

Recours aux soins en cas de Maladies non-transmissibles à Ouagadougou : quel effet du type de quartier (loti/non loti) ?

Bruno Yempabou LANKOANDE^{1,*}
Yacouba COMPAORE^{2,1}, Abdramane SOURA¹,
Kassoum DIANOU^{1,3}, Souleymane SANOGO⁴

Résumé

Introduction : Malgré la transition épidémiologique en cours dans les milieux urbains de l'Afrique Subsaharienne, peu de travaux se sont intéressés aux inégalités liées à l'accès aux soins en cas de Maladies non transmissibles (MNT). Cette recherche a donc examiné les inégalités en matière de recours aux soins en cas de MNT dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), en mettant l'accent sur l'effet du type de quartier (aménagé/non aménagé).

Données et méthodes : Cette recherche s'appuie sur les données de l'enquête sur le recours aux soins en cas de maladie chronique menée dans l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) auprès des adultes de 25 ans et plus. Les analyses bi-variées et multivariées ont permis de tester principalement les effets du type de quartier sur le non recours aux soins.

Résultats : Dans les zones de l'OPO, 21,3% des adultes de 25 et plus ont déclaré souffrir d'une MNT. Cette prévalence est légèrement plus élevée dans les quartiers aménagés (22,57%) comparativement aux quartiers non aménagés (19,33%). Quant au recours aux soins, il est plus fréquent dans les zones aménagées (71,2%) comparativement aux zones non aménagées (62,15%). Malgré la prise en compte des caractéristiques démographiques, socio-économiques et du type de maladie, les adultes vivant dans les quartiers non aménagés ont 70% plus de chance de ne pas recourir aux soins en cas de MNT comparativement à ceux résidant dans les quartiers aménagés.

¹ Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP/Université Joseph Ki Zerbo), 03 BP 7118 Ouaga 03, Ouagadougou, Burkina Faso

² Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), 03 BP 7047 Ouagadougou 03, Burkina Faso

³ Centre de Recherches en Démographie (DEMO/ Université Catholique de Louvain), 1, Place Montesquieu, boîte L2.08.03, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

⁴ Institut de Démographie et de Socioéconomie (IDESO/Université de Genève), Uni Mail 40, bd Pont d'Arve, CH - 1211 Genève 4, Suisse

*Auteur correspondant : Bruno Yempabou LANKOANDE,+226)67045634, lankyem@yahoo.fr, ORCID : <https://orcid.org/0009-0002-2399-2439>

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstss.v48i1.1736>

Conclusion : Une sensibilisation accrue des populations des quartiers non aménagés sur le recours aux soins en cas de maladie non transmissible s'avère nécessaire.

Mots-clés : Recours aux soins, Maladie non-transmissible, aménagé/non aménagé, Ouagadougou.

Healthcare utilization among adults reporting non-communicable diseases in Ouagadougou: Does type of settlement (formal/informal) matter?

Abstract

Introduction : Despite the ongoing epidemiological transition in urban areas of Sub-Saharan Africa, few attentions have paid attention to healthcare access disparities for non-communicable diseases (NCDs). This study investigates inequalities in healthcare access for NCDs in Ouagadougou, Burkina Faso, focusing on the influence of type of settlement (formal/informal).

Data and methods : Data from this study comes from a survey on health care access for NCDs conducted in the Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System (HDSS) among adults aged 25 and older. We used bivariate and multivariate analyses to test the effect of the type of settlement on non-access to health care for NCDs.

Results : In the Ouagadougou HDSS, 21.3% of adults aged 25 and over reported suffering from an NCD. This prevalence is slightly higher in formal areas (22.57%) compared to informal ones (19.33%). Access to health care is more frequent in formal areas (71.2%) compared to informal areas (62.15%). After controlling for demographic, socioeconomic characteristics and the type of disease, adults living in informal areas still are 70% more likely not to seek care in the event of an NCD compared to those living in formal areas.

Conclusion : Increased awareness among populations in informal areas about seeking care in the event of NCDs is crucial.

Keywords: Health care seeking, Non-communicable diseases, formal/informal, Ouagadougou.

Introduction

C'est au lendemain de la deuxième guerre mondiale que la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont amorcé leur transition sanitaire, marquée par une baisse significative de la mortalité (1,2). Les premiers progrès ont surtout bénéficié aux enfants de moins de 5 ans, grâce aux grandes campagnes de vaccination et à l'amélioration des soins contre des pathologies comme la diarrhée et le paludisme (3). Cette baisse de la mortalité des enfants a eu un effet significatif sur l'espérance de vie dans la région. A titre d'illustration, elle est passée de 37,2 ans dans les années 1950 à 62,1 ans en 2023 en Afrique subsaharienne (4) . Au

Burkina Faso, elle est passée de 33 ans en 1950 à 61,1 ans en 2023, soit un gain de 28,1 ans (4).

Toutefois, ces progrès en matière de santé cachent des inégalités sur le plan social et spatial (5). Plus particulièrement, les zones urbaines ont longtemps bénéficié d'un avantage sanitaire en raison des politiques coloniales centrées sur les grandes villes (6,7). Cet écart entre milieux urbains et ruraux demeure visible, même si certaines études suggèrent un rapprochement des niveaux de santé entre ces milieux dans certains pays (8). En général, la transition de la mortalité s'opère plus rapidement en milieu urbain. Au Burkina Faso, par exemple, l'espérance de vie en ville dépasse celle des zones rurales de 4,2 ans selon les chiffres du dernier recensement (9).

Cette transition rapide de la mortalité en milieu urbain, couplée aux changements des modes de vie, s'accompagne d'une transition épidémiologique (10,11), marquant le passage d'un profil dominé par les maladies infectieuses à un profil où les maladies non transmissibles (MNT) prédominent. Selon l'OMS, les MNT, souvent chroniques, résultent d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Par exemple, l'urbanisation, en modifiant les modes de vie – alimentation plus riche en sel, sucre et graisses, sédentarité, exposition accrue à la pollution, source de maladies comme le cancer - joue un rôle central dans cette transition épidémiologique (11,12). Le vieillissement progressif de la population urbaine, renforce cette tendance.

Cependant, les villes africaines ne sont pas homogènes. En périphérie, les quartiers informels ou non lotis ou non aménagés se caractérisent par des conditions sanitaires précaires : habitat insalubre, accès limité à l'eau potable à l'électricité et à l'assainissement (13,14). Les habitants, souvent issus du milieu rural, sont généralement pauvres et peu instruits. À l'opposé, les quartiers formels ou lotis ou aménagés, planifiés par les autorités publiques, offrent de meilleures conditions de vie et un meilleur accès aux services sociaux de base.

Malgré ces contrastes, les MNT tendent à affecter de manière de plus en plus similaire les habitants des deux types de quartiers (15), en particulier les adultes et les personnes âgées. Moins connues par les populations que les maladies infectieuses, les MNT, nécessitent un suivi médical régulier, dans un contexte marqué par la faiblesse de la couverture sanitaire et le recours limité aux soins.

Cette recherche vise à documenter les comportements de recours aux soins en cas de MNT chez les adultes vivant dans les villes africaines, en prenant pour cadre d'étude la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Elle met l'accent sur les inégalités entre quartiers aménagés et non aménagés. À notre connaissance, les travaux existants ont porté sur le recours aux soins chez les enfants atteints de maladies infectieuses (16,17) ; ou plus récemment, sur le recours aux soins en cas de maladies chroniques mais en milieu rural (18). La présente recherche s'articule autour de la présentation du contexte, des données et des méthodes d'analyse, avant de mettre en lumière les résultats et les éléments de discussion.

I. Données et Méthodes

I.1. Site d'étude et données

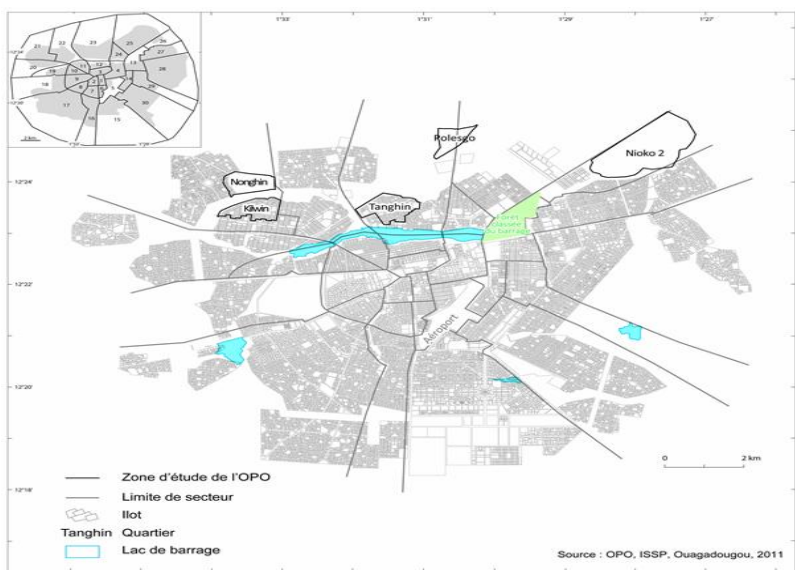
Cette analyse s'appuie sur les données de routine de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) et celles de l'enquête sur le recours aux soins en cas de maladies chroniques. Les observatoires de population sont des dispositifs permettant de suivre la population d'une zone géographique bien délimitée grâce à des enquêtes à passages répétés.

– Brève présentation de la plateforme de l'OPO

Mise en place en 2008, l'OPO est une plateforme de recherche et d'interventions dont l'objectif est de fournir des fondements scientifiques aux politiques de santé en milieu urbain africain. C'est un dispositif de suivi longitudinal démographique et de santé, crucial pour mesurer les changements démographiques et leurs effets sur la santé des populations dans un contexte où la dynamique des populations est mal documentée. Les données sur les événements vitaux (grossesses, issues des grossesses, naissances, migrations, etc.) sont collectées sur l'ensemble de la population de cinq quartiers, et mises régulièrement à jour à travers des passages répétés. Ces quartiers sont situés à la périphérie nord de Ouagadougou et couvrent une superficie de 15,32 km² avec une population sous surveillance estimée à 100 000 individus en 2020. Cette zone d'observation a été choisie pour rendre compte de la diversité des conditions de vie de la population urbaine, que ce soit sur le plan du niveau de vie, du milieu de résidence, des conditions de logements, etc. Elle est composée de deux quartiers formels ou aménagés (Kilwin et Tanghin) et trois quartiers informels ou non aménagés (Nonghin, Polesgo et Nioko II). Les zones aménagées sont

administrativement reconnues par l'Etat et disposent, grâce à ce statut, des services sociaux de base (eau, électricité, infrastructures socioéducatives, routes tracées, etc.) tandis que les zones non aménagées ont un faible accès à ces services (14). A titre d'illustration, l'offre de santé dans les quartiers non aménagés se limite à des structures privées contrairement aux quartiers aménagés qui bénéficient de centres de santé publique. Le quartier non aménagé de Polesgo, un village rattrapé par le processus d'expansion de la ville, se distingue tout particulièrement par la présence d'un Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Cette situation se traduit par des niveaux plus élevés de mortalité infanto-juvénile dans les quartiers aménagés comparativement aux quartiers non aménagés même si les écarts se réduisent au fil du temps (19). Par ailleurs, les quelques travaux réalisés sur l'observatoire indiquent que les zones non aménagées sont habitées par des familles jeunes en quête d'autonomie résidentielle, comparativement aux zones aménagées (14).

En plus de la collecte quantitative de routine, d'autres études et dispositifs de collecte se sont également greffés à la plateforme de l'OPO. C'est le cas par exemple de l'enquête sur le recours aux soins des adultes en cas de maladies chroniques dont les données ont été particulièrement utilisées dans la présente recherche.



Carte 1 : Carte de l'Observatoire de Population de Ouagadougou

– **Enquête sur le recours aux soins des adultes en cas de maladies chroniques**

L'enquête sur le recours aux soins des adultes a été réalisée entre le 21 Mars et le 20 Avril 2022 avec pour objectif d'approfondir de façon générale les thématiques de la santé des adultes en mettant un accent particulier sur les maladies chroniques. L'état de santé, l'accès aux soins, les maladies chroniques, le parcours de soins en cas de maladies chroniques, les difficultés liées à la prise en charge ont notamment été abordés. La base de sondage était composée de l'ensemble des adultes du douzième passage de la collecte de routine de l'observatoire. Cependant, l'échantillon utilisé pour l'enquête contenait déjà les résidents qui, grâce à une enquête santé réalisée dans les zones en 2010, ont révélés souffrir de maladies chroniques. L'inclusion de ces individus dans l'échantillon avait pour objectif de mieux cerner les comportements de recours aux soins et les difficultés d'accès aux soins en cas de maladies chroniques. L'ensemble du questionnaire était directement administré aux personnes concernées. Toutefois, dans les situations exceptionnelles, chez les personnes âgées qui ne pouvaient pas répondre à cause de leur état de santé ou de limitations fonctionnelles, les questions ont été posées à la personne responsable de leur prise en charge.

L'enquête a permis de combler le manque de données sur la santé, notamment celle des personnes âgées. Elle a recueilli des informations sur l'état de santé général (actuel et durant les 15 premières années de vie), les maladies chroniques (hypertension, hypotension, diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires, VIH/SIDA, etc.), le recours aux soins (consultations, obstacles, type de soignants, traitements) et la perception de l'offre de soins en cas de maladies chroniques (qualité des soins, efficacité de la médecine moderne, perception des prescriptions).

La base de sondage s'est limitée aux individus âgés de 25 ans et plus dans la mesure où le risque de souffrir d'une maladie chronique est très faible chez les plus jeunes. L'échantillon compte 2002 individus, dont, comme le montre le Tableau I, 45,20% d'hommes et 54,80% de femmes. 69,58% ont entre 25 et 49 ans, 19,08 % ont entre 50 et 64 ans, et 11,34% ont 65 ans ou plus. Concernant le milieu de résidence, la proportion des résidents de la zone aménagée dans l'échantillon s'élève à 55,54%, tandis que 44,46% vivent dans les zones non aménagées.

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon le sexe, le groupe d'âge et le type de zone de résidence (%)

		Tous	Hommes	Femmes	Zones aménagées	Zones non aménagées
Sexe	Hommes	45,20			43,79	46,97
	Femmes	54,80			56,21	53,03
Groupe d'âge	25-49 ans	69,58	70,17	69,10	64,93	75,39
	50-64 ans	19,08	19,01	19,14	21,04	16,63
	65 ans et plus	11,34	10,83	11,76	14,03	7,98
Quartiers	Kilwin	26,67	25,52	27,62		
	Tanghin	28,87	28,29	29,35		
	Zones aménagées	55,54	53,81	56,97		
	Nonghin	16,73	17,68	15,95		
	Polesgo	3,85	3,43	4,19		

Nioko II	23,8	25,08	22,88	
	8			
Zones non aménagées	44,4	46,19	43,03	
	6			

I.2. Variables dépendantes et indépendantes

– Variable dépendante.

Dans cette analyse, nous investiguons les différences de recours aux soins entre les zones non aménagées et zones non aménagées en cas de maladies non transmissibles. La variable dépendante est *le non recours aux soins en cas de maladies non transmissibles*. Il a été mesuré à travers l'information sur la consultation d'un professionnel de santé en cas d'hypertension, de diabète, des autres maladies cardiovasculaires, d'insuffisance rénale, de cancers, de maladies pulmonaires chroniques et de rhumatismes. Un individu a eu recours aux soins si au cours des 12 derniers mois, ce dernier a consulté un professionnel de santé pour l'une des maladies susmentionnées. En résumé, les individus qui n'ont pas eu recours aux soins sont codés « 1 » et les autres « 0 ».

– Variables indépendantes

La principale variable indépendante est la zone de résidence qui comporte deux modalités : les zones non aménagées qui regroupe les quartiers de Nonghin, Polesgo et Nioko 2 et les zones aménagées composées des quartiers de Tanghin et de Kilwin.

Les variables de contrôle considérées dans cette recherche sont reconnues dans la littérature comme ayant une influence sur le recours aux soins en cas de maladies et plus particulièrement sur le recours aux soins en cas de maladies chroniques (20,21). Elles peuvent être regroupées en trois catégories : les besoins, les facteurs prédisposants et les facteurs facilitants (20). Les besoins sont les facteurs qui motivent l'utilisation des services de santé. Il s'agit des problèmes de santé chroniques déclarés par les enquêtés (hypertension, diabète, les autres maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques et les rhumatismes) et la présence d'une autre personne souffrant de maladie non transmissible dans le ménage (Oui/Non). Les facteurs prédisposants regroupent les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles. Il s'agit principalement du groupe d'âge subdivisé en 5 modalités (25 – 34 ans, 35-44 ans, 45 – 54 ans, 55 – 64 ans, 65 ans et plus), du niveau d'instruction (Aucun, Primaire, Secondaire et plus), du niveau de vie

(pauvre, moyen, riche), de la situation matrimoniale (célibataire, mariés, séparés/veuf (ves)) et de la religion (musulmans et autres). Enfin, les facteurs facilitants regroupent la distance au centre de santé le plus proche (moins de 5 km, plus de 5 km) et la possession d'une assurance santé (Oui/Non).

I.3. Méthodes statistiques

Pour déterminer l'influence du type de quartier sur le non recours aux soins en cas de maladies non transmissibles, nous avons utilisé principalement des analyses bivariées et multivariées. Les analyses bivariées ont permis de saisir la distribution du non recours aux soins selon les catégories des variables indépendantes. Par ailleurs, le modèle logistique simple a été utilisé dans un premier temps pour mesurer l'effet brut du type de quartier sur le non recours aux soins. Cette analyse est complétée par un modèle complet qui prend en compte en plus du type de quartier, les autres variables indépendantes susceptibles d'influencer le non recours aux soins.

II. Résultats

II.1. Une prévalence de maladies non transmissibles légèrement plus élevée en zone aménagée et des comportements de recours aux soins différents d'une zone à l'autre.

La morbidité liée aux maladies non transmissibles est très importante parmi les adultes résidant dans les zones de l'OPO. En effet, il ressort que dans l'ensemble de la zone, plus d'un adulte sur cinq âgé de 25 ans et plus souffre d'une MNT (21,13%). Cette prévalence a été calculée sur les maladies déclarées telles que l'hypertension, le diabète, les autres maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques et le rhumatisme. Les données sont basées sur les informations fournies par les enquêtés concernant les diagnostics effectués par des professionnels de santé, et non sur des diagnostics médicaux directs. Selon le type de zone, comparativement aux zones non aménagées, le niveau de la prévalence est légèrement plus élevé dans les zones aménagées. Dans les zones aménagées, parmi les adultes de 25 ans et plus, 22,57% souffrent d'au moins une MNT tandis que ce niveau est de 19,33% dans les zones non aménagées (Figure 1).

Les résultats montrent également que le non-recours aux soins en cas de MNT dépend non seulement de la zone de résidence mais également du type de maladie. Sur l'ensemble de la zone, près d'une personne sur trois ne consulte pas un professionnel de santé en cas de MNT (32,50%). La Figure 1 présente le recours aux soins selon le type de zone. Il ressort que le niveau de recours aux soins en cas de MNTs est meilleur en zone aménagée qu'en zone non aménagée. Dans les zones non aménagées, près de 38 % des personnes souffrant de maladies non transmissibles n'ont pas recours aux soins. Cette proportion est de 29% dans les zones aménagées, inférieure à la proportion observée sur l'ensemble de la zone (32,50%).

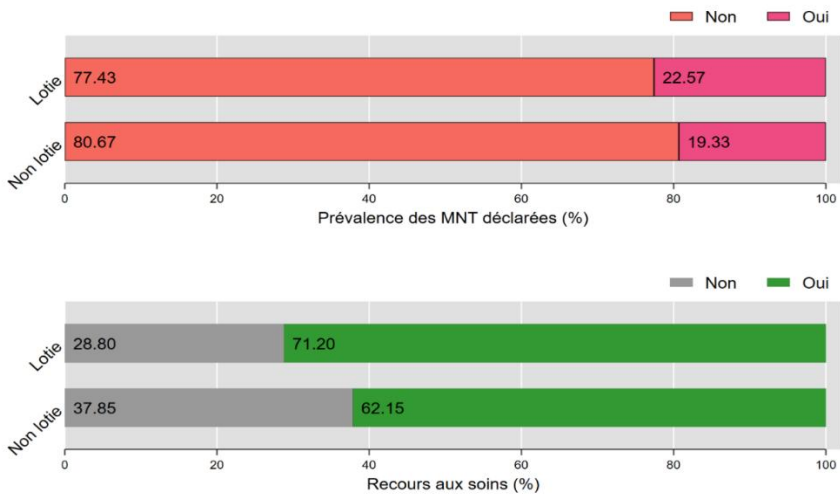


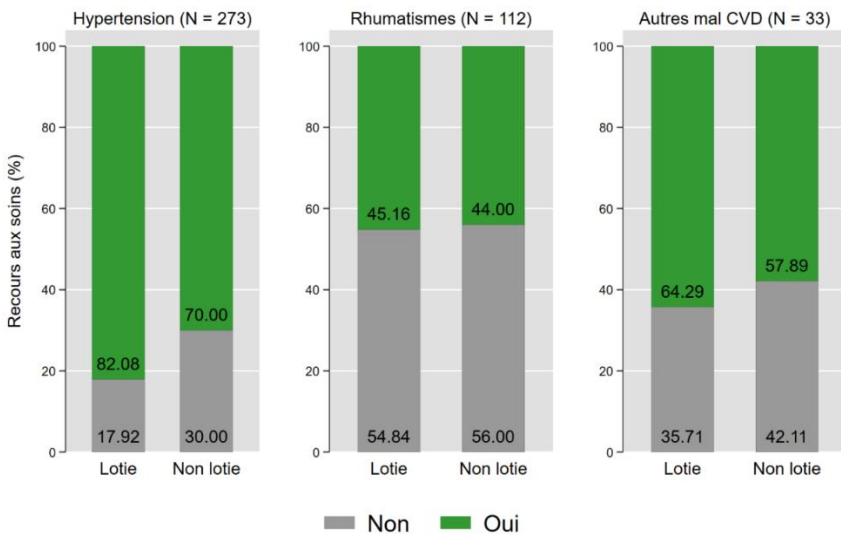
Figure 1 : MNT déclarés et recours aux soins selon le type de zone

Les Figure 2 et Figure 3 montrent les niveaux de recours aux soins par type de maladie. Parmi les maladies concernées, les malades du diabète et de l'hypertension font beaucoup plus recours aux soins comparativement aux patients souffrant des autres pathologies (Rhumatisme, autres maladies cardiovasculaires et maladies pulmonaires).

Sur l'ensemble de la zone, les proportions de personnes ayant recours aux soins en cas de diabète et d'hypertension dépassent 75% (81,03% et 77,66% respectivement), tandis que ces proportions sont de 44,64%, 60,61% et 50,00% pour les patients souffrant de rhumatismes, d'autres maladies cardiovasculaires (AVC, cardiopathies, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, etc.) et de maladies pulmonaires,

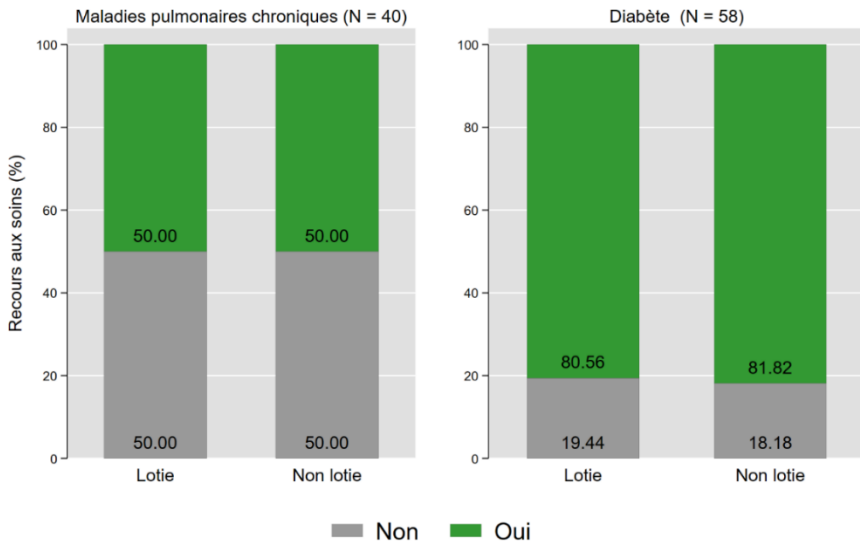
respectivement. En considérant le type de zone, on observe également des inégalités dans le recours aux soins selon la maladie.

En zone aménagée, seulement 17,92% des patients ne consultent pas en cas d'hypertension, contre 30% dans les zones non aménagées qui n'ont pas consulté un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois. Cette tendance se retrouve également pour les autres maladies cardiovasculaires (35,71% en zone aménagée contre 42,11% en zone non aménagée) et, dans une moindre mesure, pour les rhumatismes (54,84% en zone aménagée contre 56,00% en zone non aménagée). Les deux zones présentent des niveaux similaires de recours aux soins pour les maladies pulmonaires chroniques (50% dans chaque zone). De façon surprenante, et contrairement aux autres maladies, le niveau de recours aux soins en cas de diabète est légèrement plus élevé en zone non aménagée (81,52%) comparativement à la zone aménagée (80,56%).



Source: données des observatoires; calcul des auteurs.

Figure 2 : Recours aux soins par maladie et selon le type de zone (Hypertension, Rhumatismes, Autres maladies cardio-vasculaires)



Source: données des observatoires; calcul des auteurs.

Figure 3 : Recours aux soins par maladie et selon le type de zone (Maladies pulmonaires chroniques, diabète)

Le Tableau II présente les niveaux de *non recours aux soins* en cas de MNT par type de zone et selon les variables de contrôle (les besoins, les facteurs prédisposants et les facteurs facilitant). Ces résultats semblent révéler que de façon générale, les comportements de recours aux soins selon ces variables diffèrent d'une zone de résidence à l'autre.

Tableau II : Non recours aux soins selon les besoins, les facteurs prédisposants et les facteurs facilitants

Variables (modalités)	Ensemble		Aménagée		Non aménagée	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Maladies						
Hypertension	273	22,34	173	17,92	100	30,00
Diabète	58	18,97	36	19,44	22	4,00
Maladies cardiovasculaires	33	39,39	14	35,71	19	8,00
Maladies pulmonaires	40	50,00	18	50,00	22	50,00
Rhumatisme	112	55,36	62	54,84	50	56,00
Présence d'un autre malade						
Oui	242	31,40	127	28,35	115	34,78
Non	281	33,45	182	29,12	99	41,41
Sexe						
Masculin	193	31,09	105	27,62	88	35,23
Féminin	330	33,33	204	29,41	126	39,68
Groupe d'âge						
25 – 34 ans	50	40,00	22	59,09	28	25,00
35 – 44 ans	81	30,86	30	16,67	51	39,22
45 – 54 ans	99	36,36	55	25,45	44	50,00
55 – 64 ans	122	23,77	84	23,81	38	23,68
65 ans et plus	171	35,09	118	31,36	53	43,40
Niveau d'éducation						
Aucun	310	34,52	166	30,72	144	38,89
Primaire	110	33,64	73	28,77	37	43,24
Secondaire et plus	103	25,24	70	24,29	33	27,27
Niveau de vie						
Riche	26	23,08	14	14,29	12	33,33
Moyen	406	30,30	260	29,62	146	31,51
Pauvre	91	45,05	35	28,57	56	55,36
Situation matrimoniale						
Célibataire	15	40,00	11	45,45	4	25,00
Mariés	379	30,08	224	27,68	155	33,55
Séparés/Veuf(ves)	129	38,76	74	29,73	55	50,91
Religion						
Musulman	293	33,79	157	29,94	136	38,24
Autres	230	30,87	152	27,63	78	37,18
Distance au centre de santé proche						
Moins de 5 km	496	32,86	304	28,95	192	39,06
Plus de 5 km	27	25,93	5	20,00	22	27,27
Possession d'une assurance maladie						
Oui	22	22,73	16	12,50	6	50,00
Non	501	32,93	293	29,69	208	37,50

II.2. Un avantage des résidents de la zone aménagée sur le recours aux soins en cas de MNTs

Les résultats issus du modèle logistique simple sont consignés dans le Tableau III. Il ressort que la zone de résidence est un facteur important du recours aux soins en cas de MNTs. Comparativement aux adultes vivant dans les zones aménagées, les patients souffrant de MNTs dans les zones non aménagées ont des chances plus élevées de ne pas consulter des professionnels de santé (effets bruts). Les résultats montrent que, malgré la prise en compte des variables de contrôle, la zone de résidence se révèle toujours comme un facteur déterminant du recours aux soins en cas de MNTs. Toutes choses égales par ailleurs, les adultes souffrant de MNTs dans les quartiers aménagés ont plus de chances de consulter un professionnel de santé comparativement aux adultes vivant dans les quartiers non aménagés

L'analyse multivariée a également mis en évidence l'influence de certaines variables telles que le niveau d'instruction et le niveau de vie dans le recours aux soins en cas de MNT (Tableau III). Toutes choses égales par ailleurs, les adultes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus ont plus de chance de recourir aux soins en cas de MNT comparativement aux adultes n'ayant aucun niveau d'étude. De même, pour le niveau de vie, les adultes vivant dans des ménages pauvres, ont moins de chance de consulter un professionnel de santé en cas de MNT comparativement aux adultes vivant dans des ménages riches et souffrant des mêmes pathologies. L'analyse multivariée a également confirmé les résultats des analyses descriptives sur les inégalités de recours aux soins liées à la maladie. Les adultes souffrant de maladies pulmonaires chroniques sont moins susceptibles de faire recours aux soins modernes comparativement aux adultes souffrant d'hypertension. Il n'y a pas une différence significative sur les niveaux de recours aux soins entre les adultes souffrant de diabète et ceux souffrant de l'hypertension.

Tableau III : Résultats de l'analyse multivariée sur le non recours aux soins en cas de maladies non transmissibles

Variabiles	Odds ratio (effets bruts)	P-val	95% CI	Odds ratio (effets nets)	P-val	95% CI
Type de zone						
Aménagée	1			1		
Non aménagée	1,95	0,007	1,20 – 3,18	1,71	0,047	1,01 – 2,92
Maladies						
Hypertension				1		
Diabète				1,24	0,559	0,61 – 2,51
Maladies cardiovasculaires				2,92	0,029	1,11 – 7,64
Maladies pulmonaires				6,96	0,000	2,97 – 16,35
Rhumatisme				4,71	0,000	2,70 – 8,19
Type de zone x Maladies						
Non aménagé Hypertension				1		
Non aménagé - Diabète				0,37	0,108	0,11 – 1,24
Non aménagé - MCV				0,40	0,161	0,11 – 1,43
Non aménagé – Insuffisances rénales				-	-	-
Non aménagé - Cancer				-	-	-
Non aménagé – Maladies pulmonaires				0,23	0,015	0,07 – 0,74
Non aménagé - Rhumatisme				0,73	0,442	0,32 – 1,64
Sexe						
Masculin				1		
Féminin				0,91	0,670	0,60 – 1,38
Groupe d'âge						
25 – 34 ans				1		
35 – 44 ans				0,54	0,119	0,25 – 1,17
45 – 54 ans				0,70	0,333	0,33 – 1,45
55 – 64 ans				0,43	0,028	0,20 – 0,91

Variables	Odds ratio (effets bruts)	P-val	95% CI	Odds ratio (effets nets)	P-val	95% CI
65 ans et plus				0,48	0,060	0,22 – 1,03
Niveau d’instruction						
Aucun				1		
Primaire				0,85	0,501	0,54 – 1,35
Secondaire et plus				0,49	0,018	0,28– 0,88
Niveau de vie						
Riche				1		
Moyen				1,88	0,134	0,82 – 4,31
Pauvre				3,76	0,003	1,56 – 9,02
Situation matrimoniale						
Célibataire				1		
Mariés				0,83	0,754	0,27 – 2,56
Séparés/Veuf(ves)				1,00	0,996	0,30– 3,39
Présence d’un autre malade						
Oui				1		
Non				1,39	0,066	0,98 – 1,98
Distance au centre de santé proche						
Moins de 5 km				1		
Plus de 5 km				0,90	0,762	0,42 – 1,89
Religion						
Musulman				1		
Autres				1,03	0,863	0,72 – 1,49
Possession d’une assurance maladie						
Oui				1	0,100	0,37 – 2,77
Non				1,01	0,981	0,04 – 1,52

III. Discussion et conclusion

Cette recherche a examiné les inégalités entre quartiers aménagés et non aménagés en matière de recours aux soins en cas de maladies non transmissibles (MNT) dans la ville de Ouagadougou, en exploitant des données collectées dans l'Observatoire de Population de Ouagadougou. Les méthodes statistiques employées ont permis de prendre en compte les variations possibles de comportements en fonction des maladies dont souffrent les personnes interrogées. Il est important de rappeler que ce type d'analyse est rare en milieu urbain africain, car la littérature existante se concentre principalement sur les zones rurales ou sur la santé maternelle et infantile, en raison des agendas internationaux.

Les résultats montrent que la prévalence des maladies non transmissibles est plus élevée dans les quartiers aménagés comparativement aux quartiers non aménagés de l'OPO. Ces observations sont en accord avec la théorie de la transition épidémiologique, qui identifie l'urbanisation comme un facteur clé de cette transition (10,11). En effet, les quartiers aménagés peuvent être comparés à des « gros villages » où le mode de vie rural est souvent reproduit par les populations issues des campagnes, influençant ainsi les conditions de vie de ces quartiers. Cependant, ce résultat doit être nuancé par des études récentes qui indiquent que les différences de mortalité par MNT entre quartiers aménagés et non aménagés tendent à s'atténuer avec le temps (22). Il est également crucial de noter que les maladies étudiées sont auto-déclarées, ce qui pourrait introduire des biais de déclaration, notamment une sous-déclaration dans les quartiers non aménagés en raison du faible statut socio-économique des résidents.

Des différences entre quartiers aménagés et non aménagés sont également visibles en termes de recours aux soins pour les MNT. Toutefois, ces différences varient selon les maladies. Un avantage est observé en faveur des quartiers aménagés pour l'hypertension, les rhumatismes et les maladies cardio-vasculaires, tandis qu'un léger avantage est constaté pour le diabète dans les quartiers non aménagés. Aucune différence significative n'est observée pour les infections pulmonaires. L'analyse multivariée a montré que l'effet du type de quartier persiste, même en prenant en compte les variables démographiques et socio-économiques. En d'autres termes, au-delà des facteurs individuels, le comportement de recours aux soins varie selon le type de quartier. Il est possible que les habitants des quartiers non

aménagés, plus familiers des maladies infectieuses, n'aient pas encore bien compris la nature chronique des MNT, qui nécessitent des soins continus, contrairement aux maladies infectieuses généralement de courte durée.

Les comportements de recours aux soins varient également en fonction de la gravité perçue de la maladie, comme le suggère le cadre conceptuel d'Andersen (20). Les maladies mieux connues et perçues comme graves, telles que l'hypertension et le diabète, font l'objet d'un recours aux soins plus fréquent, probablement en raison de la prise en charge régulière dans les formations sanitaires. En revanche, le recours aux soins est plus limité pour les autres maladies cardiovasculaires, les infections pulmonaires chroniques et les rhumatismes, des résultats similaires ayant été observés en milieu rural burkinabé (18).

L'analyse a aussi révélé que le niveau d'instruction et le niveau de vie influencent significativement les comportements de recours aux soins en cas de MNT, les populations instruites et aisées ayant un net avantage. Ces inégalités sont plus prononcées pour les maladies chroniques nécessitant des traitements continus, dans un contexte où peu de personnes bénéficient d'une assurance maladie. Les coûts des médicaments constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins pour les populations pauvres (23,24). Le niveau d'instruction joue également un rôle protecteur, comme l'ont montré diverses études. Par exemple, au Bangladesh, le recours aux soins non aménagés est plus fréquent chez les personnes instruites (25). En Éthiopie, la mortalité par MNT est plus faible chez les personnes instruites (26). Toutefois, une recherche menée en milieu rural burkinabé n'a pas trouvé d'effet significatif du niveau d'instruction du chef de ménage sur le recours aux soins en cas de MNT (18).

Quelques limites de cette recherche doivent être soulignées. D'abord, les populations étudiées ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble de la ville de Ouagadougou, l'échantillon couvrant cinq quartiers situés à la périphérie nord de la ville, ce qui pourrait introduire des biais d'échantillonnage. Ensuite, des biais de déclaration des maladies et des comportements de recours aux soins, plus prononcés chez les populations pauvres et peu instruites, ne sont pas à exclure. Néanmoins, en se concentrant sur des maladies diagnostiquées par des professionnels de santé, nous avons tenté de limiter ces erreurs.

En dépit de ces limites, cette recherche a mis en évidence les inégalités de recours aux soins en cas de MNT en milieu urbain ouest-africain, en

soulignant l'importance du milieu d'habitat. La ville n'est pas homogène, et le recours aux soins pour les MNT est plus problématique dans les quartiers non aménagés comparativement aux quartiers aménagés, en raison de facteurs contextuels et de composition. Une réduction de la mortalité par MNT nécessitera une prise en charge spécifique de ces populations, et la mise en place d'une assurance maladie serait sans doute très bénéfique.

Conflit d'intérêt

Tous les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

BL a fait la conceptualisation ; KD, CY et SS ont conduit les analyses ; BL a développé la méthodologie et rédigé la première version; Tous les auteurs ont révisé et édité le draft ; SA a supervisé les travaux. Tous les auteurs ont lu et accepté la version à publier du manuscrit.

Références bibliographiques

1. Meslé F, Vallin J. Transition sanitaire: tendances et perspectives. 2000 [cited 2025 Apr 3]; Available from: https://www.academia.edu/download/43434233/transition_sanitaire_vallin.pdf
2. Riley JC. The Timing and Pace of Health Transitions around the World. *Popul Dev Rev.* 2005 Dec;31(4):741–64.
3. Garenne M. La récupération après les crises sanitaires: études de cas sur les tendances de la mortalité des jeunes enfants en Afrique sub-saharienne. *Commun À Chaire Quetelet Louvain Neuve.* 2010;24–6.
4. United Nations. World population prospects: the 2024 revision. *Dep Econ Soc Aff Popul Div.* 2024; <https://population.un.org/wpp/>
5. Tabutin D, Masquelier B. Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Population.* 2017;72(2):227–307.
6. Gould WT. African mortality and the newurban penalty'. *Health Place.* 1998;4(2):171–81.
7. Eloundou-Enyegue PM, Giroux SC. Demographic Change and Rural-Urban Inequality in Sub-Saharan Africa: Theory and Trends. In: Kulcsár LJ, Curtis KJ, editors. *International Handbook of Rural*

- Demography [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2012 [cited 2025 Apr 3]. p. 125–35. Available from: https://doi.org/10.1007/978-94-007-1842-5_10
8. Garenne M. Tendances de la mortalité au Burkina Faso [Internet]. FERDI Document de travail; 2021 [cited 2025 Apr 3]. Available from: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/269569/1/ferdi-wp289.pdf>
 9. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Cinquième recensement de la population et de l'habitation du Burkina Faso. Volume 1, Evaluation de la qualité des données, Etat, Structure et dynamique de la population. Novembre 2022.
 10. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. 1971.
 11. Agyei-Mensah S, de-Graft Aikins A. Epidemiological Transition and the Double Burden of Disease in Accra, Ghana. *J Urban Health*. 2010 Sep 1;87(5):879–97.
 12. Maher D, Smeeth L, Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. *Bull World Health Organ*. 2010;88(12):943–8.
 13. Baron C, Bonnassieux A. Quelles politiques publiques pour les quartiers irréguliers des villes africaines? Entre lotissement et laisser-faire. Le cas de Ouagadougou au Burkina Faso. In: *Annales de géographie* [Internet]. Cairn/Publilog; 2021 [cited 2025 Apr 3]. p. 22–49. Available from: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=AG_738_0022&download=1&from-feuilleter=1
 14. Rossier C, Soura A, Baya B, Compaoré G, Dabiré B, Dos Santos S, et al. Profile: the Ouagadougou health and demographic surveillance system. *Int J Epidemiol*. 2012;41(3):658–66.
 15. Soura AB, Lankoande B, Millogo R, Bangha M. Comparing causes of death between formal and informal neighborhoods in urban Africa: evidence from Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System. *Glob Health Action*. 2014;7(1):25523.
 16. Rossier C, Soura A, Lankoande B. Migration et santé à la périphérie de Ouagadougou: Une première analyse exploratoire. *Quetelet J*. 2013;1(1):91–118.

17. Adedokun ST, Yaya S. Factors influencing mothers' health care seeking behaviour for their children: evidence from 31 countries in sub-Saharan Africa. *BMC Health Serv Res.* 2020 Dec;20(1):842.
18. Do S, Lohmann J, Brenner S, Koulidiati J, Souares A, Kuunibe N, et al. Patterns of healthcare seeking among people reporting chronic conditions in rural sub-Saharan Africa: findings from a population-based study in Burkina Faso. *Trop Med Int Health.* 2020 Dec;25(12):1542–52.
19. Lankoandé, B. Y., Compaoré, Y., Dianou, K., Sanogo, S., Soura, A., Maïga, A., & Amouzou, A. (2024). Inequalities and trends in under-five mortality between formal and informal areas in Ouagadougou, Burkina Faso. *Journal of Urban Health*, 1-11.
20. Anderson JG, Bartkus DE. Choice of medical care: a behavioral model of health and illness behavior. *J Health Soc Behav.* 1973;348–62.
21. Aboyade OM, Beauclair R, Mbamalu ON, Puoane TR, Hughes GD. Health-seeking behaviours of older black women living with non-communicable diseases in an urban township in South Africa. *BMC Complement Altern Med.* 2016 Dec;16(1):410.
22. Lankoandé B, Compaoré Y, Soura AB, Dianou K, Sanogo S. Tendances de la mortalité et évolution des causes de décès dans la ville de Ouagadougou : Eclairage à partir des données de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO). Rapport de recherche.
23. Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Res Policy Syst.* 2013 Dec;11(1):31.
24. Kazibwe J, Tran PB, Annerstedt KS. The household financial burden of non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Res Policy Syst.* 2021 Dec;19(1):96.
25. Rasul FB, Kalmus O, Sarker M, Adib HI, Hossain MS, Hasan MZ, et al. Determinants of health seeking behavior for chronic non-communicable diseases and related out-of-pocket expenditure: results from a cross-sectional survey in northern Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* 2019 Dec;38(1):48.

26. Abera SF, Gebru AA, Biesalski HK, Ejeta G, Wienke A, Scherbaum V, et al. Social determinants of adult mortality from non-communicable diseases in northern Ethiopia, 2009-2015: evidence from health and demographic surveillance site. PLoS One. 2017;12(12):e0188968.