

SOINS DE SANTE PRIMAIRE EN MILIEU URBAIN :

**Une réponse appropriée face à l'urbanisation de pays en voie de
développement ?**

Marc LALLEMANT

à paraître dans ACTUEL-DEVELOPPEMENT

Des maladies cosmopolites dans un milieu urbain en pleine expansion.

La question que nous allons être amené à poser est la suivante: l'histoire de notre propre système de santé occidental, les débats qui l'agitent aujourd'hui, ne nous éclairent-ils pas sur ce qui se joue aujourd'hui notamment en Afrique Noire?

Le discours sur "le tiers monde" qui englobe à tort des réalités sans grand rapport avec les notions économiques et politiques qui ont fondé cette expression permet de faire l'impasse sur l'extrême diversité des pays ou des communautés qui le composent. C'est pourquoi nous limiterons notre propos à l'Afrique noire francophone. Les pays qui la constituent sont certes très différents par leur histoire, leurs cultures, leurs réalités politiques et économiques, mais des déterminismes communs font que des situations analogues peuvent être rencontrées dans ce même continent.

Si nous parcourons la littérature médicale, le stéréotype qui nous est présenté est dans une large mesure celui des fléaux étrangers que sont le Paludisme, la Bilharziose, la Maladie du Sommeil, les Filarioses, la Fièvre Jaune... dans une Afrique essentiellement rurale. Cette présentation doit faire réagir. Non pas qu'elle soit fautive aujourd'hui, mais elle le devient et le sera certainement dans vingt ans.

Ces maladies "exotiques", réellement préoccupantes, frappent cependant de façon très inégale des zones parfois extrêmement circonscrites. En réalité, ce qui en terme d'urgence oppose vraiment la situation sanitaire des populations d'Afrique Noire à celle des pays européens, c'est le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les causes en sont la malnutrition, la rougeole, la diarrhée, la méningite, le tétanos, la coqueluche... (La mortalité infantile, celle des enfants de moins de un an, varie de 50 à 200 pour 1000 en Afrique alors qu'en Europe elle est de l'ordre de 10 pour 1000.). Le Paludisme est la seule maladie "tropicale" dont l'influence soit significative encore que sa responsabilité dans les décès des enfants africains ait été largement surestimée.

En Afrique Noire, les ruraux sont encore majoritaires. Ils représentaient 73% de la population en 1980. Mais c'est sur ce continent rural et globalement sous-peuplé (exception faite du Rwanda et du Burundi et de quelques régions d'Afrique de l'Ouest), que le développement urbain a pris le caractère d'une véritable explosion (1). Le taux d'accroissement de ces métropoles est énorme, de 6 à 12% par an, tandis que les villes secondaires stagnent. Ainsi entre 1965 et 1975, pendant que la ville d'Abidjan croissait de 160%, son poids relatif dans toute la population citadine du pays passait de 44 à 49%. Ainsi en 1960, aucune ville n'atteignait un million d'habitants, alors qu'elles pourraient être une quarantaine dans 15 ans si l'évolution actuelle se poursuit (2).

Cette explosion s'accompagne d'une tendance généralisée à la macrocephalie: une à deux villes concentrent souvent l'essentiel des citadins d'un pays. Le cas du Congo est très démonstratif: la densité de sa population est inférieure à 5 habitants au Km²; depuis 1974 moins de 40% des Congolais vivent dans les villages traditionnels et aujourd'hui un Congolais sur trois habite Brazzaville la capitale, un sur six le port de Pointe Noire.

Lorsqu'elle n'est pas ignorée, cette explosion urbaine de l'Afrique Noire est décrite avec des accents apocalyptiques. On emprunte alors le vocabulaire de l'Anatomie-pathologique: croissance désordonnée, anarchique, d'une monstrueuse tumeur, (maligne à n'en pas douter) inexorable, fatale. On parle de drame urbain... La ville serait ce miroir aux alouettes qui attire inexorablement les ruraux ignorants pour les envoyer croupir dans les bidonvilles insalubres de ses périphéries.

La réalité est autre car ce drame urbain est précédé d'un autre drame: celui d'un paysan qui la terre ne peut plus faire vivre, ou qui a pris conscience de sa misère et qui sait qu'en ville on peut vivre autrement. Pourquoi ne pas imaginer que c'est lucidement que le paysan se dirige vers le seul lieu où de toute façon se prépare son avenir, le seul lieu où il a une chance de trouver un revenu monétaire, une chance de s'instruire, une chance de pouvoir exprimer une revendication, le seul espoir de changement.

Le problème se trouve alors posé en d'autres termes : quel prix faut-il payer pour cette chance?

Ce prix, à l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de l'évaluer.

Les données démographiques montrent régulièrement des taux de mortalité infantile en ville inférieurs à ceux observés en zone rurale. Dans les études alimentaires, le Quotient-Calorie par habitant est en général en faveur de la ville.

Mais ce mieux être urbain est-il également réparti? Quelle est la combinaison particulière des maladies ou des niveaux globaux de santé, selon le quartier, le statut socio-économique, le degré d'intégration urbaine des citoyens?

De façon assez étonnante, les informations solides dont nous disposons ne concernent pas l'écologie urbaine de l'homme mais celle des insectes vecteurs de maladies comme les moustiques. Nous savons que l'urbanisation s'accompagne d'une fragmentation des gîtes larvaires et de la pullulation d'*Aedes aegypti*, responsable de la transformation épidémique de la Fièvre Jaune. Nous savons aussi, que les Anopheles vecteurs du Paludisme ne trouvent souvent pas au centre des villes, les gîtes larvaires qui leurs sont favorables, et vivent donc plutôt dans les quartiers périphériques. A partir de ces considérations entomologiques on peut penser que certaines maladies vont disparaître en ville et d'autre s'y développer.

Mais en réalité peu d'études ont eu pour objet la ville en tant que milieu spécifique, explicatif des problèmes sanitaires qui s'y posent.

Les difficultés méthodologiques sont énormes.

C. Gateff résume la situation (3):

- D'abord l'information épidémiologique est de mauvaise qualité.

- Ensuite l'infrastructure sanitaire est dense mais très hétérogène et son action mal coordonnée.

- Enfin les populations évoluant en milieu urbain sont soumises à de perpétuelles fluctuations qu'il est difficile de modéliser.

S'ajoute à ce constat, que les informations qui pourraient être recueillies par une surveillance épidémiologique classique, ne concerneraient que les épisodes pathologiques identifiés comme tels et à partir du dispositif de soin de type occidental qui est loin d'être le seul recours thérapeutique des citoyens.

Un discours médical qui n'est pas innocent.

Cette absence d'informations fiables est assez largement reconnue mais n'empêche pas que des décisions soient prises telle que la mise en place de réseaux de distribution qui répondent manifestement à une demande (les rapports complexes entre l'offre, la demande et les besoins seront examinés ailleurs). Mais à y regarder de plus près, surtout lorsqu'il s'agit des investissements les plus lourds, nous constatons que pour fonder ces décisions, certaines hypothèses prennent l'allure d'évidences. Passons sur l'envers fantasmatique des "lumières de la ville": la prostitution, la drogue, l'alcoolisme, la délinquance et prenons pour exemple, le type de postulat suivant : "Les quartiers d'habitat spontané, précaires, sont des espaces extrêmement pathogènes, où se conjuguent, insalubrité, promiscuité, et privation alimentaire", sans omettre "l'éternel obscurantisme" des mères de familles. Il ne nous appartient pas d'infirmer ou de confirmer ce propos mais ce qui nous paraît inquiétant c'est qu'il ait pu servir de justification à des politiques dites de "déguerpissement" telle qu'on a pu les observer dans certaines grandes capitales. L'opération consiste à transférer à l'extérieur de la ville l'ensemble des citoyens occupant des îlots dits insalubres. Ceux-ci sont progressivement rasés et remplacés par des "immeubles résidentiels".

Quel a été l'impact de telles politiques, mises en oeuvre au nom de la **santé**, sur la santé des citoyens? Nul ne le sait. Mais ce que nous avons pu observer, c'est que la "hantise du déguerpissement", n'était pas pour rien dans la laudification de certains quartiers "spontanés", notamment parce qu'elle interdisait aux nouveaux venus d'investir dans leur habitat et probablement parce qu'elle empêchait toute organisation communautaire c'est à dire politique.

Lorsqu'il n'y a pas pure et simple perversion, il apparaît donc qu'en l'absence de données précises, "la nécessité d'agir" se fonde sur un discours plus idéologique que scientifique.

Mais n'est-ce pas devant un questionnement semblable que s'est trouvée notre société lors du grand mouvement d'urbanisation qui a accompagné la révolution industrielle au 19ème siècle?

L'épidémiologie moderne naît peut être avec l'initiative de Vicq d'Azir, médecin anatomiste qui lance en 1774 et pour 20 ans, une grande enquête auprès des médecins de province. Il adresse à ses correspondants pour qu'ils les remplissent, des listes de signes cliniques, de diagnostics, de types de médication. Il s'agit selon ses propres termes "de recueillir les informations nécessaires à l'étude de l'histoire et de la nature des différentes épidémies, mais aussi de rechercher la liaison qui peut exister avec la succession des saisons, établir le catalogue des particularités géographiques et trouver les raisons pour lesquelles les épidémies semblent parfois respecter une classe de citoyens ou même des nations entières".

A Londres 70 ans plus tard, les grandes épidémies de Choléra donneront lieu aux premières "cartes médicales". C'est en localisant point par point les domiciles des malades que l'une de ces cartes permettra de situer la fontaine publique responsable de la diffusion de cette maladie. L'inégale exposition à la maladie et à la mort était donc une idée bien présente dans les esprits de l'époque: Engels décrivait alors la situation particulièrement catastrophique des travailleurs de l'Angleterre industrielle.

C'est à ce moment que voient s'affronter deux grands courants de la pensée médicale: celui des hygiénistes, et celui des pasteurien qui fondera pour une grande part, la biomédecine que nous connaissons aujourd'hui.

Selon R. Dubos (4), l'idée hygiéniste est conçue indépendamment de toute démarche scientifique (disons qu'elle n'en a pas besoin malgré les travaux de l'époque qui viennent l'étayer). Elle repose sur une base simple: "puisque la maladie accompagne toujours le bescin, la saleté et la pollution, la santé ne peut être conquise qu'en rendant aux foules l'air, l'eau et les aliments purs ainsi qu'un cadre de vie agréable". En France, sont pris en 1850 les premiers décrets relatifs à l'assainissement des logements.

Cette théorie mise en pratique à Munich fera tomber la mortalité par Typhoïde de 72 par million en 1880, à 14 par million en 1898. En Angleterre est crée la "Health and Towns Association" dont les moyens d'action sont l'air, l'eau et la lumière. En 1875, le Public Health Act est l'officialisation de ce mouvement sanitaire. Un médecin et hygiéniste, Richardson, publie en 1976 "Hygée, la ville de la santé".

Mais rapidement Pasteur entraîne la médecine dans une toute autre direction, celle de la désinfection, des vaccinations... Il est vrai qu'il est plus simple d'identifier un agent pathogène unique, de démonter la chaîne épidémiologique qui conduit à la maladie pour tenter de la briser au niveau du maillon le plus faible, que de lutter pour plus de justice sociale.(5)

A cette époque, l'Europe sort du cauchemar de la mortalité infantile. Ce succès sera attribué aux théories de Pasteur. Mais des études rétrospectives réalisées aujourd'hui indiquent que la décroissance de la mortalité infantile a commencé dès le début du 18ème siècle avec l'augmentation de la production agricole et l'amélioration de l'alimentation. La distribution de l'eau courante et l'évacuation des eaux usées auraient été la contribution la plus importante du 19ème siècle. Enfin, se sont plutôt les effets de l'augmentation générale du niveau de vie qui sont observés aujourd'hui.(6)

Ces recherches semblent valider a posteriori la position des hygiénistes et fait peu de cas aux progrès apportés par l'asepsie et la chimiothérapie. Mais lorsqu'on sait les difficultés rencontrées aujourd'hui pour obtenir des données épidémiologiques fiables, on ne peut être que très réservé quant à des conclusions aussi tranchées. Bourguignon écrit avec justesse "la tristesse et les larmes épargnées à quelques milliers de mères ne se retrouveront jamais dans les statistiques". Ce propos, loin de repousser le problème de l'évaluation des actions médicales, suggère que leur valeur pourrait être autre que démographique.

Ce qui est intéressant, c'est de voir comment à cette époque le modèle biomédical a permis d'éviter les remises en cause sociales qu'impliquaient le modèle hygiéniste.

I.K. Zola l'explique ainsi: "la science médicale a fini par servir de lieu d'énonciation et de transmission du discours de Darwin et Spencer, d'une doctrine sociale bien plus réconfortante en tant qu'explication de l'ordre social que d'autres pensées rivales comme celle de Saint Simon ou de Marx et d'Engels, et plus rassurante comme vision du monde que les révolutions manquées de 1848".(7)

Les utopies hygiénistes vont rencontrer un succès considérable et alors que la médecine chemine avec Pasteur, elles vont imprégner l'architecture et l'urbanisme jusqu'à nos jours. En Afrique, elles pourront être réellement concrétisées: l'organisation spatiale et sociale de la ville coloniale n'est pas sans évoquer une "Hygiène tropicale".

C'est au nom de l'hygiénisme que seront établis les principes de ségrégation des communautés. La ville blanche sera autant que possible érigée sur le "plateau"; les maisons -véranda sur pilotis, garantissent la fraîcheur, l'aération et la lumière. Les cités noires sont maintenues à distance. La verdure pourra faire écran aux "miasmes" qui pourraient s'en échapper.

En permettant la découverte du rôle des moustiques dans la transmission du Paludisme, des Filaires, de la Fièvre Jaune, les conceptions pasteurienne vont donner aux hygiénistes du début du siècle des moyens d'action.

Dès 1905, dans la plupart des villes coloniales, les comités d'hygiène sont mis en place. Leurs agents vérifient que les citadins nettoient leur parcelle en même temps que la portion de rue qui y donne accès, que les collections d'eau stagnantes sont comblées, les récipients couverts. Un casier sanitaire sera même établi pour chaque maison visitée.(8,9,10)

Avec les indépendances, villes et cités rompent les digues qui les séparent, comblent les interstices, repoussent toujours plus loin les limites spatiales de l'agglomération urbaine; mais les infrastructures (voirie, eau et assainissement) ne suivent pas.

Dans ces grandes villes africaines, se joue aujourd'hui un scénario semblable à celui du siècle dernier, scénario dont l'issue nous paraît très incertaine.

Urbanistes et médecins de santé publique continuent à se "lancer la balle" jusqu'à ce que les "politiques" s'en saisissent pour prendre les décisions "appropriées".

S'agit-il par exemple de rénover l'infrastructure hospitalière? Le choix se portera sur un unique grand centre hospitalo-universitaire qui obéit à l'évidence à une autre logique que celle proposée par les urbanistes, d'unités polyvalentes de taille moyenne réparties sur l'ensemble de l'espace urbain. Le financement de telles opérations s'inscrit dans un réseau de coopérations bilatérales ou multilatérales dont le cadre dépasse largement les préoccupations strictes de la santé publique.

Les Soins de Santé Primaire comme réponse aux problèmes de santé qui se posent dans les villes : le risque d'une lecture sélective.

La déclaration d'Alma Ata de 1978 en fonde le concept. Beaucoup de lectures et de réécritures en ont été faites, aussi nous apparaît-il important de rappeler certains passages de cette déclaration:

"Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés".

"Les gouvernements ont vis à vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates".

"Les soins de santé primaire... sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire".(11)

Comment ces principes s'inscrivent-ils aujourd'hui dans la réalité?

Baylet et Dodin prennent pour exemple "l'eau pour les plus pauvres". Après un préambule où ils indiquent que leur réflexion les conduira sur un terrain plus politique que technique. "L'abondante littérature consacrée à ce thème", disent-ils, "fait souvent état de la participation communautaire à un programme... L'image qu'on en évoque le plus souvent est celle des habitants des bidonvilles creusant des fosses et accomplissant le travail manuel de pose de canalisation ... L'ennui avec la planification par base, c'est qu'elle s'effectue à partir du sommet" rappellent-ils; et au chapitre des solutions: "encore faut-il de la part du "pouvoir" compréhension et partage des ressources, tout particulièrement une solution radicale aux problèmes fonciers."(12)

Cet exemple est intéressant car de même que le discours hygieniste a été perverti, dévié de son objectif initial (perversion: du latin *perversio*, renversement), nous pourrions assister à une prise en considération très sélective des principes d'Alma ata. Ceci pourrait se traduire dans les faits par un désengagement pur et simple des pouvoirs publics, ou, à l'inverse, par la reprise en main, au travers d'opérations de santé, des destinés des quartiers d'habitat spontané. Les deux scénarios ne sont pas exclusifs.

Ce qui est clair dans la déclaration d'Alma Ata, c'est que, les soins de santé primaire ne sont pas une alternative. Ils constituent un premier niveau dont l'articulation à l'ensemble du système de santé est essentielle.

La réussite d'un tel dispositif suppose qu'il ne soit pas "sous perfusion" de moyens financiers et d'experts venant de l'extérieur. Elle suppose aussi que la communauté a pu s'approprier les services de base sans que les pouvoirs publics cessent d'apporter les moyens qui sont de leur ressort (l'eau, les personnels spécialisés, les médicaments essentiels...), et que soit effectivement assuré le relai avec les autres niveaux, notamment avec un secteur d'hospitalisation polyvalent. La nécessité d'assurer ce relai ne semble pas toujours perçue. Ainsi au niveau du dispensaire par exemple, l'articulation dépistage - prévention - soins est souvent mal comprise. Les activités de prévention font l'unanimité. Mais elles consistent bien souvent en un dépistage qui ne peut être suivi d'aucune solution concrète. Ce secteur de dépistage sans issue est en règle confié au personnel le plus qualifié au dépend du secteur curatif. Que faut-il dire pour convaincre que c'est la qualité du secteur curatif (de base!) qui peut seule permettre l'accumulation du capital de confiance nécessaire à la mobilisation des communautés sur des objectifs de prévention?

Si les programmes d'éducation, de conscientisation des citoyens semblent peu convaincants, c'est qu'ils ne répondent pas aux préoccupations actuelles des citoyens, à leur représentation (en particulier culturelle) des problèmes posés.

Les animateurs désabusés stigmatisent l'incapacité des communautés citadines à s'organiser, à se prendre en charge. (Le discours d'I. Illich pourrait bien aller, ici comme ailleurs, au secours de la victoire, lorsqu'il propose un changement des attitudes individuelles et la déprofessionnalisation des personnels de santé.)

Tout ceux qui ont voulu y regarder de plus près connaissent les innombrables associations d'entraide mises en place par les citoyens pour faire face à l'imprévu: tous savent que la part du budget "Santé" dans l'économie des familles est énorme et que la maladie donne lieu à d'autres recours thérapeutiques parfaitement "organisés" même s'ils sont ignorés de la médecine moderne.

En réalité beaucoup de citoyens semblent souffrir d'un syndrome d'abandon. Si de la déclaration d'Alma Ata, les responsables politiques retiennent que ces derniers ont au moins autant de droits que de devoirs, alors peut être la santé pour tous en l'an 2000 sera un peu moins mal répartie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Les grandes villes africaines. Séminaire de Montpellier: 18-25 Sept 1980. Ministère de la Coopération et du Développement.
- (2) L'explosion urbaine du tiers monde. Projet; n° spécial, Fev 1982, 162.
- (3) C. GATEFF; La surveillance épidémiologique en milieu tropical. Bull. Soc. Path. Ex., 76, 1983, 300-306.
- (4) R. DUBUS; L'homme face à son milieu. Méd et Société, les années 80; Ed. Coop. Albert Saint-Martin., 53-79.
- (5) voir aussi M. AUGÉ et C. HERZLICH; Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Ed. des archives contemporaines; 1983. Chap. 5.
- (6) T. Mc KEOWN; Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: le comportement, l'environnement et la médecine. Méd. et Société, les années 80; Ed. Coop. Albert Saint-Martin., 143-175.
- (7) I.K. ZOLA; culte de la santé et méfaits de la médicalisation. Méd et Société, les années 80; Ed. Coop. Albert Saint-Martin., 31-51.
- (8) A. SINOÛ; Voyage dans des architectures coloniales. Diplôme d'architecte ENSBA UP6 1981.
- (9) Urbanisme et habitat en Afrique Noire Francophone avant 1960. Ministère de l'urbanisme et du logement; Mission de la recherche urbaine. Avril 1984.
- (10) R. et A. de VILLANOVA LASSAU-CEDRESS; Expérience coloniale et pensée urbanistique. Univers. PARIS X; DGRST contrat n°80.7.0137.
- (11) Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma -Ata (URSS) 6-12 Sept 1978. OMS Genève.
- (12) R. BAYLET et A. DODIN; Assainissement en milieu urbain tropical. Bull.Soc.Path.Ex., 76,1983,285-292.

La rédaction de cet article a donné lieu avec G.JOURDAIN, psychiatre, à de longs échanges sur le discours médical et sur celui tenu sur la Santé. Je l'en remercie beaucoup et je sais que ce travail commun va se poursuivre. Je remercie également S.LALLEMANT-LE COEUR et G.FABRES pour tout le temps qu'ils ont passé à l'amendement du texte.

Lallemant Marc

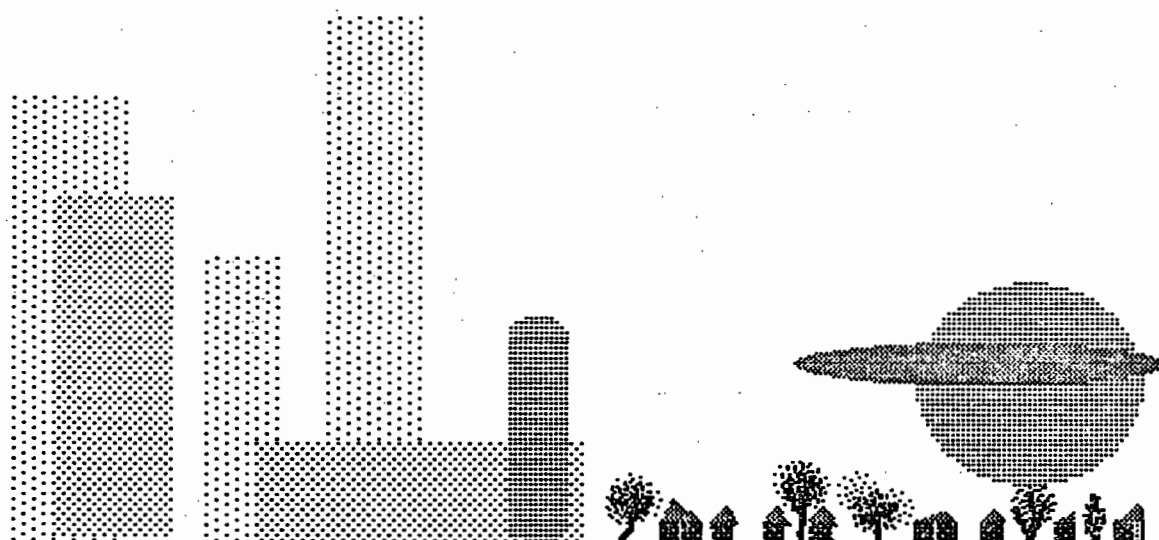
Soins de santé primaires en milieu urbain : une réponse appropriée face à l'urbanisation de pays en voie de développement

In : Santé et urbanisation. Paris : ORSTOM, 1985, p. 80-86 multigr..

SANTÉ

et

URBANISATION



ORSTOM

**Institut Français de Recherche
Scientifique pour le Développement
en Coopération**

Correspondance : Marc LALLEMANT

Département "Urbanisation et Sociosystèmes Urbains "

24, rue BAYARD, 75008 PARIS

CONTRAT MRT N° 83L0439

Ce rapport intermédiaire 84-85 est présenté de la façon suivante :

- I - Rappel de la problématique et de la démarche adoptée pendant la première phase du programme
- II - Liste et calendrier des opérations de la première phase terminées ou en cours.
- III - Etat d'avancement en Janvier 1985 des opérations principales.
Bibliographie.
- IV - Perspectives 85-86
- V - Annexe A : publications et rapports
Annexe B : questionnaires d'enquête