

Chapitre 5

SITUATIONS PARTICULIERES DES ZONES URBAINES

Emile Jeannée et Gérard Salem

INTRODUCTION

L'évocation de l'Afrique moderne appelle souvent deux clichés :

- celui d'une population rurale pauvre et traditionnelle, laissée pour compte du développement;
- celui des villes tentaculaires, faites des buildings les plus modernes et des bidonvilles les plus pauvres, où est concentrée la quasi-totalité des équipements d'intérêt collectif.

L'inégalité entre zones rurales et zones urbaines apparaît aussi dans le domaine de la santé : l'essentiel des moyens en personnel et équipement est rassemblé dans les villes, les indicateurs sanitaires sont globalement meilleurs dans les cités qu'à la campagne.

Faut-il en conclure que les problèmes de santé en ville sont correctement pris en charge, faut-il pour autant voir en chaque citoyen un nanti ?

Le texte qui suit a pour objectif de répondre à ces questions :

- en caractérisant le milieu physique, social et épidémiologique des villes africaines;
- en proposant une méthode pour y organiser le secteur sanitaire.

1. Le phénomène urbain en Afrique

1.1. Une croissance exceptionnellement rapide qui affecte surtout les grandes villes

Si la planète, dans son ensemble, connaît en ce XX^e siècle un processus d'urbanisation important, le mouvement est particulièrement sensible dans les pays du Tiers Monde : à la fin du siècle, 3 milliards d'individus vivront dans des villes (la moitié de l'humanité) et 2/3 d'entre eux seront des citoyens du Tiers Monde.

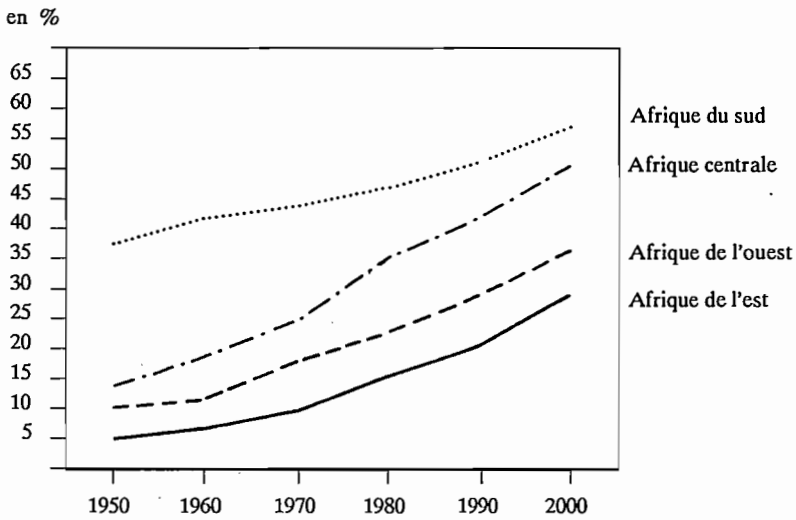
L'Afrique n'échappe pas à ce raz de marée (*tabl. 5.1*) : la seule Afrique au sud du Sahara comptera plus de 250 millions de citoyens en l'an 2000 pour 66 millions seulement en 1975 (*fig. 5.1 et 5.2*).

La population urbaine croît deux fois et demie plus vite que celle des campagnes et cette croissance affecte surtout les villes les plus grandes.

Tableau 5.I : Part des villes de plus de 100 000 habitants dans la population totale.

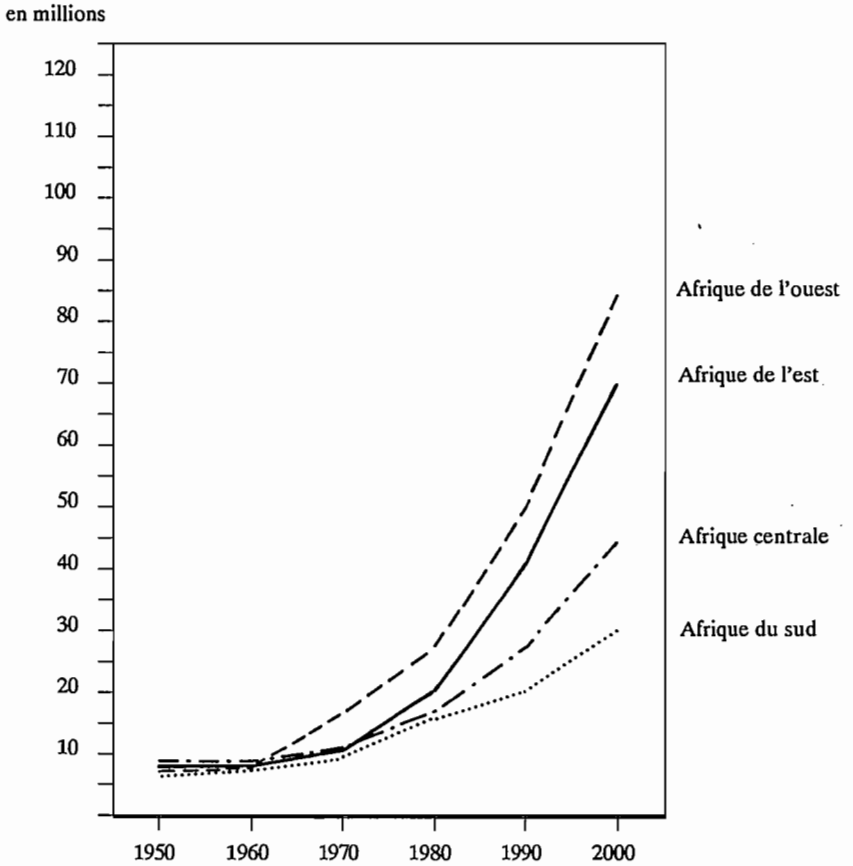
	1980	1985
BENIN	14 %	19 %
CAMEROUN	12 %	18 %
CONGO	46 %	50 %
COTE D'IVOIRE	24 %	36 %
MAURITANIE	12 %	30 %
SENEGAL	25 %	31 %
TOGO	13 %	17 %
ZAIRE	29 %	40 %

FIGURE 5.1
Proportion de la population urbaine par région en Afrique
1950 - 2000.



Source : *Patterns of urban and rural population growth*. New York, United Nations, 1980.

FIGURE 5.2
Evolution de la population urbaine par région en Afrique
1950 - 2000.



Source : *Patterns of urban and rural population growth*. New York, United Nations, 1980.

Le phénomène est extrêmement rapide et d'autant plus brutal que l'Afrique, à quelques exceptions près, n'a pas de tradition citadine et que cette croissance est incontrôlée.

1.2. Un phénomène de pseudo-urbanisation

Certains sont tentés de rapprocher le phénomène actuel d'urbanisation du Tiers Monde de celui qu'a connu l'Europe au XIX^e siècle. La comparaison ne saurait aller bien loin. Non seulement les rythmes de croissance sont très différents (2,5 à 3% en Europe au XIX^e siècle, 7 à 10% en Afrique aujourd'hui), le milieu écologique spécifique, le niveau des connaissances sans commune mesure, mais, surtout, l'urbanisation n'est pas en Afrique soutenue ni induite par le développement économique. C'est ce que les géographes appellent un phénomène de pseudo-urbanisation : une urbanisation sans industrialisation, marquée par la pénurie d'emplois, de logements, d'équipements, etc.

La ville se développe inégalement : il y a des villes dans la ville et la société urbaine des pays du Tiers Monde est des plus hétérogènes au plan tant social que culturel.

Il est capital de tenir compte de cette diversité dans la définition des politiques sanitaires.

1.3. Une spécificité méconnue dans les politiques de santé publique

Le nombre de plus en plus grand de gens appelés à y vivre et l'importance de leurs problèmes de santé font qu'il est prioritaire et urgent d'envisager la planification sanitaire sous l'angle de la ville. La proposition d'un *dénominateur urbain* pour aborder la problématique des soins de santé primaires ne relève pas d'une recherche gratuite d'originalité. Le milieu urbain présente un faisceau de caractères géographiques, socio-culturels, économiques et épidémiologiques dont il est nécessaire de considérer les interactions au moment de planifier et organiser les activités des services de santé. Ces mêmes traits doivent être appréciés lors de la mesure des risques sanitaires liés à la vie dans la cité et au moment de définir des groupes cibles. Pour rester efficaces et respecter les objectifs de la santé pour tous, les méthodes habituellement proposées, traduisant une véritable *ruralisation* des idées et concepts de santé publique dans les pays en voie de développement, doivent être adaptées. Il faut faire reconnaître et accepter la spécificité opérationnelle du milieu urbain.

2. Caractériser le milieu physique et humain

La problématique des phénomènes de santé dans les villes africaines est davantage d'ordre socio-culturel - absence d'hygiène, déracinement, pauvreté - que d'ordre purement médical ou thérapeutique.

Le responsable sanitaire doit accorder une grande attention à l'environnement physique et social de la zone qu'il a en charge, et ce, dans un univers pour lequel les renseignements de base (cartes, données démographiques et statistiques) sont incomplets ou inexistantes.

Le présent chapitre s'attache à définir ce qui paraît important au plan de la santé dans le milieu physique et humain et propose quelques méthodes simples, utilisables par des non-spécialistes, qui permettent à chacun de créer sa propre information.

2.1. Caractériser l'espace urbain

2.1.1 Prendre la mesure de la ville

En l'absence de recensements démographiques, une estimation de la population peut être faite à partir de photographies aériennes (et bientôt d'images satellites). Il y a en effet une corrélation étroite entre charge de population et type d'habitat. On peut ainsi dénombrer à plus ou moins 10% les habitants d'une ville, en :

- découpant la ville en sous-zones homogènes : on identifie facilement, sur les photographies, les types de lotissement, de construction, de situation;
- effectuant des enquêtes démographiques-par sondages dans des échantillons tirés au hasard, à l'intérieur de chaque sous-zone;
- rapportant les résultats obtenus dans l'échantillon à l'ensemble de la sous-zone : on obtient ainsi une estimation pour chaque sous-zone. La qualité de cette dernière opération dépend des photographies disponibles. Si l'on a des couples de photographies aériennes à une échelle supérieure au 1/10 000 on peut, par stéréoscopie, déterminer la nature des constructions et aboutir ainsi à un calcul fin de la population par type d'habitat. Si les photographies sont à une échelle inférieure, on peut obtenir de bons résultats par simple comptage des maisons.

Si l'on a des documents plus anciens, on pourra effectuer des calculs rétrospectifs.

2.1.2 Mettre en évidence l'hétérogénéité spatiale de la ville

Le phénomène de pseudo-urbanisation évoqué plus haut s'inscrit de multiples façons dans les paysages urbains. Aux zones régulières et loties s'ajoutent le plus souvent des zones irrégulières; les types d'habitat les plus variés coexistent, les équipements collectifs sont très inégalement répartis. Il est essentiel de mettre en évidence cette hétérogénéité spatiale pour juger de l'exposition différentielle des citadins aux atteintes à la santé en fonction de leurs conditions d'habitat et d'hygiène. Les statistiques de morbidité ou de mortalité n'expriment le plus souvent que des moyennes et cachent de grandes différences intra-urbaines.

On s'attachera à caractériser les types d'habitat, la répartition des équipements collectifs, notamment sanitaires, l'accès à l'eau.

Les figures 5.3 à 5.5 - cartes réalisées à Pikine, banlieue de Dakar - illustrent l'intérêt d'une telle information : par touches successives, on définit les zones à risques sanitaires, les données pouvant servir de base à des enquêtes épidémiologiques ultérieures.

Les relevés d'équipements collectifs se font par simple passage dans les rues, la caractérisation des types d'habitat et du niveau de confort des maisons par sondage. Ces relevés simples et peu coûteux donnent une idée d'ensemble de la ville.

2.1.3 Suivre les phénomènes de densité et les usages de l'eau

On ne peut tout étudier dans une ville et le responsable sanitaire doit s'efforcer de définir ce qui est important au plan de la santé. Il n'est pas sûr que les catégories habituellement utilisées - zones régulières/zones irrégulières, maisons en matériaux durables/maisons en matériaux précaires, etc. - soient aussi pertinentes pour un épidémiologiste que pour un juriste ou un géographe.

FIGURE 5.3

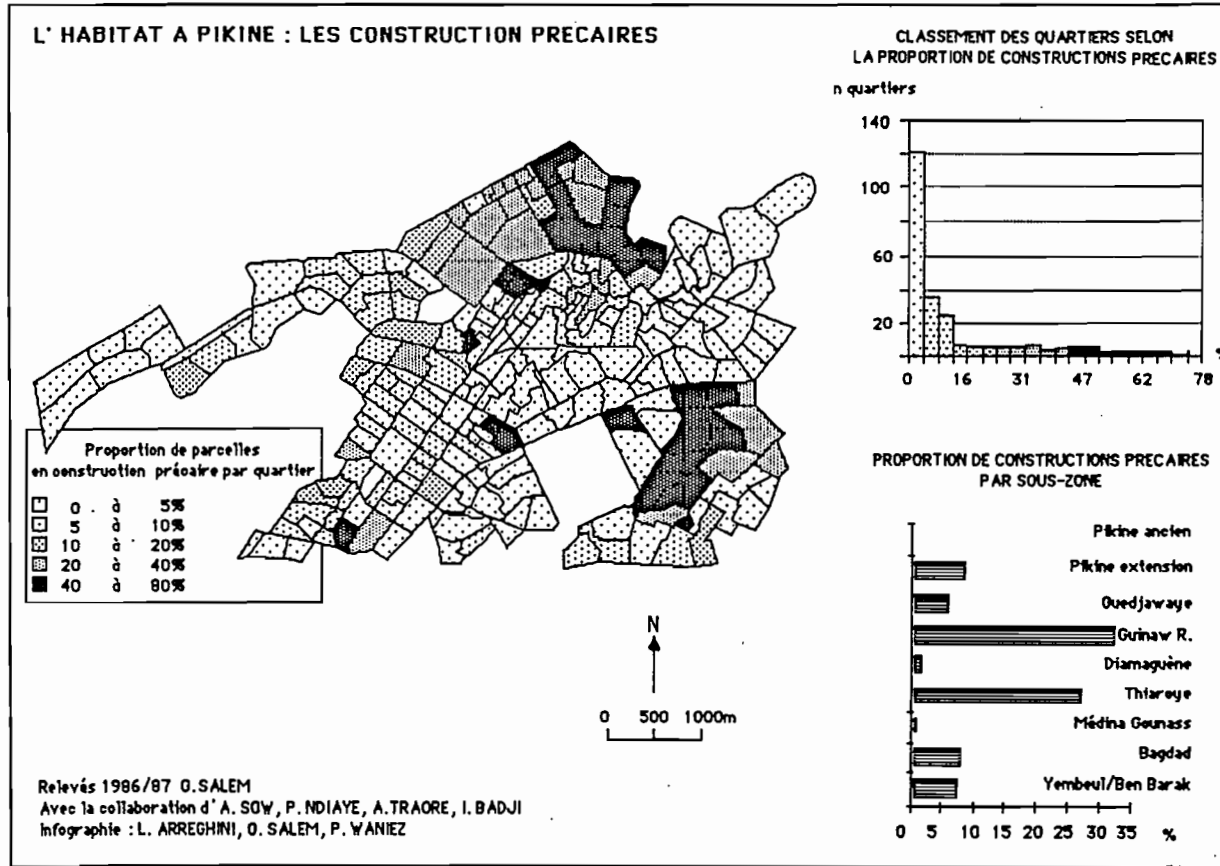


FIGURE 5.4

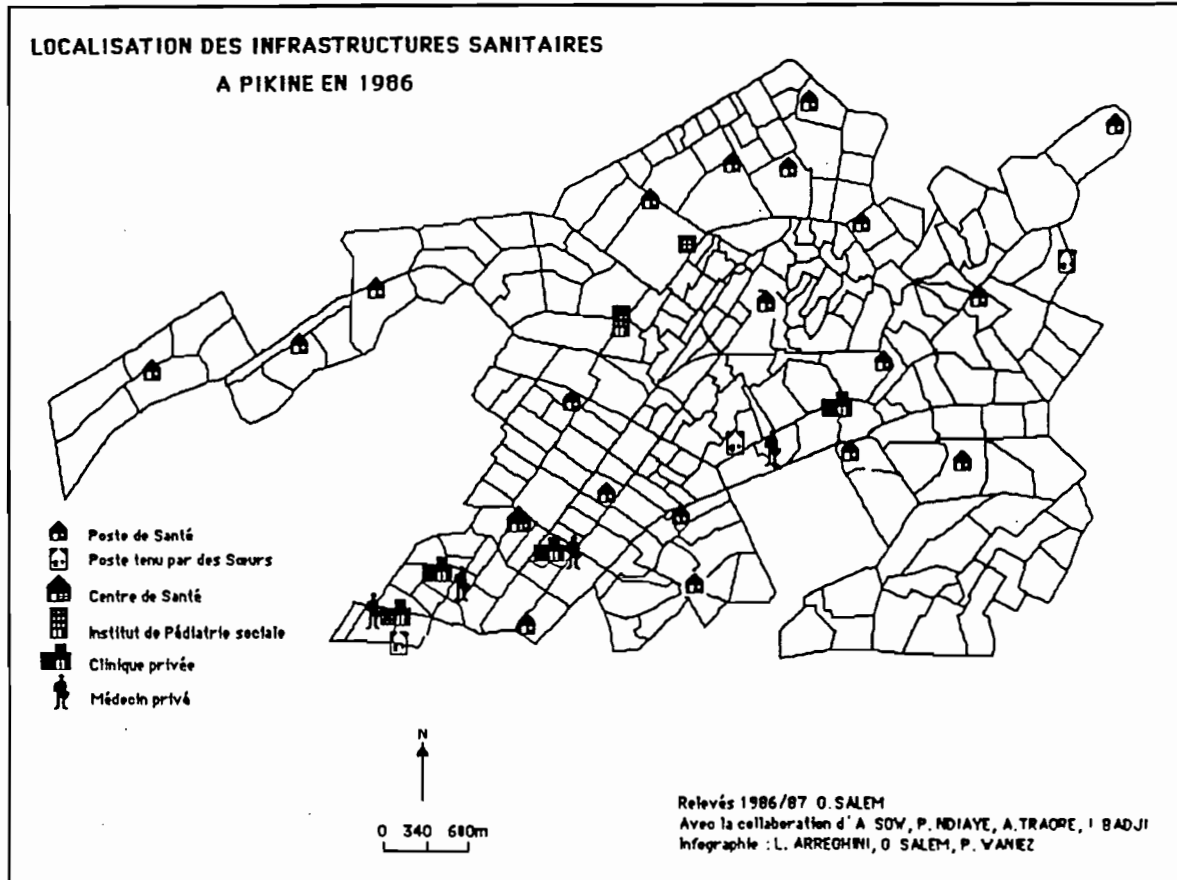
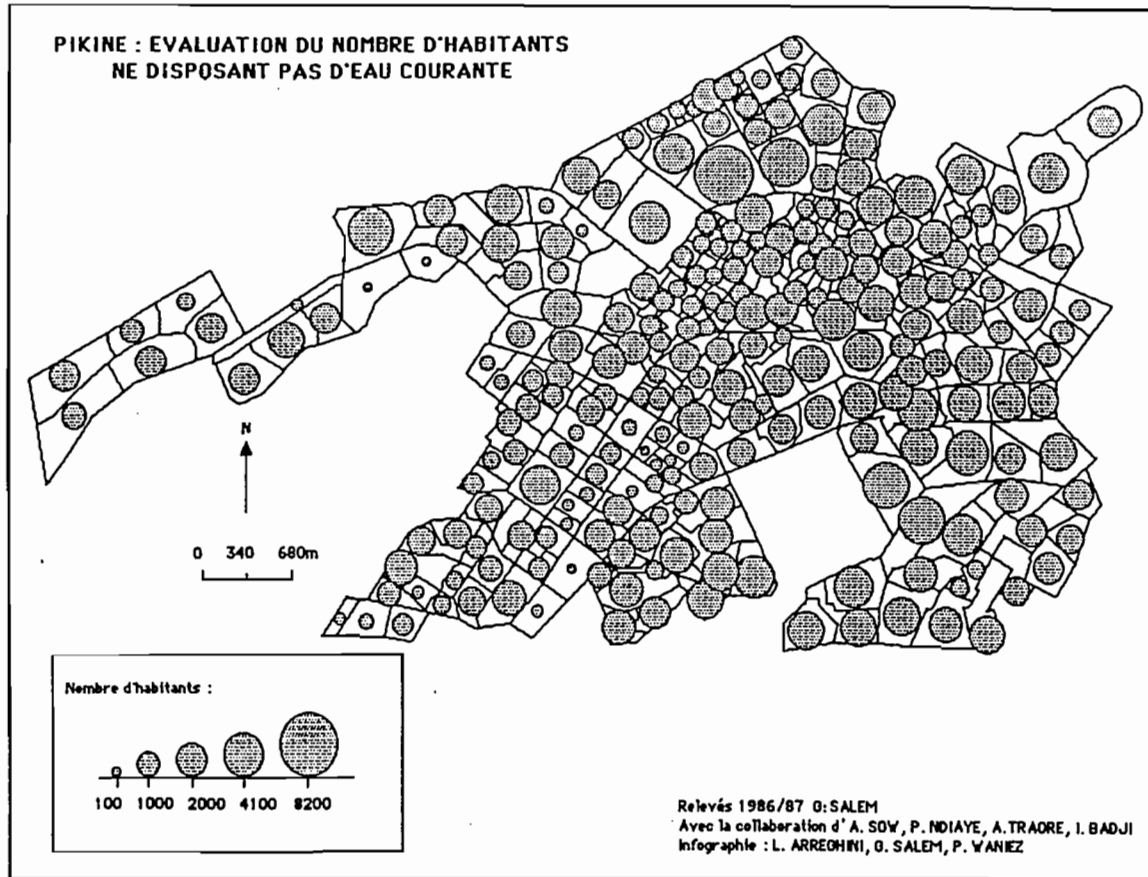


FIGURE 5.5



Le phénomène majeur au plan de la santé est celui de la promiscuité humaine en ville (voir paragraphe 2.3.). Une analyse des densités par type d'habitat mise en relation avec une étude sur l'approvisionnement/évacuation de l'eau et sur l'hygiène du milieu rend globalement compte des facteurs de risques liés à l'environnement (maladies liées à la promiscuité et au manque d'hygiène).

Cette approche par thèmes précis permet de rendre compte des formes concrètes d'urbanisation. Cela est d'autant plus important que la ville ne se construit plus maintenant comme il y a 50 ans et cela n'est pas sans conséquence au plan de la santé. L'urbanisation progressive des années cinquante a laissé place à une urbanisation rapide qui se manifeste par :

- une croissance périphérique accélérée et le plus souvent irrégulière : à une *dursification* lente du bâti (case ou tente, puis baraque, puis maison) se sont substituées des constructions d'emblée définitives. Les quartiers éloignés de tout, privés des équipements collectifs élémentaires (fig. 5.4 et 5.5) notamment d'un bon accès à l'eau, posent des problèmes sanitaires spécifiques : mauvaise hygiène du milieu, éloignement des services de santé, etc.;
- la densification/taudification des quartiers anciens : proches des lieux d'emplois et des équipements, ces zones font l'objet d'une pression foncière importante, qui se traduit par une densification de l'habitat et du peuplement, sans que les commodités d'hygiène suivent (fig. 5.6 et 5.7).

Les habitants de ces zones, régulières ou non, sont plus exposés que d'autres aux pathologies de la promiscuité.

Quel que soit le cas de figure, une attention concrète devra simultanément être portée aux ressources en eau de la zone étudiée, d'un point de vue tant macroscopique (fig. 5.3 à 5.6) que microscopique (fig. 5.7).

2.2. Le milieu humain : hétérogénéité sociale et choc culturel

Les conditions d'habitat disparates de la ville africaine correspondent à une grande hétérogénéité sociale : des gens de toutes conditions et de toutes origines cohabitent dans les mêmes agglomérations. Essentiellement composées de néocitadins, la population urbaine est caractérisée par sa pauvreté et la précarité des conditions de vie.

Peu ou pas scolarisés, sans qualification professionnelle adaptée, les nouveaux habitants des villes n'ont que peu accès à un marché de l'emploi déjà très réduit. Ils vivent souvent d'activités de débrouillardise, de petits métiers, d'expédients. Non solvables pour les logements des programmes officiels, il leur est compliqué de trouver un toit. Cette *misère économique et sociale* se double d'un véritable *choc culturel*. Le néo-urbain est confronté en ville à un environnement inconnu, à des modes de vie inhabituels, à la promiscuité, au contact avec les étrangers, à une alimentation différente, etc.

Ce monde n'est pas pour autant celui d'un vide social. Certes, les traditions de solidarité, la cohérence profonde des groupes sociaux - familiaux, ethniques, religieux - sont mises à rude épreuve en ville, mais les groupes se restructurent, interprètent les règles traditionnelles qui les lient et établissent de nouveaux modes de vie.

La santé n'est pas le moindre des domaines concernés par ces bouleversements. Pour mieux en cerner la portée, on s'attachera plus particulièrement à trois aspects : les usages quotidiens de l'espace, les itinéraires diagnostiques et thérapeutiques et le poids de la nouvelle organisation sociale sur la santé publique. Cette approche ne peut être quantifiée, elle se fait surtout par une observation régulière.

FIGURE 5.6

Densification du bâti : exemple d'un quartier de Grand-Dakar.

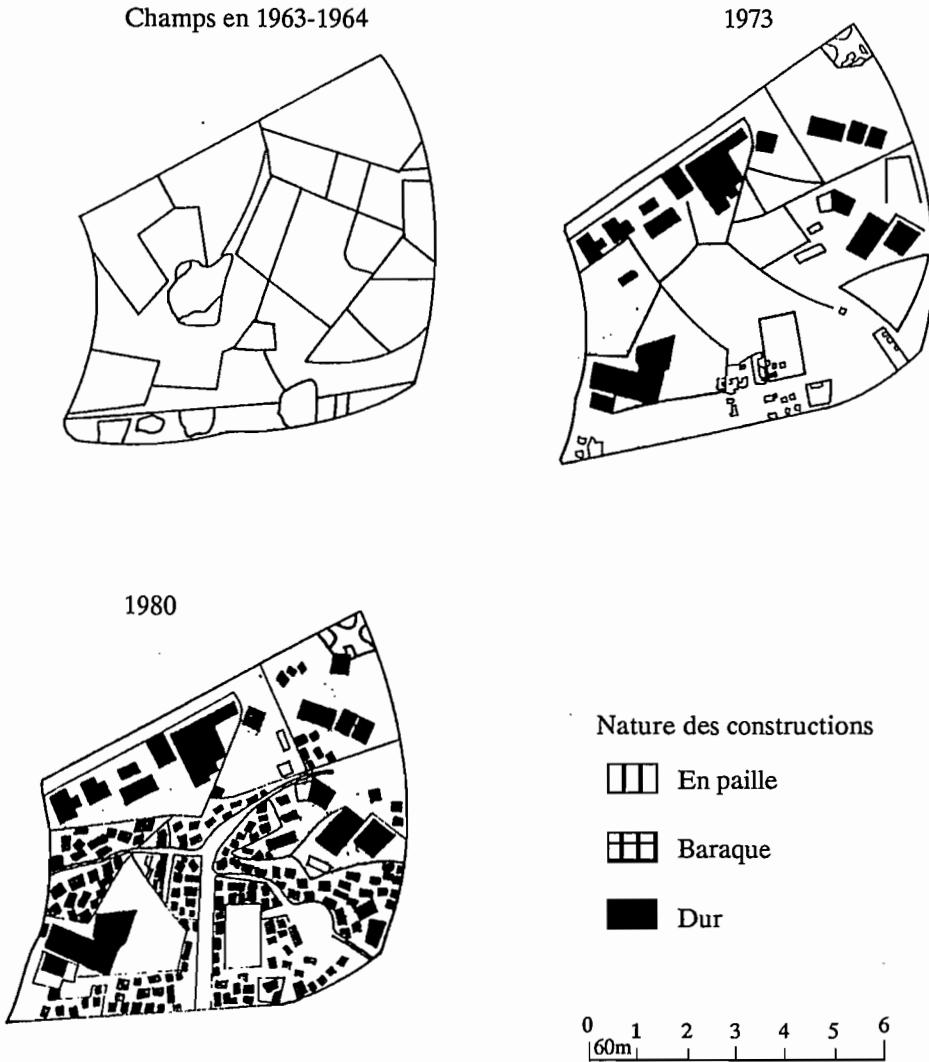
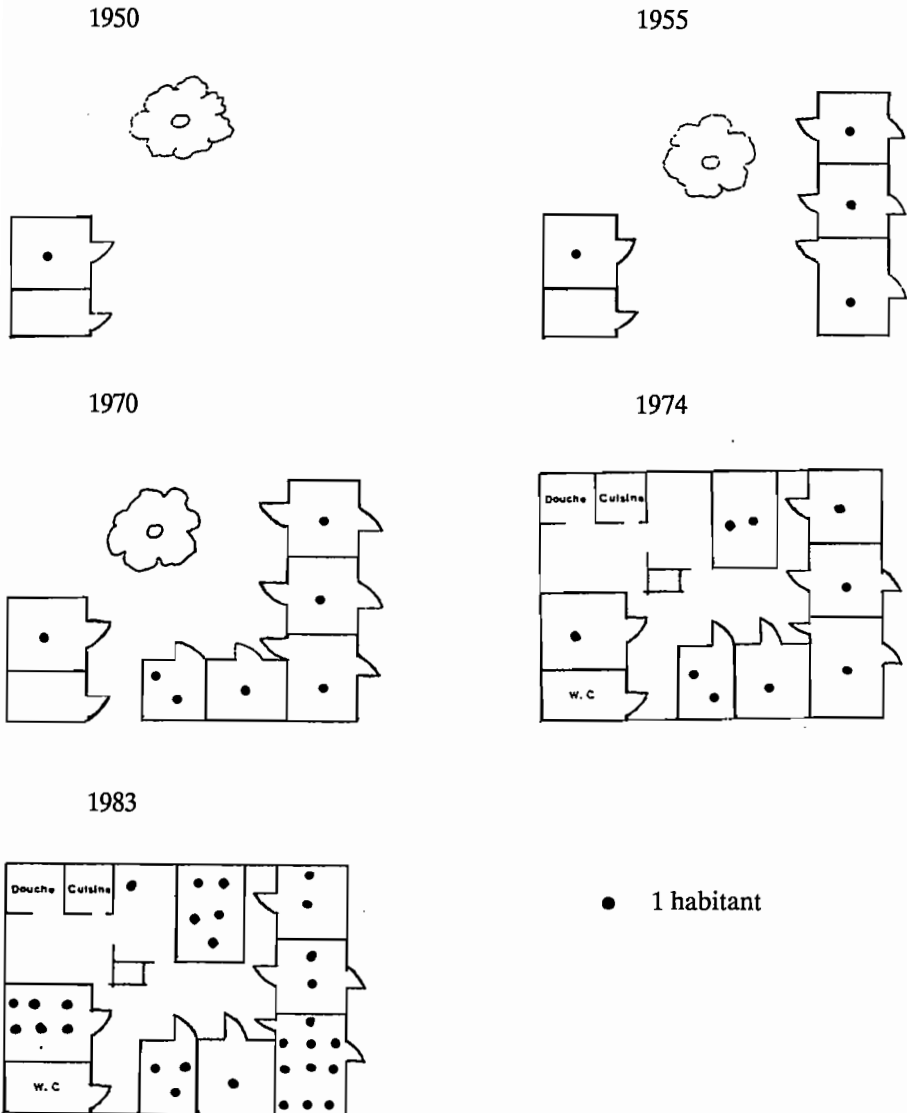


FIGURE 5.7

Densification d'une concession de la Medina de Dakar.



2.2.1. Les usages quotidiens de l'espace

Si les comportements en milieu rural sont très codifiés, il n'en est pas, spontanément, de même en ville où chacun doit faire l'apprentissage d'un mode de vie non traditionnel.

Les faits et gestes quotidiens sont bien souvent à l'origine de problèmes de santé et des groupes aux conditions d'habitat identiques seront exposés de façon différente à la maladie si leur mode de vie quotidien est différent.

Citons de façon non exhaustive :

- la *gestion de l'espace habité* : affectation des espaces (pièces d'habitation, espaces communs, cuisine, présence de bétail ...) et hygiène du milieu; il peut y avoir sur-occupation de certaines pièces par rapport à d'autres dans une même habitation et plus grand risque de transmission des maladies;
- les *activités domestiques* : préparation de la cuisine, stockage des denrées, consommation des repas; des études ont, par exemple, montré le lien entre stockage des repas non consommés et salmonelloses;
- *habitudes d'hygiène* : usages et stockage de l'eau, élimination des eaux usées et des excréta : bien souvent l'eau, propre à la borne fontaine, est polluée à la maison par le biais de mains sales trempées dans les récipients de stockage.

2.2.2. Itinéraires diagnostiques et thérapeutiques

S'il n'existe en milieu rural que peu de recours thérapeutiques, la ville se caractérise par la très grande diversité des offres de soins.

Toute la gamme des prestations existe, de la case de santé au service hospitalier spécialisé, du petit guérisseur de quartier au grand marabout.

Chacun arrive en ville avec son savoir traditionnel, ses interprétations de la maladie, ses techniques thérapeutiques. On aurait tort de ne voir en la ville qu'un lieu de déperdition des savoirs ancestraux, lieu de passage du traditionnel au moderne. La ville engendre un syncrétisme culturel qui emprunte à la fois aux systèmes anciens et nouveaux.

Les malades utilisent le plus souvent tous les recours qui leurs sont accessibles et suivent, dans la mesure de leurs moyens, un peu de chacune des prescriptions reçues. L'itinéraire thérapeutique suivi dépend notamment de l'interprétation qui est faite de la maladie.

Chaque praticien connaît ces problèmes : enfants diarrhéiques privés de boisson pour assécher l'intestin et éviter d'alimenter la diarrhée, enfants fébriles couverts de vêtements pour permettre la sortie de boutons, etc.

La compréhension de la rationalité de ces comportements est indispensable pour la définition d'une bonne offre de soins. Cela est également vrai pour les ordonnances : l'établissement d'une ordonnance règle rarement un problème; le malade est amené à faire un choix entre les médicaments prescrits et l'offre des marchés parallèles.

2.2.3. Organisation sociale et soins de santé communautaire

La croissance des villes est toujours beaucoup plus rapide que les plans d'aménagement et la planification des équipements. Le développement des franges irrégulières en est une illustration. Les autorités municipales contrôlent rarement, du moins aux plans

technique et urbanistique, leur ville. Il est donc nécessaire pour le responsable sanitaire d'identifier les secteurs importants dans la gestion générale de la ville, de définir des interlocuteurs pour la mise en place de soins de santé communautaire. Il s'agit souvent des mêmes personnes qui peuvent être à la fois représentants des populations et intermédiaires des autorités. Leur rôle est souvent essentiel dans la gestion et l'accès réel aux équipements collectifs (borne fontaine notamment), dans le contrôle de l'hygiène du milieu. Ils constituent à ce titre des intermédiaires naturels entre les projets sanitaires et la population. Leur influence peut également être déterminante pour l'obtention d'équipements collectifs supplémentaires.

2.3. Une zone épidémiologique originale et contrastée

Du point de vue épidémiologique, le milieu urbain est un système ouvert, dense et hétérogène :

- *ouvert* : flux constant d'agents et d'hôtes (voyages, migrations saisonnières, etc.);
- *dense* : interactions nombreuses entre les différents éléments du système du fait de leur présence dans un espace réduit;
- *hétérogène* : inégale répartition des phénomènes de santé à l'intérieur de la ville. A côté des zones privilégiées se trouvent des zones à haut risque sanitaire, véritables *abcès intra-urbains* où fleurissent affections transmissibles, problèmes nutritionnels, traumatismes.

Ces trois éléments, assurant la richesse et la diversité des échanges au sein du triangle épidémiologique (agents, individus, environnement), ont des répercussions sur la dynamique des faits de santé.

Ainsi, le caractère épidémique de certaines maladies transmissibles peut être atténué. Plutôt que d'assister à des explosions saisonnières, les cas sont répartis sur toute l'année, par suite de l'intense et constante circulation des germes.

L'âge de contamination est plus précoce. Si, en milieu rural, l'âge médian auquel les enfants ont la rougeole est de 30 mois, en milieu urbain dense, il est de 14 mois (Rey M., 1983) (1). Comme l'expression clinique de la maladie est fonction de la précocité de la contamination dans le cas de la rougeole, cela se traduit par un taux de létalité plus élevé.

Certaines pathologies présentent un profil spécifique en milieu urbain. Le cas de la poliomyélite est bien connu, où l'amélioration des conditions d'hygiène entraînant une infection à un âge plus avancé augmente la proportion de cas paralytiques.

L'arrivée permanente de sujets susceptibles a des répercussions au niveau de l'immunité de groupe avec des conséquences directes sur la stratégie à appliquer en matière de vaccination.

La plupart des données sanitaires ayant trait à la ville présente la situation de manière globale. L'utilisation de la moyenne, comme mesure de tendance, masque les extrêmes et simule une population qui, en fait, n'existe pas.

(1) Rey M. Urbanisation et infections virales à transmission directe. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 76, 1983, 256-262.

Les statistiques urbaines habituelles reflètent les demandes de soins enregistrées dans les infrastructures sanitaires de la localité et rapportées au nombre d'habitants. Elles donnent une image imparfaite de la situation, une des raisons premières étant que les personnes qui fréquentent les services qui fournissent cette information ne présentent pas les mêmes caractères que celles qui ont recours à d'autres formes de soins. Des enquêtes plus fines, menées dans la communauté, permettent de distinguer, à côté d'une classe favorisée, un milieu urbain pauvre. Les phénomènes de santé s'y expriment de la même façon et selon les mêmes taux qu'en milieu rural. Des études réalisées en Equateur et en Argentine montrent les différences qu'il peut y avoir entre villes et à l'intérieur des villes (Hercberg, 1983, *op. cit.*).

En Equateur, si la mortalité en milieu urbain est de 98 p.1 000, elle varie en fait de 80 p.1 000 dans les grandes villes à 117 p.1 000 dans les villes de moindre importance (*tabl. 5.II*).

A Buenos-Aires (1973) la mortalité infantile, qui est de 30 p.1 000 en moyenne, passe de 16 p.1 000 pour un niveau socio-économique élevé à 68 p.1 000 pour un niveau plus bas. Considérée selon la zone géographique, cette mortalité infantile grimpera de 17 à 45 p.1 000 selon les quartiers considérés : bidonvilles ou reste de la ville (*tabl. 5.III*).

Ebrahim (1983) (2) dans le souci de sensibiliser l'opinion médicale au problème des pauvres en milieu urbain, expose le cas de Manille aux Philippines. Le taux de mortalité infantile y est trois fois plus élevé dans les quartiers défavorisés que dans le reste de la ville, l'incidence de la tuberculose 9 fois plus importante et celle de la diarrhée deux fois.

Non satisfaits par les statistiques émanant des services de santé, des chercheurs indiens (Agarwal, 1982) (3) ont entrepris des enquêtes directes dans la communauté. Ils ont mis en évidence la situation tout à fait comparable du milieu urbain défavorisé et du milieu rural où la morbidité totale chez les enfants de moins de 5 ans est la même, mais différente du reste du milieu urbain (2 à 3 fois moins importante). Les affections les plus fréquentes sont semblables dans les trois zones : infections respiratoires, fièvres, diarrhées et vomissements. Les cas de malnutrition rencontrés dans le milieu rural et dans les bidonvilles ne se retrouvent pas dans le reste de la ville.

L'hétérogénéité du milieu urbain apparaît aussi dans la répartition des cas de maladies parasitaires intestinales. Eyckmans (1983) (4) souligne la nécessité de subdiviser la ville en plusieurs zones, l'expression de l'infection y étant différente. D'importantes variations de prévalence sont notées entre les différentes zones pour l'ascaridiose, la trichocéphalose et l'ankylostomiase.

Elles sont à mettre en relation avec le niveau d'hygiène, l'habitat, la nature des équipements privés et publics et d'autres facteurs liés à l'environnement urbain.

Les auteurs insistent sur la fréquence élevée des maladies sexuellement transmises, la résistance des germes, la précocité de la contamination et l'existence de populations à risque (hommes jeunes et prostitué(e)s).

(2) Ebrahim. Primary Care and the Urban Poor. *Journ. Trop. Ped.*, 1983, 29, 2-3.

(3) Agarwal Dev K., Katiyar G.P., Yadav K.N.S. et Agarwal K.N. Mobility Pattern in Underfive Children. *Journ. Trop. Ped.*, June 1982, 28.

(4) Eyckmans L. Maladies parasitaires intestinales en milieu urbain tropical. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1983, 76, 263-268.

Tableau 5.II : Urbanisation et mortalité.

EQUATEUR (1969-1970)		Mortalité pour 1 000
ZONES URBAINES	TOTAL	98
	GRANDES VILLES	80
	AUTRES VILLES	117
ZONES RURALES	TOTAL	145
	ZONES RURALES CONCENTREES	134
	ZONES RURALES DISPERSEES	151

Source : Herberg S. *Etat de santé et état nutritionnel des enfants : différences entre milieu rural et urbain*. Centre International de l'Enfance. "Séminaire sur l'alimentation du jeune enfant et urbanisation rapide dans les pays en voie de développement". Paris, 1983, 1-4.

Tableau 5.III :Urbanisation et mortalité infantile.

BUENOS-AIRES (1973)		Mortalité infantile pour 1 000
TOTAL POUR LA CAPITALE FEDERALE		30
Zone géographique	Zone de bidonvilles	45
	Reste de la ville	17
Migration vers ville	Immigrant	39
	Non immigrant	20
Indicateurs socio- économiques	Plus bas niveau	68
	Plus haut niveau	16
Statut marital de la mère	Mère non mariée	42
	Mère mariée	22

Source : Hercbert S., 1983, *op. cité.*

Les rapports mettent en évidence l'apparition dans les villes d'un faisceau de pathologies dites de civilisation liées au développement, où les maladies cardiovasculaires côtoient le diabète, les troubles gastriques, les accidents de circulation et les problèmes de santé mentale.

La pathologie urbaine ne trouve pas seulement son origine dans une ambiance microbienne particulière. Elle est aussi la résultante d'une série de facteurs économiques, sociaux et culturels. Cela se traduit par l'émergence des affections modernes précitées et par une quête thérapeutique originale et variée qui interfère avec le cours de la maladie. La présence anormalement élevée de bacilles tuberculeux polyrésistants en milieu urbain est attribuée au vagabondage médical des malades qui, en ville, vont fréquenter plusieurs systèmes de soins avec pour corollaire un traitement irrégulier générateur de résistances.

Pour la plupart des villes, les pathologies susceptibles d'être rencontrées sont très souvent connues et bien étudiées. Quiconque y prend des responsabilités médicales trouvera dans la littérature - thèses, revues - des renseignements valables qui ne négligeront pas les particularités médicales locales.

Les solutions techniques (thérapeutiques) posent rarement de graves problèmes. Le véritable défi apparaît au moment de la mise en oeuvre des programmes et de leur intégration dans un système de santé adapté au milieu urbain, prenant en compte l'ensemble de la population, des déterminants de la santé et des causes de la maladie.

3. Soins de santé primaires en milieu urbain

Les soins de santé primaires (SSP) sont à la base de tout système de santé décentralisé (Alma Ata, 1978). Trop souvent, en milieu urbain, ils ne constituent qu'un appendice négligé, exilé à la périphérie de l'hôpital. Si le réseau sanitaire primaire bénéficie en milieu rural d'une planification volontaire, en ville il n'est encore fréquemment que le résultat d'une succession d'accidents.

Lors de la mise en oeuvre d'un programme sanitaire adapté au milieu urbain, l'expérience acquise dans les zones rurales pourra être retenue, mais devra tenir compte des particularités citées plus haut. Comme en milieu rural, les prestations devront être :

- simples et efficaces en matière de coûts, de techniques et d'organisation;
- facilement accessibles sur les plans géographique, économique et culturel;
- fondées sur les ressources locales, matérielles et humaines, tant au niveau de la conception que de la conduite des activités de santé.

La planification et l'organisation des SSP dans une communauté urbaine requièrent l'inventaire des différentes *composantes du système sanitaire*. L'information de base fournit des renseignements qualitatifs et quantitatifs concernant la demande, les besoins et l'offre en matière de santé.

Ces éléments sont nécessaires pour fixer les *priorités* en fonction des *ressources* disponibles ou mobilisables. Un *plan d'action* pourra alors être mis en oeuvre pour atteindre de manière efficiente les objectifs fixés. Un processus continu d'*évaluation* permet l'*ajustement* permanent du fonctionnement des structures aux fins d'améliorer la qualité des services rendus aux populations.

L'analyse qui suit tente de présenter les caractères du système de santé spécifiques à la ville et dont il faut tenir compte dans la mise en oeuvre d'un programme de soins de santé primaires en milieu urbain.

3.1. Formulation de la demande

La demande est l'expression des problèmes de santé par les populations. Elle repose sur la perception que les gens ont des phénomènes de santé. Elle a une dimension individuelle - démarche ayant son origine dans la souffrance d'une personne - ou collective - traduction d'un *manque* sanitaire ressenti par la communauté. En milieu rural, la formulation se fait sans trop de problèmes à travers les instances représentatives du village. Le sentiment d'appartenance à une communauté est fort, les circuits de communication bien établis, reconnus et acceptés de tous. En ville, où la société est fragmentée, le contexte est moins bien adapté à l'engagement communautaire. Une partie de la demande s'exprimera au travers de groupes constitués : partis politiques, associations professionnelles, confréries religieuses, groupements ethniques, etc.). Les problèmes des individus ou des familles qui n'ont pas accès à ces organisations peuvent passer inaperçus. Il faut rester attentif à ce fait, encourager une véritable participation communautaire à l'effort de santé. Cette collaboration peut prendre des formes diverses. Elle aboutit fréquemment à la constitution de *comités de santé* qui, selon une démarche et une structure adaptées au milieu, regroupent des individus qui ont la volonté de représenter les populations et auxquels les populations font confiance.

Il est important que les relations entre les services de santé et la communauté soient institutionnalisées et que les comités de santé soient officiellement reconnus, et par les techniciens, et par les populations. Des *comités de santé* structurés, où les tâches des différents membres sont définies et communiquées à tous, sont indispensables pour assurer un dialogue continu avec les services de santé. Cela favorise également la représentativité et constitue un gage de stabilité dans un milieu mouvant. En zone urbaine, le comité de santé a un rôle prospectif, allant à la rencontre des gens et se faisant l'interprète des problèmes de tous, y compris des pauvres et des isolés. Une organisation forte augmente le pouvoir du comité et l'autorise à gérer les ressources fournies par la collectivité. C'est un facteur essentiel pour une réelle participation communautaire avec décentralisation et prise de décision à l'échelon périphérique.

3.2. Identification des besoins

La reconnaissance des problèmes de santé, réels et potentiels, au sein de la communauté urbaine, est du ressort des services de santé. L'analyse de la fréquence, de la gravité et de la sensibilité des cas aux mesures curatives et préventives oriente le choix des priorités d'action. Si ce domaine, proche du recueil de l'*information sanitaire*, est réservé aux professionnels de la santé, les populations n'en seront pas exclues. Leur collaboration est précieuse, car elle permet une approche qualitative des faits. En outre, c'est une forme d'éducation sanitaire qui améliore la compréhension et la perception des activités des services de santé.

Comme les professionnels de la santé, concentrés dans les villes, ont tendance à évaluer les besoins en fonction de leurs compétences, il est important de mettre en place un système d'information sanitaire basé, non seulement sur l'exploitation des données fournies par les formations sanitaires existantes, mais aussi sur des recherches effectuées dans la communauté.

La première méthode donne des indications sur l'utilisation des services de santé. Suivie sans discernement, elle a pour résultat l'hypertrophie des services les plus importants sans permettre de vérifier s'ils répondent effectivement aux besoins prioritaires de la population.

3.3. Information sanitaire

Le but de l'information sanitaire est d'orienter l'action. Elle identifie les faits de santé et surveille leur évolution, en particulier par rapport aux interventions. White (1983) (5) note très justement qu'un système d'information sanitaire a pour objectif global de renseigner le public et ses représentants politiques, les décideurs, les administrateurs et les dispensateurs de services, sur la nature et l'ampleur des problèmes de santé de la population et sur l'impact qu'exercent sur ces problèmes des facteurs et des services très divers.

Le système d'information doit être simple et efficace et les données utilisables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La première tâche du responsable est donc de mettre au point un outil permettant de recueillir l'information. Pratiquement, en milieu urbain, cela reviendra souvent à simplifier ce qui existe. Le simplifier jusqu'à le rendre pertinent pour l'utilisateur privilégié qui est celui qui recueille l'information.

Il faut éviter la tentation bureaucratique qui pousse à la collecte d'un trop grand nombre de renseignements qui ne sont jamais exploités et dont la qualité est plus que discutable. Les organismes ou institutions qui souhaitent des informations détaillées doivent s'adresser à la direction urbaine de la santé, qui, en collaboration avec eux, identifie la méthode la plus efficace pour arriver au but recherché. Le plus souvent, des enquêtes spécifiques, coordonnées au niveau de la zone, aboutissent au meilleur résultat.

Des méthodes susceptibles d'aider à la solution de ces problèmes sont développées aux chapitres 3 et 4.

3.4. Offre et utilisation des services

L'infrastructure en milieu urbain est à l'image de l'habitat, hétérogène et relativement dense. Elle se caractérise ainsi par la multiplicité de services spécialisés qui ont une approche sectorielle et verticale peu compatible avec les exigences des soins de santé primaires.

La situation décrite par Gateff (1982) (6) pour Abidjan est valable pour beaucoup de capitales et grandes villes africaines (*tabl. 5.IV*).

La relative abondance de l'offre ne doit cependant pas masquer la répartition inégale des infrastructures et les limites de leur accessibilité. A côté du secteur officiel -reconnu- privé ou public, étatique, municipal ou universitaire, les thérapeutes traditionnels fournissent des prestations curatives et préventives. Cette offre, difficile à évaluer quantitativement, représente une part importante de la quête de soins. Lors de l'évaluation du secteur de santé du Caire, Hassouna (1983) (7) souligne le recours tant des utilisateurs que des prestataires à une grande diversité de ressources de soins de santé plutôt qu'à une ressource unique. Il est fait appel à l'initiative personnelle et aux secteurs parallèles aussi bien qu'aux secteurs officiels.

(5) White K.L. Nouveau regard sur l'information sanitaire. *Forum Mondial de la Santé*, 1983, 4, 414-420.

(6) Gateff C., Le Bras J. Problèmes épidémiologiques des grandes villes africaines. *Médecine Tropicale*, mai-juin 1982, 42, n° 3.

(7) Hassouna W.A. Joint UNICEF/WHO meeting on primary health care in urban areas. Genève, July 1983, 25-29.

Tableau 5.IV : Hétérogénéité de l'infrastructure sanitaire (Abidjan).

Secteur public		Secteur privé	
2	Centres hospitalo-universitaires	15	Cliniques médico-chirurgicales
1	Hôpital polyvalent (+ 1 en construction)	25	Cabinets médicaux
4	Instituts (Cardiologie, Stomatologie, Hygiène, Santé publique)	6	Cabinets dentaires
1	Centre de transfusion sanguine	1	Centre de radiologie
2	Centres antituberculeux	27	Pharmacies
17	Centres de santé urbaine	6	Laboratoires d'analyses
8	Centres de PMI	16	Infirmiers privés agréés
9	Maternités urbaines		
10	Inspections médico-scolaires		
1	Dispensaire pour fonctionnaires		
2	Centres médico-sociaux		
57	Formations de 11 types différents	102	Formations de 8 types différents

Source : Gateff C. La surveillance épidémiologique en milieu urbain tropical. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1983, 76, 300-306.

La personne souffrante, confrontée à la diversité de l'offre, veut mettre tous les atouts de son côté. Il faut respecter cette attitude, mais être conscient qu'elle interfère avec l'observance des traitements prescrits, la sélection des prescriptions se faisant selon des critères imprévisibles.

En milieu rural, l'accessibilité physique - distance - conditionne directement l'utilisation des services de santé. La relation entre une infrastructure sanitaire et sa zone d'attraction est évidente et le système d'orientation recours naturellement respecté. En ville, les barrières physiques tombent et la fréquentation des formations sanitaires va répondre à d'autres facteurs : sociaux, culturels, économiques, etc. Parmi ceux-ci, la réputation dont il est difficile de déterminer les critères est un facteur d'attraction important. Le résultat sera une inégale utilisation des infrastructures : certaines unités de soins sont débordées principalement par les activités curatives, alors que d'autres sont largement sous-utilisées. Il appartient aux responsables de l'organisation de la structure sanitaire de veiller à l'équilibre dans l'utilisation des infrastructures. Un relatif succès de foule, dont il serait vain de se glorifier, risque d'interférer négativement avec une réelle prise en charge des problèmes de santé de la communauté dont est responsable l'infrastructure.

Enfin, rappelons que sur le plan de la spatialisation des faits de santé, ce serait une erreur que de localiser les cas notifiés à l'endroit où se situe l'unité de soins qui en a fait la déclaration.

3.5. Organisation de l'infrastructure sanitaire urbaine

Pour être efficace, le système sanitaire urbain doit être simple. Un réseau d'infrastructures polyvalentes offrant des services intégrés et continus, basés sur les différentes composantes des soins de santé primaires vaut mieux qu'un amalgame de structures spécialisées. Ce qui est en jeu ici, c'est la couverture effective et globale des besoins de santé de la communauté urbaine. Quatre niveaux sont identifiés qui regroupent les différents individus, groupes et personnels de santé impliqués dans la mise en oeuvre des programmes de soins de santé primaires. Il s'agit du foyer, de la communauté, du premier établissement de santé et du premier échelon de recours qui, dans la classification adoptée au chapitre 4 pour les zones rurales, correspondent à la famille, au village, au centre de santé de secteur et au centre de santé de district.

3.5.1. Foyer

C'est l'élément de base de la communauté qui est explicitement responsabilisé dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. On sera attentif à cerner les capacités réelles d'auto-prise en charge sanitaire, eu égard aux conditions de vie dans un environnement urbain donné. Les structures familiales sont tellement variées, non seulement entre villes différentes, mais à l'intérieur d'une même cité, qu'il apparaît vain d'énoncer des recommandations générales. La situation du migrant, nouvellement arrivé, logé de façon précaire, est radicalement différente de celle d'une famille habitant, depuis plusieurs générations parfois, une maison qui lui appartient en propre. Si une structure familiale stable favorise l'accès (et la continuité) aux soins, un foyer désuni ou en situation irrégulière apparaît comme un facteur de risque sanitaire important, particulièrement pour les enfants. Très souvent, la femme joue seule le rôle de chef de famille, ayant la charge des enfants et réglant - ou essayant de le faire - les problèmes domestiques. Il faudra suppléer à l'isolement des familles les plus démunies en favorisant la création de réseaux de voisinage. Les services de santé, aidés en cela par des intermédiaires oeuvrant au sein de la collectivité, doivent dépister de manière active les individus et familles à risque et en cas de problèmes - économiques, mais aussi sociaux, par exemple la garde des enfants, etc. - les mettre en rapport avec des structures communautaires de soutien.

3.5.2. Communauté

Une des caractéristiques des soins de santé primaires est l'attention apportée aux besoins de la collectivité et l'implication de celle-ci dans le choix et l'exécution des activités. Longtemps, on a cru que les habitants des quartiers pauvres des villes étaient incapables de s'organiser. On pense actuellement que les ressources mobilisables au sein de la communauté urbaine sont plus importantes que les estimations précédentes ne le laissent croire.

Pour réussir, les initiatives doivent venir de la communauté elle-même, correspondre à des problèmes concrets, perçus et formulés par les gens. Il faut que les personnes soient impliquées dans l'exécution du programme, et dans la gestion des ressources, et que les structures sociales existantes - s'il y en a - soient respectées. Dans le but de stimuler et de coordonner les activités entreprises au niveau de la collectivité, on favorisera la constitution d'un comité pour le développement sanitaire (voir paragraphe 3.1.).

Ce comité participe avec les professionnels à la reconnaissance des problèmes de santé, à l'identification des groupes cibles et des personnes à risque.

A l'interface entre les populations et les services de santé apparaît l'agent de santé communautaire (ASC). Il est considéré comme un agent de liaison et d'animation entre les habitants et le premier établissement de santé. Emanant de la collectivité, choisi par elle parmi ses membres, il dépend administrativement d'elle. Les expériences et projets utilisant de tels agents sont nombreux. Encore une fois, étant donnée la diversité des situations, il est illusoire de vouloir dresser un profil de ce type d'agent et définir précisément son rôle. Ce qu'il convient de souligner, c'est que l'ASC doit répondre aux besoins de la collectivité et ne pas être simplement un prolongement des services de santé. Idéalement, ce type d'intermédiaire est amené à disparaître : les services de santé seront également accessibles à tous. Ce dialogue direct suppose un certain développement *social* de la communauté urbaine (et des services de santé...). Le *tableau 5.V* illustre diverses situations dans lesquelles l'ASC peut être utilisé en milieu urbain.

3.5.3. Premier établissement de santé

Poste ou centre de santé, peu importe l'appellation, c'est le niveau de premier contact entre la population et la structure sanitaire. C'est la véritable cheville ouvrière des soins de santé primaires. Il est préférable d'organiser plusieurs petites unités de soins plutôt que quelques grands centres, de façon à diminuer le seuil physique et psychologique de l'accessibilité (Jancloes, 1979) (8). L'objectif est d'assumer une véritable prise en charge des problèmes de santé de toute la population et ne pas se contenter de satisfaire de manière plus ou moins performante à une demande d'ordre curatif.

Pratiquement, chaque unité de base doit assumer la responsabilité d'une zone géographiquement délimitée. En collaboration avec les instances communautaires et le premier échelon de recours, il faut instituer un programme de *couverture sanitaire globale* pour la zone en question, c'est-à-dire mettre en oeuvre toutes les activités nécessaires à une prise en charge globale de la santé. En fonction des ressources disponibles et de l'étendue de la zone à couvrir, des priorités d'action sont déterminées : connaissance de la population, identification des ressources, information sanitaire, lutte contre la diarrhée, programme élargi de vaccination, suivi nutritionnel des enfants malades, etc.

(8) Jancloes M. Autogestion communautaire et couverture sanitaire : Projet de Pikine - Sénégal. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 1979, 59, Suppl., 81-88.

Tableau 5.V : Rôle de l'agent de santé communautaire en fonction du milieu urbain.

DEGRE D'INTEGRATION EN VILLE	NIVEAU D'INTERVENTION DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE	NATURE DE L'INTERVENTION DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE
FAIBLE	INDIVIDU, FAMILLE	AGENT DE LIAISON
INTERMEDIAIRE	COMMUNAUITE	ANIMATEUR
DEVELOPPE	(1)	

- (1) A ce stade, un dialogue direct entre la communauté et ses membres est préférable à l'utilisation d'un échelon intermédiaire supplémentaire.

Les activités à mener étant identifiées, il faut pour chacun des niveaux appliquer le processus de planification décrit au chapitre 3 et vérifier que soient pris en compte tous les déterminants identifiables de l'état de santé : comportements, environnement, facteurs biologiques, ainsi que tous les niveaux possibles d'intervention : prévention, action curative, réhabilitation ...

3.5.4. Premier échelon de recours

Si, en milieu rural, la configuration géographique (distance) répond à la hiérarchie de la structure sanitaire, en ville les différents niveaux sont également accessibles du point de vue physique.

Si le poste ou centre de santé et le premier échelon de recours sont situés en un même endroit, le risque de concurrence, double emploi, etc., est grand. Les établissements périphériques ont tendance à être court-circuités et les échelons de recours sont surchargés par des cas qui auraient dû être pris en charge plus en amont.

La revue des facteurs guidant l'utilisation des services indique que, lorsque la confiance est bonne, le niveau de premier contact obtient en matière de continuité des soins des résultats comparables, sinon meilleurs, que l'échelon de recours.

La bonne performance de la structure la plus périphérique s'explique par la prise en charge globale et effective des problèmes qui lui sont présentés. Le professionnel de la santé qui oeuvre à cet échelon s'efforcera de donner une réponse à toute demande qui lui est soumise. Cela est réalisé grâce à un processus décisionnel - prise en charge, référence - appliqué dans le cadre d'une activité standardisée et supervisée.

Il appartient au niveau de premier recours, en collaboration avec les différents intervenants, d'identifier la séquence des tâches à effectuer aux différents échelons selon, par exemple, le modèle proposé ci-dessus. C'est également le premier recours qui a en charge l'animation de toute l'infrastructure sanitaire de la zone de santé.

En milieu rural, l'abondance des problèmes, la multiplicité des sollicitations sont susceptibles d'engendrer une hyperactivité stérile ou un découragement tout aussi improductif.

Aux plaintes concernant le manque de personnel, de matériel ou de moyens financiers, il faut opposer une attitude positive orientée vers l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Dans cette perspective, il est efficace de sérier les grands problèmes en une multitude de petites questions concrètes, et de mettre en oeuvre rapidement des plans d'action à court terme permettant de concrétiser l'évolution et soutenant avantageusement le progrès. Les objectifs finaux servent alors simplement de référence pour situer l'activité actuelle dans un cadre d'ensemble.

CONCLUSION

Les villes africaines sont des entités épidémiologiques très complexes : à côté d'individus privilégiés vit le grand nombre, les pauvres de la ville, qui présente des caractéristiques épidémiologiques propres, comparables en gravité à celles du milieu rural le plus défavorisé.

Pour prendre en charge les individus menacés vivant dans les zones urbaines à haut risque, il est essentiel de renforcer - ou de créer - un réseau sanitaire qui offre des soins continus, intégrés et globaux. Cela exige une collaboration parfaitement organisée entre tous les échelons des services de santé et un effort intersectoriel qui intéresse les différentes structures du développement. La participation et l'engagement communautaire sont à la base du processus dynamique de déploiement de l'effort de santé. Si le niveau de premier contact est le moteur de l'action, celle-ci doit être orientée et coordonnée par l'échelon de premier recours, le tout étant soutenu par une volonté politique nationale clairement exprimée.

REFERENCES SELECTIONNEES

Salem G. et Jeannée E. (édit). Urbanisation et santé dans le Tiers Monde; transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. ORSTOM, 1989, Collection colloques et séminaires, 548 p.

Urbanisation et médecine. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1983, 76, n^o spécial.

Villes africaines. *Cahiers d'études africaines*, 1976, XVIII, (3).

Villes africaines au microscope. *Cahiers d'études africaines*, 1983, XXI, (1-3).

Jeannée E., Salem Gérard (1989)

Situations particulières des zones urbaines

In : Rougemont A. (ed.), Brunet-Jailly Joseph (ed.). Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux

Paris : Doin, 193-218

ISBN 2-7040-0609-1