

Les personnes vivant dans les villes sont privilégiées du point de vue de la santé

Florence Fournet

L'urbanisation est sans nul doute le phénomène planétaire le plus marquant de ces dernières décennies. Depuis 2007, la moitié de la population vit dans des villes et en 2030, ce sera les deux tiers. Cette explosion urbaine concernera principalement les pays du Sud. C'est en Afrique que la croissance urbaine sera la plus forte (4,8 % par an), de telle sorte que plus d'un Africain sur deux vivra en ville en 2015, et c'est dans les villes secondaires, moyennes voire petites, que la croissance démographique à venir sera la plus forte. L'urbanisation se réalise aujourd'hui dans un contexte économique difficile et à une vitesse beaucoup plus rapide que ce que l'Europe a pu connaître au XIX^e siècle.

Deux visions de la ville se sont toujours opposées, celle d'un Eldorado source de modernité et donc de développement et celle d'un lieu de perdition, délétère et pestilentiel, qui peut nuire à sa population. Par la densité démographique et l'ouverture sur l'extérieur caractérisant les villes, leur hétérogénéité est une évidence qui fait dire à certains qu'il est « des villes dans les villes ».

Pourtant, en concentrant une grande part des ressources nationales en matière d'éducation, de santé et plus généralement de services, les villes, en particulier les capitales, ont fait naître l'idée que leurs habitants bénéficieraient de meilleures conditions de vie, et jouiraient dès lors d'une

meilleure santé. On parle ainsi de *privilège urbain*. Les citadins seraient de ce fait en meilleure santé que leurs voisins des campagnes, éloignés des structures de soins, mal informés, comme laissés-pour-compte.

Des indicateurs à utiliser avec prudence

De nombreux indicateurs semblent pencher en faveur de ce privilège urbain. Ainsi, l'espérance de vie serait plus longue en ville, la couverture vaccinale meilleure, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement plus généralisé. Mais sur quelles données ces chiffres s'appuient-ils ? Quels dénominateurs de population mobilisent-ils dans des villes tentaculaires en perpétuelle croissance au Sud, si mal organisées et où les recensements sont quasi obsolètes avant même d'être publiés ? La réalité est-elle donc aussi évidente ?

Les statistiques internationales le montrent bien souvent, les urbains ont une espérance de vie plus grande que les ruraux. En France, l'espérance de vie a commencé à s'élever dans les grandes villes (Lyon, Paris, puis Marseille) à partir du milieu du XIX^e siècle au fur et à mesure de la construction des égouts et d'une adduction d'eau potable. Si cette relation est en faveur des bienfaits de l'urbanisation, elle n'a malheureusement pas été confirmée par la suite, en Angleterre notamment. Et voilà qu'aujourd'hui, des études menées en Europe suggèrent que la pollution atmosphérique liée aux transports et à l'industrie pourrait réduire l'espérance de vie des citadins.

Au chapitre de la prévention, si la couverture vaccinale est toujours meilleure en milieu urbain, l'Organisation mondiale de la santé notait que dans certaines villes, les enfants pouvaient être moins bien vaccinés que ceux des campagnes, eu égard notamment à la méconnaissance du système de soins des néo-citadins arrivant des campagnes ou de l'étranger.

Dans les villes du Sud, et plus particulièrement dans les quartiers défavorisés, les besoins en eau potable et en assainissement ne sont pas couverts, ou seulement partiellement. Cela entraîne la détérioration de la qualité de la vie et la multiplication des maladies liées à l'eau (maladies diarrhéiques et choléra notamment). À la suite de la privatisation de nombreux réseaux de distribution, le prix élevé de l'eau est devenu un obstacle presque insurmontable pour de nombreux citadins pauvres. Au problème de l'approvisionnement en eau potable s'ajoute celui de l'assainissement.

La pratique de la défécation en plein air, le rejet incontrôlé des eaux usées et l'inefficacité du drainage des eaux de surface, qui semblent sans conséquence dans les zones rurales peu habitées, se traduisent en ville par la pollution des ressources en eau douce et, ainsi, la recrudescence des maladies hydriques. À Delhi, en Inde, par exemple, la quantité de coliformes fécaux dans le Gange, qui traverse la ville, est multipliée par 3000 entre son entrée dans la ville et sa sortie. Et si des villes comme Ouagadougou au Burkina Faso se sont mises à ramasser, trier, recycler et enfouir leurs déchets, combien d'autres se sont laissés déborder ?

Un tableau épidémiologique en mutation

On sait la ville propice à de nombreux changements de comportements : modification des régimes alimentaires avec l'augmentation de la consommation de protéines et de sucres, accès à une alimentation riche en graisses et en sel, réduction de l'activité physique, accès plus aisé à des produits toxiques (tabac, alcool, drogues), etc. Ces mutations ont des incidences sur le plan sanitaire, notamment l'émergence des maladies non transmissibles ou dites de civilisation comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les pathologies mentales. Ces maladies sont la première cause de mortalité dans le monde et elles sont à l'origine de 63 % des décès dans les pays à faible revenu.

L'Organisation mondiale de la santé estime que 366 millions de personnes souffrent de diabète dans le monde et que d'ici 2030, elles seront 552 millions. Cette épidémie est liée à l'occidentalisation des modes de vie, en lien notamment avec le milieu urbain. Dans les pays riches, si les populations les plus pauvres sont les plus affectées, dans les pays à faible revenu, le problème concerne encore la part la plus aisée de la population, même s'il s'étend. De fait, au sein des pays à revenu intermédiaire, les différentes catégories de population sont toutes concernées. Ces pathologies soulèvent de nombreux problèmes quant à leur dépistage, puis leur prise en charge, dans des pays où les traitements ne sont pas toujours disponibles et représentent un investissement souvent très (trop) lourd pour un ménage qui n'a déjà pas forcément les moyens de bien se nourrir.

Dans les pays du Sud, ces maladies dites de civilisation viennent s'ajouter aux maladies infectieuses et parasitaires. En effet, si certains scientifiques ont pu penser que la pathologie urbaine des pays du Sud

évoluerait à l'image de celle des pays du Nord, cette hypothèse est désormais rejetée : les maladies infectieuses et parasitaires ne disparaissent pas au profit des maladies chroniques et dégénératives. Ainsi, les populations affrontent un double fardeau de morbidité.

En ce qui concerne les maladies infectieuses, les maladies diarrhéiques persistent en lien avec la mauvaise hygiène du milieu, de même que les affections respiratoires, qui affectent tout particulièrement, comme les précédentes, les jeunes enfants. S'agissant de la tuberculose, on observe que son incidence est beaucoup plus élevée dans les grandes villes. En République démocratique du Congo, 83 % des personnes atteintes vivaient dans les villes. À leurs côtés, la peste, la dengue, le paludisme, la maladie du sommeil ou encore la leishmaniose sont entrés dans les villes ou sont à leurs portes, alors qu'on les croyait réservés au monde rural. Sont en cause l'adaptation des vecteurs des campagnes à la ville, le développement des cultures maraîchères qui favorisent le maintien de ces mêmes vecteurs, l'installation de populations qui viennent de la campagne avec leurs parasites, ou encore les conditions de vie dans certains quartiers qui confinent le bétail avec les hommes. Face à ce double fardeau de morbidité, l'offre de soins des villes peut-elle satisfaire les besoins des populations ?

Adéquation entre besoins de santé et offre de soins

Les villes, qu'elles soient du Nord ou du Sud, concentrent une grande part des ressources humaines et matérielles en matière de services. En 2002, en Chine, grâce à l'abondance de l'offre scolaire, pour quatre enfants scolarisés dans le primaire en zone urbaine, trois seulement l'étaient dans les campagnes. Et si la différence semble faible, elle implique néanmoins que plus d'un million d'enfants ruraux n'ont pu accéder à l'école primaire. Abidjan concentrerait 60 % du personnel de santé de la Côte d'Ivoire, tandis qu'Alger disposerait de plus de la moitié des structures de soins du pays.

Ces chiffres masquent cependant des disparités importantes. Ainsi, au Burkina Faso, en 2003, le milieu urbain regroupait en moyenne un tiers du personnel de santé. Or, si ce chiffre s'applique aux infirmiers, cela n'est plus vrai des médecins, qui sont près de 70 % à exercer en ville, essentiellement dans la capitale. Quant aux structures de soins, si 9 % de celles du premier niveau sont retrouvées dans les villes, cela ne vaut pas pour

les structures confessionnelles et privées, dont la part s'élève respectivement à 77 % et 85 % en ville.

Par ailleurs, la présence d'une offre de soins abondante ne signifie nullement que la population y recourt. Au-delà de son accessibilité physique qui apparaît plus aisée en ville, il ne faut pas minimiser l'importance des obstacles économiques et socioculturels.

La distance aura de l'importance dans les quartiers périphériques, sous-équipés, peu motorisés et mal desservis par les transports en commun, qui seront ainsi touchés par des inégalités territoriales d'accès aux soins. Par ailleurs, si l'offre de soins s'est multipliée dans les villes, le coût des soins dans une structure privée est généralement plus élevé et constitue un réel obstacle aux recours. Enfin, les inégalités culturelles ont aussi leur importance, particulièrement pour les néo-citadins qui peinent à s'approprier la ville. À Marrakech, par exemple, une enquête a montré que les femmes issues de l'exode rural recouraient moins aux soins de santé maternelle que celles nées en ville, essentiellement du fait de situations économiques, mais aussi culturelles défavorables.

Les enjeux de l'urbanisation en santé

On l'aura compris, la santé des citadins n'est pas forcément meilleure que celle de leurs voisins ruraux. Il n'est pas de privilège urbain en santé qui soit partagé par tous.

L'hétérogénéité des villes est productrice d'inégalités sociales, économiques et sanitaires, et certaines populations urbaines peuvent être en moins bonne santé que les populations rurales. La ville n'a pas aboli l'ensemble des obstacles qui freinent l'accès aux soins au plus grand nombre, malgré la multiplicité de l'offre de soins et sa diversité.

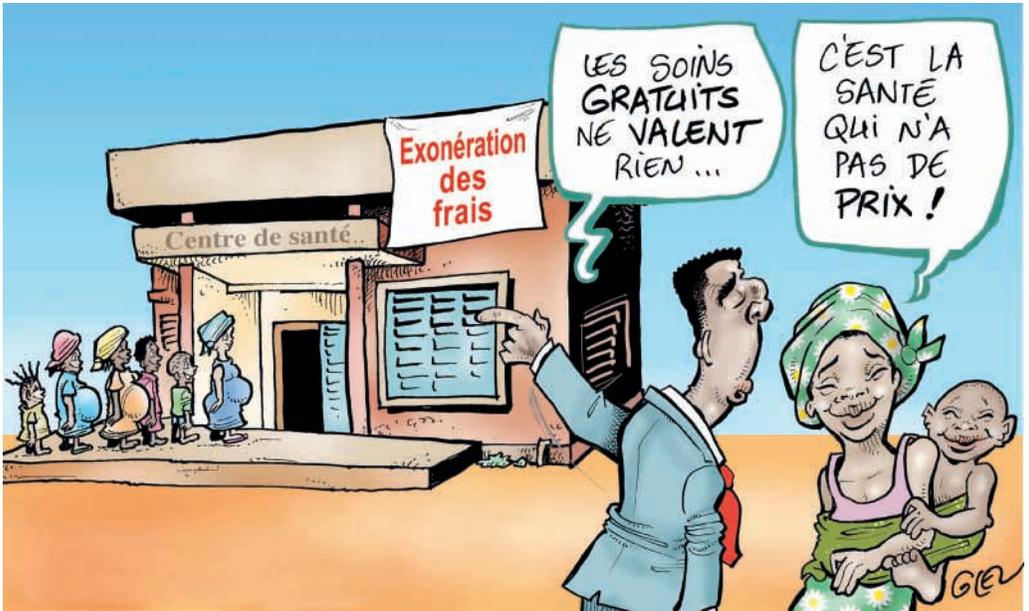
Dans la mesure où le monde de demain sera urbain, il devient urgent de faire des villes une priorité sanitaire. N'oublions pas qu'aucune référence à la santé urbaine n'a été faite en 1978 lors de la Conférence mondiale d'Alma Ata consacrée aux soins de santé primaires. Il aura fallu attendre l'année 2010 pour inaugurer la première année de la santé urbaine par l'OMS.

Pour aller plus loin

ICSU (2011). *Report of the ICSU planning group on health and wellbeing in the changing urban environment: A systems analysis approach*. International Council for Science, Paris.

OMS et ONU-HABITAT (2010). *La face cachée des villes: mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain*. Rapport mondial, Genève.

SALEM, G. (1998). *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal)*. Karthala, Paris.



Des idées reçues en santé mondiale

Sous la direction de
VALÉRY RIDDE et FATOUMATA OUATTARA

LIBRE ACCÈS

Projet pilote réalisé
en collaboration avec
la Direction des
bibliothèques
de l'UdeM.



Le dessin de couverture est une réalisation de D. Glez, d'après une idée de L. Queuille et V. Ridde, produit par HELP/CRCHUM/ECHO.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Des idées reçues en santé mondiale
(PUM)
(Libre accès)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7606-3523-4

1. Santé mondiale. I. Ridde, Valéry, 1969- . II. Ouattara, Fatoumata. III. Collection : PUM.

RA441.I33 2015

362.1

C2015-941583-7

Mise en pages: Folio infographie

ISBN (papier) : 978-2-7606-3523-4

ISBN (PDF) : 978-2-7606-3524-1

ISBN (ePub) : 978-2-7606-3525-8

Dépôt légal: 4^e trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2015

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

Canada

IMPRIMÉ AU CANADA