond.
49, 517 - 537.

- 2 - DIALLO O. MARIAM - Analyse coûts - bénéfiques des ac-
tions de santé dans les pays en dé-
veloppement : comparaison de quatre
études.

Université de Clermont I, Faculté
des Sciences Economiques, 99 P.
(Mémoire de DEA d'Economie du Dé-
veloppement).

- 3 - G. GBANGOU, A - 1980 - Problématique de la croissance
démographique en milieu urbain.
Le cas de Ouagadougou.

Ouagadougou, Ecole Supérieure
des Sciences Economiques (ESSEC)
(Mémoire de Maîtrise es - éco-
nomiques) 57 P. Mult.

- 4 - GEORGES, P - Nov. Déc. 1978 - Perspectives de recher-
che en géographie des
maladies.

Annales de géographie
n°481 P. 641 - 718.

- 5 - KHAIRUDDIN, Y - 1982 - "Sang Kancil" : Des services à
l'intention des urbains en ma-
laisie

Forum Mondial de la Santé, 3 (3),
P. 315 - 319.

- 6 - LOYA S. K - 1978 - Problèmes de développement d'une ville de Haute-Volta : Bobo-Dioulasso.
Thèse de Doctorat de 3è cycle -
Université de Lille - Département de Géographie.
- 7 - MAHLER, H. QUENOM, C.A.A. - 1981 - Evolution du développement sanitaire en Afrique.
Brazzaville, OMS, Bureau Régional pour l'Afrique, 45 P.
- 8 - OMS - BRAZZAVILLE - 1978 - Santé par le peuple et pour le peuple - santé pour tous en l'AN 2000.
Bureau régional pour l'Afrique.
30è Anniversaire de l'OMS -
145 P.
- 9 - OMS - GENEVE - 1976 - Les aspects sanitaires des établissements humains -
Cahier de santé publique n°66.
- 10 - OMS - GENEVE - 1976 - Manuel du technicien sanitaire 192 P.
- 11 - OMS - GENEVE - 1987 - Hôpitaux et santé pour tous
(Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours). 88 P.
- 12 - OMS - GENEVE - 1988 - Lutte contre nuisibles en milieu urbain.
Séries rapports techniques n°767.

- 13 - OMS, GENEVE - 1984 - Soins de santé primaire en milieu urbain : Comment instituer des services sanitaires pour les populations déshéritées des grandes villes dans les pays en développement.
(Rapport sur la situation actuelle établi par le FISE et l'OMS) 65 P.

III - DOCUMENTS OFFICIELS ET RAPPORTS DE MINISTERES

- 1 - BOUZAKOURA, C. EL TAIEF, F- 1987 - Etude factibilité d'une polyclinique à Bobo-Dioulasso - BURKINA FASO.
Ouagadougou, PNUD - 101 P
(Projet BKF/86/004).
- 2 - EL FEKIH, M ET AL. - 1984. Rapport : Mission d'évaluation du projet de développement des services sanitaires (le problème d'approvisionnement en médicaments) Ouagadougou, Mission résidente de la Banque Mondiale. Pag. Mult.
- 3 - MARTIN- SAMOS, F - 1976 - La santé publique en Haute-Volta : Profil sanitaire.
Ouagadougou (Haute-Volta)
202 P. Mult.
- 4 - MARTIN SAMOS - 1971 - 1982 - Evolution de la situation Médico-sanitaire en Haute-Volta : Essai d'analyse pour l'utilisation rationnelle des données de routine. Ouaga, MSP.

- 5 - MINISTERE DE L'EQUIPEMENT - 1989 - Schéma de développement et d'Aménagement urbain (SDAU) Livre I.
Bobo-Dioulasso, Ministère de l'Equipelement, Ministère Français de la Coopération.
- 6 - MINISTERE DE L'EQUIPEMENT - Déc. 1988 - Schéma de développement et d'Amenagement urbain de Bobo-Dioulasso (SDAU)
Fichier des Equipements Santé - SBB - 420.
- 7 - MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE - 1988 - Avant projet de développement de la santé de la mère et de l'enfant en milieu urbain à Bobo-Dioulasso.
Direction Provinciale de la Santé du Houet, Direction de la Santé Urbaine de Bobo-Dioulasso - 47 P.
- 8 - MINISTERE DE LA SANTE - 1987 - Rapport : Mission d'expertise du système de gestion de l'Hôpital de Bobo-Dioulasso au BURKINA FASO.
Ouagadougou, Ministère de la Santé, DEP, Ministère Français de la Coopération, 59 P.

- 9 - MINISTERE DE LA SANTE - 1985 - Etudes préliminaires
au projet de développement
sanitaire de l'Hôpital de
Bobo-Dioulasso et des pro-
vinces du Houet, de la
Comoé et du KénéDougou.

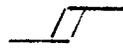
Rapport de la mission Franco-Bur-
kinabè réalisée du 1er au 17 Oc-
tobre 1985 - 158 P.

IV. - COLLOQUES ET SEMINAIRES

- 1 - CEGET/CNRS - 1982 - Le complexe pathogène, approche
géographique. De l'épidémiolo-
gie à la géographie humaine.

"Table ronde, Tropiques et santé",
Bordeaux, 4 - 5 - 6 Oct. 1982 -
30 P.

IT-) N N E X E S

 A N T E  R B A I N E

S A N T E U R B A I N E
=====

EVACUATIONS

Nombre de femmes évacuées :

- dont - avant accouchement :
- après accouchement :
- après avortement :
- avant avortement :

Nombre total de décès maternels :

dont venues d'autres provinces :

ACTIVITES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE DANS
LES FORMATIONS SANITAIRES

1 - Consultations prénatales

- Nouvelles consultantes :
- Nombre d'anciennes consultantes revues :

2 - Grossesses à haut risque

Nombre de grossesse à haut risque :
dépisté

dont référées à l'échelon supérieur
pour suivie :

SANTE URBAINE

Maladies Sexuellement transmissibles

	Cas traités		Partenaires traités	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Syphilis				
Gonorrhé				

Trépanématoses endémiques

	Cas traités	Membre de l'en- tourage traité
Pian		
Syphilis endémique		

SANTE URBAIN

AFFECTION OU SYMPTOME DOMINANT	0-4 ans	5-14 ans	ADULTES		TOTAL
			Hommes	Femmes	
Choléra					
Fièvres typhoïdes					
Dysenterie amibiases					
Diarrhées, gastro,					
Charbon					
Coqueluche					
Méningite					
Tétanos du nouveau né					
Poliomyélite					
Rougeole					
Fièvre Jaune					
Ictère					
Rage					
Paludisme					
Trypanosomiase					
Palu avec accès					
Fièvre indéterminée					
Schistosomiase urinaire					
Dracunculose					
Parasitose intestinale					
Anémies					
Cataracte					
Trachôme					
Conjonctivite					
Otites					
Angine, pharyngite					
Pneumopathies					
Autres affect. respirat					
Caries dentaires					
Infections urinaires					
Affections rhumatis.					
Myalgies					
Plaies					

S A N T E U R B A I N E

M A T E R N I T E

	A DOMICILE	EN MATERNITE	TOTAL	
ACCOUCHEMENTS :				
Eutociques				- 126 -
Dystociques				
TOTAL				
Dont - Gémellaires				
Naissances :				
Total Naissances vivantes				
Dont moins de 2 500 g à la naissance				
Mortalité périnatale précoc- ce.				
Nombre de mort-nés				
Nombre d'enfants morts dans les 48 heures après la nais.				

SANTE URBAINE

CONSULTATIONS

Nouvelles consultations par tranches d'âge

Moins de 1 an	1-4 ans	5-14 ans	ADULTES		
			Hommes	Femmes	

Origine des malades par zone (distance)

Centrale (0 - 4 Km)	Périphérique (5 - 9 Km)	Etranger (10 Km +)	T O T A L

HOPITAL INTERNATIONAL

ANOU OURO

LE BOBO IOULASSO

HOPITAL NATIONAL SANOU SOURO

Nomenclature Nosologique

Maladies dominantes	T O T A L	Décès
Paludisme		
Infections méningococciques		
Broncho Pneumopathies		
Tuberculose		
Avitaminose et état de carence		
Autres maladies de la peau et du tissu cellulaire		
Causes mal définies et inconnues de morbidité et de mortalité		
Traumatismes		
Appendicite		
S I D A		

M A T E R N I T E

REPARTITION DES AVORTEMENTS ET DES DECES PAR

AVORTEMENTS

Avortements Spontanés		Avortements provoqués		T O T A L	
Nombre	Décès Maternel	Nombre	Décès Maternel	Nombre	Décès Maternel

Nombre total de décès :

La province d'origine de la femme :

Nomenclature Nosologique

Rapport d'activité 1er trimestre 1989

MALADIES	HOSPITALISATION				
	0 - 1 an	1-4 ans	5-14 ans	Adultes	Total
Evacuations					
Episiotomie					
Cerclage					
Maladies des organes génitaux					
Maladies de la grossesse					

Nombre de lits organisés :

Nombre de consultants :

Nombre d'hospitalisés :

Journées d'hospitalisation :

PETITE CHIRURGIE

PREMIER TRIMESTRE 1989

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Plaie opératoire				
Infection partie molle				
Ablation plâtre				
Brûlure				
Osteite				
Phimosis				
Fil mal toléré				
Dermatose infectée				
Frein de langue				

T O T A L

PROVENANCES DES MALADES (Exemple)

COMOE	KENEDOUGOU	KOSSI	MOUHOUN	BOUGOURIBA	PONI	SOUROU	AUTRES PROVINCES	ETRANGER
☑	☑L							

RENDEMENT DE LA MEDECINE DE SOINS

FORMATIONS	Nombre de lits	Hospitalisés	Journées d'hospitalisation	Consultants	Consultations	Décès
Service de Médecine						
Pédiatrie						
Chirurgie						
Maternité						
Pneumo-Phtisiologie						
Neuro-Psychiatrie						
Ophtalmologie						
O R L						
Stomatologie						
Urgences						
Petite chirurgie						
Dermatologie						
T O T A L						

