

Urbanisation et santé à Pikine

Etat d'avancement des recherches au 30/12/1987

Gérard Salem

Convention de recherche MRT-ORSTOM

Décision d'aide n°84.L0657

ØS6 SOCSAN, SAL



F 24792

Urbanisation et santé à Pikine

Etat d'avancement des recherches au 30/12/1987

Gérard Salem

Parmi les multiples dimensions déconcertantes de la croissance urbaine des pays du Tiers Monde, les aspects sanitaires sont probablement ceux qui, au regard de leur importance, ont été le moins étudiés, ce particulièrement en Afrique Noire. Le passage en quelques décennies de villes moyennes à des villes millionnaires pose pourtant des problèmes aigus :

- . aux planificateurs de santé publique qui ont la lourde charge d'équiper, sans grands moyens publics, des villes dont ils ne maîtrisent pas la croissance.

- . aux responsables locaux qui doivent définir des stratégies de prévention et de soins adaptées à des populations majoritairement pauvres, socialement et culturellement variées.

Une réflexion approfondie se développe actuellement dans les pays du Tiers Monde et les organisations internationales sur les spécificités des problèmes sanitaires en milieu urbain.

Il semble que l'ensemble des disciplines scientifiques - biomédicales et sciences sociales - intéressées à ces problèmes, aient également pris en matière de recherche un retard sur l'événement.

Les travaux sur Pikine ont été menés avec le souci de développer simultanément

- . la recherche fondamentale sur les relations entre urbanisation et santé dans les villes africaines et ses implications en santé publique

- . la recherche sur un projet de développement de soins de santé primaires

1 - Le choix du site de Pikine

Deux arguments nous ont fait choisir la ville de Pikine comme lieu d'étude

- Notre exigence d'articuler recherche fondamentale/recherche finalisée et étude d'un projet de développement nous imposait de travailler avec une équipe de praticiens constituée, motivée et acceptant d'être à la fois actrice et ... objet de la recherche. Cette collaboration s'est développée au point de redéfinir le programme "Urbanisation et Santé à Pikine" comme un programme commun à l'équipe Orstom et au projet belgo-sénégalais de soins de santé primaires. Nous verrons plus loin les traductions de cette coopération dans la définition même de la recherche et les prolongements concrets de ces concours mutuels, notamment dans la politique de publications.

- La ville de Pikine, comptant environ 650 000 habitants, répondait en outre à notre volonté de travailler sur une grande ville (là où s'urbanise l'Afrique) afin de définir une méthodologie d'étude sur la santé de grands espaces spatialement, socialement et culturellement diversifiés, en l'absence de documents de base fiables (cartes et statistiques).

2- Le projet global de recherche

Rappelons brièvement pour le présent rapport que le projet initial de recherche s'articulait autour de deux objectifs : - mettre en évidence la diversité sociale et spatiale des faits de santé dans la ville pour révéler une dimension de la société

- chercher en quelque sorte à caractériser une société par ses faits de santé.

Déterminer comment une société expose différemment ses membres à la maladie et à la mort

- par sa gestion de l'environnement, par son/ses systèmes de santé- suppose le recours à des disciplines aussi différentes, par leurs méthodes et leurs objectifs, que l'écologie, l'épidémiologie, la géographie, l'anthropologie, la démographie, la nutrition, etc... La pluridisciplinarité s'exprimera dans la réponse donnée par chaque discipline ou groupe de disciplines aux questions communes: définir un état de santé, les déterminants d'un état de santé, plus généralement un fait de santé, apprécier, mesurer les différentes dimensions et les différences de ce que l'on ne sait pas très bien définir (la santé). La dynamique pluridisciplinaire se révèle certes dans les apports respectifs de chacune des disciplines concernées à la question générale, mais plus encore à leur aptitude à finaliser les rapports et les passages d'un paradigme disciplinaire à un autre - i.e, à poser des questions - pour reformuler la question dans des termes conformes à ses exigences de discipline. La recherche réalisée à Pikine s'est déroulée dans le respect de cette exigence - on verra plus loin la diversité des démarches adoptées par chacun, parfois sur les mêmes sujets de recherches - et par voie de conséquence à ne développer, surtout dans le domaine épidémiologique, que les recherches pour lesquelles nous disposions de spécialistes (cf § 3)

Aux problèmes généraux de la pluridisciplinarité s'ajoutent les problèmes théoriques et méthodologiques particuliers au travail en milieu urbain. La ville, par sa diversité et son exigüité, se prête difficilement aux catégories scientifiques usuelles des sciences sociales (espace, limite, groupe social, culture, etc ..). La complexité du milieu épidémiologique urbain - dense, hétérogène et ouvert- rend particulièrement délicate l'établissement de relations de causalité linéaire entre environnement physique, social et santé .

3. Le déroulement du programme

Le programme de recherches mené à Pikine s'est déroulé sur le double rythme des échanges établis avec le projet de soins de santé primaires et les autorités pikinoises et sur celui des contraintes propres à une équipe de recherche constituée au coup par coup.

La collaboration avec le projet de soins de santé primaires (SSP) présentait l'avantage de travailler in situ avec les acteurs d'un projet de développement, des responsables aux infirmiers, de s'appuyer sur l'infrastructure existante. En retour, le travail de recherche s'est défini en tenant compte des programmes en cours, des priorités d'actions, des besoins ressentis par les praticiens du projet de

SSP. Cette collaboration nous a permis de définir des recherches s'appuyant sur les structures sanitaires (cf § 32, les recherches sur l'activité des postes de santé, et §33 sur l'hypertension dans la population consultante), d'assurer, dans les meilleures conditions, le retour de l'information aux personnels soignants et d'apporter notre pierre à l'évaluation des activités en cours et à la définition des lignes de conduite (cf le travail réalisé sur l'information sanitaire, sur la définition de zones et populations à risques etc...).

De même, les différents travaux de cartographie (croissance de la ville, équipements collectifs, géographie sociale ... cf § 3), d'étude de l'Etat Civil etc... - qui ne correspondaient pas prioritairement à l'établissement des faits de santé - menés à la demande des autorités municipales et préfectorales, nous ont à la fois permis de fournir aux décideurs les documents de base nécessaires à la gestion de la ville et de réaliser un travail direct auprès des relais locaux de l'administration et du Parti .

L'aspect "prestation de services" a donc plus alimenté que freiné le projet de recherche, étant entendu que le travail de formation des personnels et de restitution de l'information, toujours intéressant, était une contre-partie que nous nous étions nous-même fixée. Mais, plus important, l'élaboration commune de protocoles avec les praticiens, et souvent leur participation concrète à la recherche, ont permis de définir, pendant la construction des projets et leur déroulement, ici les applications concrètes des investigations de terrain, là ce qui ressort de la connaissance générale du milieu physique et social de la ville.

La note d'état d'avancement des travaux que l'on trouvera ci-dessous montre que cette collaboration s'est définie de façon progressive, différenciée et inégale selon les domaines de recherche et la disponibilité des chercheurs .

Là comme ailleurs, notre démarche a été aussi pragmatique que possible: après le travail de familiarisation avec le terrain, de construction de l'objet de recherche, de collecte des données de base (cartes, statistiques démographiques et sanitaires) nous n'avons développé les recherches épidémiologiques correspondant à nos recherches d'indicateurs de santé que quand des spécialistes de chacun de ces domaines acceptaient à la fois la responsabilité scientifique du sous-programme, les règles du jeu pluridisciplinaire et l'esprit de la collaboration avec le projet de soins de santé primaires . Ces recherches spécialisées se révèlent être des creusets de réflexions pluridisciplinaires articulant, dans l'esprit déjà décrit, recherche et action.

3.Opérations de recherche et état d'avancement des travaux

Il nous a semblé qu'en l'état actuel des synthèses personnelles et collectives des travaux menés à Pikine, une note de présentation des recherches gagnerait en "lisibilité" à être présentée en grandes rubriques (l'espace pikinois, le système de santé, l'épidémiologie, laissant apparaître les plages de travail commun aux différentes disciplines et les problématiques individuelles. Il va sans dire que ce découpage est contraire à la dynamique de recherche évoquée plus haut et que chaque

recherche avait précisément l'objectif d'établir en chaque point les liens entre environnement , système de santé et épidémiologie.

On trouvera entre parenthèses les noms des responsables de chacune de ces opérations de recherche et les numéros des textes renvoyant à la bibliographie en annexe.

31. L'espace pikinois: approche géographique (G.Salem et al)

La ville de Pikine n'avait fait l'objet d'aucune étude globale depuis les travaux des années 70 de Marc Vernière. La ville ayant entre temps plus que doublée sa population et sa surface urbanisée, il nous a fallu effectuer une mise à jour de la cartographie de l'agglomération pour caractériser ses sous ensembles et définir les zones à risques .

L'ensemble de ces données, saisies sur bandes et justifiant un traitement infographique, donneront lieu à la publication d'un jeux de cartes qui reprendra dans une première partie les données de base de la géographie urbaine et qui définira dans une seconde l'espace sanitaire pikinois.

311. Les données de base de la géographie urbaine

(ref 1,2,3,4,8,9,28,35,38,51,56,59,63,64,70,73,74,75,76)

L'étude de la croissance de l'agglomération pikinoise confirme le double mouvement observé par Vernière: développement à l'ouest des lotissements réguliers sur 12 km² et à l'est d'un front d'urbanisation irrégulier qui couvre maintenant 13 km² environ. Ce mouvement s'est accéléré en 1964, date de la Loi sur le domaine national déposant les propriétaires traditionnels du sol se leurs terres non immatriculées, et à partir de 1980 pour une raison qu'il reste à définir formellement. La croissance irrégulière de la ville est marquée par deux phénomènes liés:

- une frange en cours d'urbanisation de plus en plus importante, le plus souvent marquée par de simples fondations de maisons, grignotant les surfaces de cultures . Lié à des spéculations à long terme et à aux difficultés économiques du sénégal, le rythme de construction semble s'être ralenti par rapport à celui de ces dernières années.

- l'habitat construit est d'emblée faite de matériaux durables sur des trames variées, parfois régulière parfois si anarchiques qu'on peut dès maintenant s'interroger sur l'avenir urbanistique de tels quartiers.

Ces deux constatations nous amènent à mesurer notre hypothèse de départ sur l'accélération des phénomènes d'urbanisation à Pikine, notamment marquée par la densification des quartiers anciens. Les études microscopiques réalisées sur une vingtaine d'ilôts témoins confirment la grande variabilité des situations et l'étude rétrospective des densités de populations précisera ce processus.

La cartographie fine de l'habitat à l'échelle des 242 quartiers identifiés met en évidence l'hétérogénéité de la ville:

- . hétérogénéité d'ensemble marquée par l'opposition entre les zones de Pikine Ancien et des

parcelles assainies (zones régulières comptant majoritairement des constructions durables notamment à étages), de Guédj Awaye (zone régulière comptant un nombre impressionnant de baraques), et la ville irrégulière presque complètement construite en dur!

. hétérogénéité interne à chaque quartier ($\approx 1 \text{ km}^2$) qui limite l'intérêt de la définition de l'environnement à une telle échelle. Cette hétérogénéité, statistiquement mesurée, fera l'objet d'un traitement cartographique.

. hétérogénéité de détail, interne à chaque parcelle, rendant difficile la définition du lieu de vie d'un habitant (cf 312)

L'étude de la répartition des équipements collectifs (bornes fontaines, édicules publics, écoles, postes et centres de santé, équipements administratifs, marchés(1), transports etc...) traduit globalement l'opposition entre quartiers réguliers et quartiers irréguliers (même si l'on note ponctuellement quelques zones irrégulières bien pourvues). Le front d'urbanisation irrégulier connaît un retard important en équipements collectifs (école, eau, postes de santé, transports ...) mais on remarque également le sous équipement grave du quartier régulier de Guedj Awaye. La répartition spatiale des équipements privés (eau courante, sanitaires, électricité) laisse apparaître les mêmes tendances. La carte des consommations d'eau par personne et par jour témoignent de ces inégalités.

Les cartes des répartitions ethniques dans la ville laissent apparaître certains regroupements dans les zones irrégulières (Toucouleur à Médina Gounass, Serere à Guinaw Rail) et le poids foncier important des immigrés en France, Soninké et Mandjak, dans les quartiers de Guedj Awaye. L'étude plus fine des groupes minoritaires fait apparaître des regroupements en certains quartiers. Ces cartes contribuent à la définition de base de sondage et permettent de comparer ces données à la population fréquentant les structures de soins.

312: L'espace sanitaire pikiinois : facteurs environnementaux

L'espace sanitaire sera défini comme le résultat d'une triangulation environnement urbain, géographie des maladies et géographie du système de santé. Nous évoqueront dans ce paragraphe les facteurs de risques liés à l'environnement : site, collections d'eaux stagnantes, habitat, densités, alimentation en eau et évacuation des excréta, ramassage des ordures etc ...

Les travaux déjà réalisés montrent :

. que les risques liés à l'environnement résultent le plus souvent de combinaisons de facteurs qui imposent la construction d'indicateurs spatiaux synthétiques et spécifiques à chaque

groupe de pathologies. L'extrême promiscuité du milieu urbain détermine une intrication des échelles qui rend délicat la définition de "niche écologique" d'une population ou d'un individu et qui impose le passage d'études macroscopiques à des études microscopiques . En cela, les catégories usuelles de la géographie urbaine doivent être repensées en fonction des problèmes de santé. Ainsi avons nous pu mettre en évidence une géographie différenciée des zones à risques : paludisme dans les quartiers anciens assainis et réguliers en bordure de collections d'eau permanentes, parasitoses intestinales à helminthes dans les quartiers anciens, denses, et bien alimentés en eau; parasitoses intestinales à giardia dans les quartiers irréguliers récents, peu denses et sans eau potable. D'une façon générale, les facteurs environnementaux péjorants pour la santé (promiscuité, mauvaise alimentation en eau, faiblesse des équipements collectifs et des systèmes d'assainissement) jouent rarement simultanément dans le même lieu : aux quartiers anciens et réguliers, le meilleur niveau d'équipement publics et privés mais les plus fortes densités; aux quartiers récents et irréguliers, de plus faibles densités mais une mauvaise alimentation en eau etc.... Entre ces extrêmes, il existe toute une série de profils de quartiers qu'il nous appartiendra de caractériser au regard de chaque groupe de pathologies considéré.

Notons dès maintenant que le nombre important de recours thérapeutiques de tous types et tous niveaux possibles en ville impose plus qu'ailleurs une démarche géographique établissant les liens entre environnement, géographie des maladies et géographie du système de santé tenant compte des facteurs culturels. L'analyse spatialisée de la morbidité (§ 33), de l'activité des structures en place et de la couverture sanitaire réelle (§ 32) compléteront les cartes des données environnementales et permettront de cerner les zones à risques spécifiques et à définir des stratégies adaptées.

Ces faits de santé et les enjeux sociaux qu'il représentent contribue à montrer comment une société expose différemment ses membres à la maladie et à la mort.

32. Le système de santé pikinois

Le concept de système de santé est utilisé par les médecins de santé publique, les anthropologues et les géographes sans que les définitions soient exactement les mêmes et l'on verra une traduction de la diversité de ces acceptations dans les problématiques définies ci-dessous. Les recherches effectuées sur le système de santé à Pikine seront regroupées sous deux grandes approches, anthropologiques et de santé publique.

321. Approches anthropologiques du système de santé :

Comme cela a été évoqué plus haut, l'approche anthropologique du système de santé pikinois a fait l'objet de plusieurs recherches, pas toujours coordonnées mais bénéficiant les unes après les autres

des recherches déjà effectuées et répondant toutes globalement à la même question des déterminants sociaux des faits de santé (1). Les trois premières procèdent d'une interrogation globale sur la société urbaine (G.Salem, D.Fassin, J.F.Werner) tandis que les recherches de K. Tall et M.F. Frutoso sont davantage des études comparatives de groupes ethniques dans leur milieu rural d'origine et dans le milieu urbain pikinois.

3211: Dynamique spatiale , dynamiques sociales et contrôle territorial: les enjeux sanitaires (G.Salem) (ref 2,3,4,16,51,56,59,60,63,74)

- Dynamique spatiale et organisation politique

L'état des lieux dressé au chapitre précédent pose un certain nombre de questions importantes : le développement de la ville irrégulière et la perte du contrôle technique des autorités sur l'agglomération, l'inégale répartition des équipements et leur localisation dans des quartiers sans existence légale, certains regroupements ethniques, la diversité des zones irrégulières et l'évolution différenciée des tissus urbains, etc... Autant de problèmes qui imposent l'analyse des jeux et stratégies des groupes sociaux et institutionnels en présence à Pikine. Pour ce faire, nous avons opté pour une étude macroscopique de l'organisation politique de la ville et des relations entre l'Etat, le Parti et les groupes sociaux pikinois et une série d'études localisées à de simples îlots .

L'étude de l'organisation politique explique ces apparents dysfonctionnements: le Parti Socialiste au pouvoir opère un quadrillage systématique de la ville par des comités du parti . La superposition de l'organigramme politique à celui de l'administration (hommes et niveaux des différentes instances), désigne naturellement à l'administration l'un des responsables politiques comme chef de quartier. Ce chef de quartier assurera le lien entre l'administration et les administrés pour toutes les affaires touchant le quartier et parfois les problèmes personnels . C'est de la légitimité politique que vient la légitimité administrative, quelque soit le statut d'occupation des dits quartiers. On comprend quel parti peuvent tirer des illégaux d'une telle possibilité de reconnaissance . La carte reconstituée des découpages politico- administratifs montre l'extraordinaire quadrillage opéré et ... les vocations politiques suscitées. Cela est particulièrement marqué dans les zones dites irrégulières, la reconnaissance de fait s'accompagnant selon le mérite et le zèle de chacun de l'équipement des quartiers (bornes fontaines, électricité, écoles , postes de santé..).

Pendant de ce clientélisme, les hommes et les groupes politiques tirent leur poids, dans l'appareil du parti, de leur implantation locale; c'est dire que le système politico-administratif encourage le développement de la ville irrégulière, faisant de ces espaces le produit et l'enjeu de cette logique.

L'analyse de la composante spatiale de ces stratégies de contrôle territorial ressort d'une démarche géographique et révèle l'articulation et les jeux entre l' Etat, dépassé par la croissance de sa banlieue, et des populations en quête de légitimité . Sans ce détour politico- géographique , il serait

difficile d'expliquer l'étonnante paix sociale qui règne dans une ville a priori condamnée à être un ghetto et un foyer de délinquance. Aux conditions difficiles de l'implantation de Pikine (déguerpissements et recasements mal préparés, sous équipement, crise du logement, tissu social à créer etc.....) les autorités et des populations ont su mettre en place un système corrigeant ici les ratés d'un énorme projet, détournant là des règlements inadaptés (le premier contesté étant la Loi sur le Domaine National ou plus récemment la volonté de ne plus installer de borne-fontaines). La définition et la hiérarchisation d'unités territoriales en constituaient le préalable. Mais ce système particulièrement efficace quand la ville se crée, est miné par ses propres contradictions quand les communautés s'enracinent; on passe à terme d'une logique spatiale à une logique de réseaux sociaux.

Il est rare en effet qu'un quartier ne devienne le théâtre d'affrontements politiques dont les enjeux se raccrochent aux luttes pour le contrôle de la section (une quinzaine de comités/quartiers) et de la coordination (5 à 6 sections). La procédure est chaque fois la même: après constitution d'un comité politique réunissant une cinquantaine de militants le soutenant, un responsable politique de haut niveau, concurrent des élus du moment, nommé pour un quartier ou groupe de quartiers déjà constitués son représentant auprès de l'administration. La coexistence en un même lieu de clientèles politiques concurrentes rend obsolètes les frontières définies: un surcontrôle spatial mine le quadrillage rationnel de l'espace mais renforce le contrôle social général par la multiplication de réseaux sociaux.

Les comités de santé sont le produit et un des enjeux du système social pikinois

Ce qui a été dit plus avant sur le fonctionnement des quartiers permet de s'interroger sur la place des comités de santé, pierre angulaire de tout le projet de SSP, dans ce dispositif:

-Quelle est la représentativité des comités de santé, de quels groupes sociaux expriment-ils les besoins ?

-Quelles sont les relations entre l'organisation politico-administrative des quartiers et les comités de santé, la vie politique et la vie des comités de santé ?

-Quels sont les enjeux sociaux et politiques de la création et du contrôle d'équipements tels que les postes ou les centres de santé ?

Poser la question est déjà une façon d'y répondre, les comités de santé sont - mais comment pourrait-il en être autrement ? - l'émanation des systèmes de représentation politique de la population et en retour un enjeu et une arme, parmi d'autres, de la vie politique.

Les comités sont dirigés par des responsables légitimes au plan politique et administratif mais représentant surtout les populations stabilisées dans leur quartier en relation avec les groupes de pression. L'organisation sociale fait que ce sont les besoins de ces groupes sociaux qui seront d'abord exprimés à travers les comités de santé. Les enquêtes de terrain confirment la quasi ignorance de la population de l'existence et des fonctions des comités de santé.

Le système de santé communautaire est-il pour autant détourné de ses objectifs? Non, sauf à considérer que la santé communautaire doit se définir contre le système social en place. Il n'est pas sur que cette position idéologique, légitime par ailleurs, soit la meilleure pour améliorer la couverture sanitaire des populations.

Les responsables de santé publique disposent en effet d'interlocuteurs dont l'entregent auprès du pouvoir politique et administratif est réel, quelque soit le statut d'occupation des quartiers – ce qui, comme nous l'avons vu est décisif pour l'obtention d'équipements collectifs – et dont l'autorité dans les quartiers n'a pas d'équivalent. Il est un fait que c'est par ce seul canal que peuvent s'exprimer et se formaliser et voir aboutir des revendications, la vraie question est donc celle des limites de ce type de représentation.

La faible mobilisation des populations des quartiers sur les questions collectives de santé est-elle un effet pervers de "la confiscation" par les notables des comités de santé? Faut-il conclure que le système de santé communautaire mis en place à Pikine éloigne des décisions les populations qui sont précisément les cibles des soins de santé primaires? On peut penser que les luttes politiques qui traversent les comités de santé, les fréquents problèmes de gestion, le clientélisme qui marque certaines nominations ou certaines gestions de fonds sont des facteurs plus répulsifs qu'attractifs pour des populations éloignées de ces problèmes et ces enjeux. Les comités de santé trouvent probablement à ce point une de leurs limites.

Le problème est davantage celui des responsables de santé publique qui doivent développer une activité et une qualité de soins qui rendent accessibles les structures de santé aux populations cibles. Rien dans la logique des comités de santé ne va contre cet accroissement de l'activité, au contraire il ne ferait qu'asseoir leur pouvoir et leur poids politique.

Les études d'ilôts

Les études réalisées sur les ilôts (sur Pikine Ancien, Guedj awaye/ Yembeul, Guinaw Rail, Médina Gounass- Bagdad, Thiaroye Gare, Malika et Mbaou) ont permis de mettre en évidence l'évolution différenciée des tissus urbains, la place importante occupée par les notables dans la vie quotidienne des quartiers (hygiène publique, gestion et contrôle des équipements collectifs) et l'aspect familial des solutions aux problèmes quotidiens.

3212: Les rapports sociaux en milieu urbain au travers des représentations et pratiques des thérapeutes et malades (D.Fassin) (ref 10 à 27)

Il s'agit d'étudier d'une part le système de production et de reproduction des savoirs des thérapeutes et les enjeux de pouvoir autour des faits de santé, d'autre part d'étudier les modes de différenciation des représentations et des pratiques des malades et les formes de solidarité mise en oeuvre autour de la maladie. Pour ce faire, plusieurs axes ont été choisis.

En ce qui concerne les savoirs et les pouvoirs des thérapeutes (aussi bien guérisseurs et marabouts qu'infirmiers des dispensaires et médecins du privé), on s'est intéressé à l'histoire des institutions sanitaires et aux biographies individuelles de leurs acteurs.

Ont fait l'objet d'études spécifiques :

- les réseaux de vente illicite des médicaments sur les marchés :

en dehors des circuits officiels d'accès aux médicaments (officines et dispensaires), se développent de nombreuses pratiques officieuses sur les marchés, aux coins des rues et dans les quartiers.

L'étude de la vente des médicaments sur les marchés se proposait un double objectif : analyser les conséquences possibles de ces pratiques sur la santé des populations, à partir du recensement des produits vendus et de leurs indications d'une part; comprendre le fonctionnement social de pratiques illicites, à partir de l'analyse des réseaux de formation des vendeurs et des filières d'approvisionnement de la vente.

- croyance et comportements à l'égard de la rougeole en milieu urbain et rural :

affection fréquente et grave, la rougeole est étudiée ici comme révélateur des représentations et des pratiques mises en oeuvre par les femmes pour interpréter et gérer la maladie. À partir de l'analyse des questionnaires posés à 50 mères Haalpularen dans la Vallée du Fleuve Sénégal et à 50 mères du même groupe ethnique et de la même région mais vivant à Pikine, on ébauche une étude des transformations des représentations et des pratiques thérapeutiques et on montre que le milieu urbain n'apparaît pas comme un milieu homogène puisque les comportements considérés comme traditionnels se renforcent dans les premières années qui suivent la migration avant de s'estomper lorsque l'installation en ville semble définitive.

- les transformations urbaines d'un rituel thérapeutique Diola : le *kanalen* :

comment un rituel thérapeutique villageois peut-il être transporté en ville? Ou plus exactement, comment des citadins nés au village réaménagent-ils leur système d'interprétation et de prise en charge de malheurs en milieu urbain? L'étude du rituel de préservation de la descendance chez les femmes diola, en Casamance et à Pikine, permet de montrer comment ce groupe fait face aux modifications des conditions sanitaires et des pratiques sociales en ville et comment le rituel réaménagé sert de révélateur à une redéfinition des limites du groupe.

- les pratiques nouvelles de légitimation des thérapeutes traditionnels :

La constitution d'association de guérisseurs, la rédaction d'une encyclopédie de médecine traditionnelle et la réalisation d'expertise scientifique sur les pharmacopées villageoises sont les indices de l'apparition de nouvelles formes de légitimation dans le champ thérapeutique: tant du côté de certains thérapeutes traditionnels que du côté de certains représentants de la médecine moderne, on assiste à la quête de légitimités différentes et à la redéfinition de champs thérapeutiques.

Les recherches ont également porté sur les comités de santé (cf 3211) et sur l'épidémiologie du handicap et les réseaux de solidarités mis en oeuvre à cette occasion (cf.33). Ces différentes recherches feront l'objet d'une thèse de sociologie. Les recherches devraient maintenant porter sur les relations entre projets locaux et projets nationaux au travers de l'étude des Programmes Elargis de Vaccination et des prix du médicament.

3213 Anthropologie de la santé et de la maladie à Pikine .J.F. Werner(ref,71,72)

Cette recherche anthropologique se décompose en trois approches, du système de santé, d'une "épidémiologie socio-culturelle" et des études microscopiques .

- le système de santé

En centrant les travaux autour d'une pathologie, les diarrhées du jeune, d'une grande importance épidémiologique, étude de l'organisation et du fonctionnement du système de santé conçu comme l'ensemble des ressources thérapeutiques disponibles.

- traitement biomédical et traditionnel des diarrhées de l'enfant: étude comparative menée au niveau d'un poste de santé public et d'une guérisseuse

- diarrhée du jeune et processus de recherche de thérapie: étude effectuée sur une période de trois mois auprès d'un échantillon de 70 enfants.

- agents de santé communautaires(ASC) et réhydratation par voie orale(RVO) : les ASC plus spécialement chargés de la RVO dans les dispensaires publics paraissent, à la suite des observations effectuées au cours de l'enquête sur le traitement des diarrhées du jeune, un maillon faible de la chaîne thérapeutique biomédicale. En travaillant au niveau de 2 postes de santé témoins, l'A. envisage d'étudier les modalités de l'insertion sociale et professionnelle de ce personnel et son rôle thérapeutique .

- recensement des thérapeutes traditionnels dans l'agglomération pikinoise : identification des thérapeutes traditionnels et répartition géographique (à partir des travaux cartographiques) . Ce recensement servira de base à une enquête approfondie sur les sous- groupes de thérapeutes concernés par le traitement des diarrhées de l'enfant afin de dresser un inventaire des savoirs et pratiques mis en oeuvre et d'étudier la possibilité de promouvoir l'utilisation de la RVO auprès des mères par l'intermédiaire de ces thérapeutes.

- "épidémiologie socio-culturelle"

- diarrhée du jeune et facteurs socio-culturels : enquête longitudinale de 3 mois auprès de 70 enfants mettant en relation les facteurs environnementaux (niveau socio-économique, approvisionnement en eau) avec les rapports sociaux dans le groupe familial. Morbidité et mortalité

paraissent liées à la qualité de la relation mère/enfant.

- environnement social et usage de drogues: enquête effectuée auprès d'un échantillon de jeunes toxicomanes (chanvres et hypnotiques) résidant dans un même quartier.

- études microscopiques

- enquête budget/ santé / mode de vie: enquête longitudinale de 12 mois effectué sur un échantillon de 4 groupes familiaux.

- usages des toxiques et marginalité: recueil d'histoires de vie d'un petit nombre d'usagers de drogues, entretiens centrés sur la nature des rapports qu'ils ont avec leur environnement (famille, quartier, institution judiciaire, "milieu")

3214. Les pratiques et systèmes de santé des casamançais en milieu urbain
(M.F.Frutoso) (ref 30,31)

À partir de recherches qui concernaient au départ les représentations et fonctions de la folie, puis qui se sont étendues aux soins des enfants, de la grossesse et à la stérilité, il est apparu que les Casamançais et plus précisément les Diola et les Bainouk, conservent un comportement original quant aux représentations de la maladie et de la mort. Progressivement, il est apparu qu'il existe:

- une certaine fidélité aux schémas et itinéraires thérapeutiques traditionnels
- de nombreux échanges entre les Diola urbanisés et les ruraux, entre le milieu d'origine et le milieu urbain et que les problèmes de santé représentaient une grosse part de ces échanges.
- qu'il existe un réseau de thérapeutes diola à Pikine et donc un système de santé diola et bainouk (et des thérapeutes balantes et mandjak)

À partir des questions posées à des Diola et Bainouk, tant hommes que femmes, sous formes d'entretiens non directifs, d'observations participantes auprès de guérisseurs installés à Pikine, d'enquêtes menées en Casamance auprès de guérisseurs, l'A. a essayé de déterminer:

- le système de santé diola et bainouk : conception traditionnelle de la maladie, représentations et interprétations de la maladie (sens et représentation de la folie, stérilité et mortalité infantile, modalités thérapeutiques et prévention), les thérapeutes traditionnels (modes d'acquisition du savoir, domaines de soins)
- le comportement de santé des Diola et Bainouk à Pikine: représentation de la maladie, itinéraires thérapeutiques, guérisseurs traditionnels à Pikine (modes d'acquisition des savoirs, relations avec le milieu d'origine, évolution des pratiques, domaines thérapeutiques et clientèle).
- un aperçu des autres ethnies casamançaises: guérisseurs balantes et mandjak de Pikine

À partir des éléments recueillis, l'A. analyse la valeur et la fonction de ces systèmes de santé et du

comportement d'une minorité urbaine, en répondant aux questions que posent de telles pratiques:

- que représentent-elles au niveau social et que montrent-elles quant aux possibilités d'adaptation sociale d'intégration en milieu urbain?
- peut-on parler d'identités culturelles à travers les comportements de santé?
- quelle est la teneur des échanges entre milieu urbain et milieu rural: que véhiculent-ils, quels sont les enjeux.

3215. Systèmes thérapeutiques et étiologies Halpuularen en milieu rural et à Pikine (K.Tall) (ref 67,68,69)

L'A., s'appuyant sur une recherche approfondie dans la vallée du fleuve Sénégal, met en évidence l'uniformisation des systèmes étiologiques en milieu urbain ("le maraboutage") qui donne aux marabouts Toucouleur lasrari - détenteurs, en plus du bagage coranique habitue, d'un savoir secret spécifique- un rôle plus central en milieu urbain qu'en milieu rural . La traduction du malheur en termes de conflits interpersonnels faite par le guérisseur lasrari marque une vision égalitariste de la société et uniformisée des rapports sociaux, qui se fait l'écho d'une société urbaine hétérogène, dans laquelle les rapports sociaux sont plus individualisés et où la logique économique tend à primer au détriment de la logique statutaire ou lignagère .

322. Recherches en santé publique (E.Jeannée, G.Salem et all)

L'étude de l'activité des structures sanitaires en place et leur évaluation étaient un aspect de la recherche essentiel pour le programme "Urbanisation et Santé" et pour le projet de soins de santé primaires. Il va sans dire que les activités d'évaluation étaient une pratique de routine pour le projet Pikine (voir à ce sujet les rapports annuels d'activités); notons en particulier une recherche approfondie d'économie de la santé de M.Réveillon sur l'équilibre financier des comités de santé chargés de gérer les postes de santé. Cet aspect n'a donc pas été développé dans le cadre de notre programme. Outre les enquêtes de prévalences d'hypertension artérielle dans la population consultante (cf § 333), nous nous sommes attachés à caractériser l'activité des structures sanitaires et à mesurer leur impact par des enquêtes domiciliaires.

3221. Activité des postes de santé et information sanitaire (C.Bénard,L.Férnéa, E.Jeannée,F.Laloé, G.Salem) (ref,1, 29,36,37,39,41)

Nous avons institué dans 9 postes de santé témoins répartis dans l'agglomération un enregistrement systématique des plaintes incluant : la date de consultation, l'âge , le sexe, l'ethnie, le quartier de résidence (après distribution de cartes aux infirmiers chefs de postes) et le motif de consultation du

patient. Ce dernier enregistrement devait être fait selon une liste simplifiée correspondant aux possibilités de diagnostics des infirmiers, susceptible de fournir des statistiques sanitaires utilisables par les praticiens et débouchant sur des conduites thérapeutiques-types. Le travail réalisé a débouché sur une amélioration et une simplification des enregistrements de routine. L'analyse des données recueillies a permis de mettre en évidence par des analyses de correspondances les variations saisonnières des plaintes, les relations âge/ plainte, plainte/poste et poste/ ethnie des consultants. Un traitement cartographique des quartiers d'origine des malades a permis de mieux cerner les aires d'attraction, le poids des facteurs ethniques et de la plainte dans le choix d'un poste de santé. Des analyses plus approfondies sont en cours.

Dans le même temps, I. de Schampfeleire responsable des activités de santé maternelle poursuivait en routine un travail proche sur les visites prénatales et les accouchements.

3222. L'accès aux soins et la couverture sanitaire réelle (ref:14,19,42)

Une série d'enquêtes domiciliaire avait pour objectif de définir la couverture sanitaire réelle. Ont été étudié avec une attention particulière l'accès aux soins, la couverture vaccinale, le suivi des grossesses et le lieu d'accouchement sur l'échantillon défini par l'enquête démographique sur la mortalité infanto-juvénile (1260 parcelles, plus de 2000 enfants et leur mère).

Les premiers dépouillements manuels font apparaître une très grande inégalité dans le recours aux soins : inégalité dans la possibilité d'un recours thérapeutique face à un épisode morbide le justifiant et inégalité dans l'accès aux structures de 2ème et 3ème niveau. L'analyse approfondie de ces recours en fonction des plaintes permettra de mieux caractériser l'activité des postes par rapport à la morbidité réelle. Le dépouillement croisé des recours aux structures modernes et traditionnelles donnera des éléments sur la complémentarité des systèmes de santé, la comparaison (et l'addition) des coûts des consultations et traitements respectifs situera l'effort financier demandé par le système moderne.

La couverture vaccinale des enfants âgés de 0 à 4 ans varie considérablement dans la ville. UN premier dépouillement manuel des enquêtes tend à montrer que la proximité des services de soins jouent moins que les facteurs sociaux-culturels. Les analyses statistiques en cours préciseront les déterminants de la couverture vaccinale.

Le nombre de visites prénatales semblent directement lié à la proximité d'une structure fonctionnant bien ; les premières analyses sur les lieux d'accouchement des femmes ne permettent pas de tirer de conclusions pour le moment.

Globalement, l'étude de la couverture sanitaire permet de cerner un certain nombres de quartiers mal couverts, zones qui sont par ailleurs souvent mal équipées: la définition de zones à risques prends ici un intérêt particulier.

33. Recherche épidémiologiques.

Pendant de la transition démographique, on a évoqué le phénomène de transition épidémiologique à propos des villes du Tiers Monde : ces villes cumuleraient les classiques pathologies infectieuses et parasitaires des pays sous développés et les pathologies chroniques des pays développés. Les recherches que nous avons développées, correspondant à nos compétences et à une demande du projet de soins de santé primaires, se situent aux deux pôles de cette transition : épidémiologies du paludisme, des parasitoses intestinales et de l'hypertension artérielle.

En outre des recherches correspondant à des indicateurs de synthèse sur la population infantile ont été développées.

331. Les indicateurs de synthèse sur la population infantile

3311. Les données de mortalité et de natalité de l'Etat Civil.(G.Salem, C.Benard et F. Laloé)

Les travaux anciens réalisés sur l'Etat Civil mettaient en évidence la bonne qualité du recueil réalisé. On s'est attaché à un dépouillement fin des livres civils de Pikine, pendant 18 mois, afin de juger la complétude des données, la pyramide des âges, les variations saisonnières et spatiales des décès et les grandes tendances de la natalité. Les premiers dépouillements font apparaître le lourd tribut payé par la population âgée de moins de 5 ans (plus de 50 % des décès enregistrés) et la période critique de fin d'hivernage.

Ces données, enregistrées au même moment que les plaintes dans les postes de santé (cf 322), donneront également des indications intéressantes aux praticiens sur les "volumes de décès" et sur les nombres d'accouchements par zone.

3312. Déterminants et différentiels de mortalité infanto juvénile à Pikine

(P.Antoine et P.Diouf) l'UR 406 de l'Orstom et B.N.R (ref 78,79)

La mortalité infanto-juvénile reste un indicateur synthétique irremplaçable pour juger de l'état de santé d'une population. Les estimations de 1978 sur l'agglomération du Cap Vert donnent une mortalité infantile de 58,2 / ∞ et une mortalité juvénile de 57,2 / ∞ . Il faut noter que les différentiels intra urbains de mortalité juvénile sont plus forts que ceux de mortalité infantile. L'enquête réalisée à Pikine avait notamment pour objectif de corréler les différentiels de mortalités et le profil démographique, social, économique et culturel de la mère aux moments des événements démographiques étudiés (naissance et décès). Il en ressort :

- que la mortalité infantile et juvénile des enfants nés à Pikine est significativement plus faible (52 et 55 / ∞) que celle des enfants nés en milieu rural (114 et 156 / ∞);
- que le non suivi de la grossesse par une structure sanitaire est associé à un risque cinq fois plus grand de décès de l'enfant avant un an (49 / ∞ et 245 / ∞);

- que la mortalité est d'autant plus forte que la construction est précaire (mortalité infantile de 36/100 dans les maisons en dur disposant d'un étage, et de 57/100 dans les baraques, et mortalité juvénile de 21 et 70/100 pour les mêmes catégories)

- que les mortalités infantile et juvénile sont respectivement de 55 et 42/100 quand la mère est analphabète, et de 42 et 33 /100 quand elle sait lire.

- que l'existence d'un robinet d'eau courante dans la concession correspond à des mortalités infantile et juvénile de 49 et 36 /100, et 53 et 59 /100 dans le cas contraire.

3313. L'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Pikine

(B.Maire et al.,) (ref 49)

Opération conjointe des programmes "épidémiologie de la dénutrition" et "urbanisation et santé" cette enquête nutritionnelle a été réalisée en juin et juillet 1986 par passage à domicile sur l'échantillon représentatif de 2066 enfants de 0 à 60 mois et de leurs mères établis lors de l'enquête démographique (cf §3312)

La situation nutritionnelle, appréciée par la mesure de retard de poids et de taille, a été analysée en fonction de l'âge et de la zone de résidence :

- elle se caractérise par une prédominance de la malnutrition chronique (stunting) sur la malnutrition aigue (wasting): respectivement 12,2 et 2,1%. Elles se manifestent toutes deux après 9 mois mais alors que la malnutrition aigue disparaît après 30 mois, la prévalence de la malnutrition chronique augmente jusqu'à 5 ans.

- bien qu'il existe un différentiel de prévalence de stunting selon les zones de résidence, il est difficile de mettre en évidence des différences significatives.

- de même, il a été impossible de montrer un lien significatif entre un certain nombre de variables se rapportant à la santé, aux conditions socio-économiques de vie du ménage ou à des caractéristiques maternelles alors même que ces variables apparaissent très liées aux zones de résidence.

Un sous échantillon de 60 enfants souffrant d'une malnutrition grave en 1986 a été revisité en 1987: cette enquête laisse apparaître

- une bonne récupération dans la plupart des cas, le déficit poids- taille semblant lié à un épisode exceptionnel lors de l'enquête.

- la diversité des situations d'enfants d'un même ménage, ce qui évoque davantage des facteurs individuels que sociaux stricto sensu (un dépouillement des données en ce sens est en cours)

- une surmortalité des enfants n'ayant pas récupéré et un nombre étonnant de décès d'enfants qui présentaient un état nutritionnel satisfaisant l'année précédente.

Ces résultats montrent l'importance d'une réponse rapide des services de santé (i.e des problèmes de diarrhées) et l'intérêt d'un suivi pour les enfants exposés aux facteurs de rechute .

332. Maladies parasitaires

3321. Géographie et épidémiologie du paludisme: J.F. Trape et alli

Ce volet de la recherche, commun au laboratoire de paludologie à Dakar (Dpt santé de l'Orstom) et au Programme Urbanisation et Santé, est en en phase de démarrage et a trois objectifs principaux:

- mesurer la morbidité par paludisme chez l'enfant en fonction de l'intensité de la transmission
- développer une analyse quantitative des relations entre les principaux paramètres cliniques, entomologiques , parasitologiques et séro-immunologiques du paludisme à partir des données recueillies simultanément dans des populations exposées à des conditions épidémiologiques différentes

- préciser les modalités épidémiologiques du paludisme dans l'agglomération de Pikine dans le double but : 1°) de caractériser les relations entre paludisme et processus d'urbanisation dans une ville d'Afrique soudano- sahélienne

2°) de fournir aux responsables des soins de santé primaires les données nécessaires à la planification des opérations : zones et populations à risques selon l'âge et la saison, nature et importance relative des différentes catégories de gîtes larvaires , surveillance de la chimio-sensibilité des souches de Plasmodium Falciparum.

Aux méthodes classiques de l'épidémiologie et de la géographie il est prévu d'ajouter l'exploitation des images Spot pour déterminer les variations saisonnières des collections d'eau .

3322. Géographie et épidémiologie des parasitoses intestinales:

L.Yan de Yelden et G.Salem

Les parasitoses intestinale représentent un problème fréquent dans les villes tropicales dont les déterminants environnementaux sont complexes, particulièrement dans les zones soudano-sahéliennes . Dans le cadre de l'enquête morbidité, on a étudié les selles de 560 enfants représentant 5 zones de Pikine représentatives de l'agglomération du point de vue de l'habitat, de l'assainissement et de l'alimentation en eau et des densités de populations . Les premiers dépouillements font apparaitre des différences significatives dans les infections à Helminthes et à Giardia dans les zones les plus opposées ; les chiffres des autres zones semblant intermédiaires. Les analyses en cours permettront d'individualiser les déterminants environnementaux . Si les premières analyses se confirment , il est prévu de développer une collaboration avec les centres de RVD afin d'adapter les traitements aux quartiers d'origine des malades .

333. Maladies chroniques (T. Lang et alli)(ref 43 à 48)

La transition épidémiologique observée dans les villes du Tiers Monde pose des problèmes originaux de définition et d'organisation des services de soins de santé . Parmi celles çï, les maladies cardio

vasculaires représentent un problème croissant : si le taux brut de mortalité lié à ce type de pathologie est plus faible dans les pays développés (P.D) que dans les pays sous développés (P.S.D), l'analyse par tranche d'âge fait apparaître une mortalité équivalente après 65 ans (PD: 35,3 décès /1000, PSD: 32,5/1000) mais significativement différente dans la tranche d'âge 45-64 ans (PD : 4,1/1000, PYD: 5,7/1000) . L'Afrique Noire n'échappe pas à ce phénomène, et de fortes prévalences ont été soulignées par les auteurs). L'urbanisation accélérée de ce continent , la généralisation de "mode de vie urbain" , la modification des régimes alimentaires , le développement du tabagisme etc ..., fait penser que ce type de pathologie va se développer , les villes africaines suivant en cela l'exemple de villes du Tiers Monde ayant engagé plus tôt leur transition épidémiologique. Les praticiens du Projet de Soins de Santé Primaires de la ville de Pikine, sont confrontés aux problèmes de prise en charge de l'hypertension artérielle . Plainte fréquente dans les postes et centres de santé, la maladie est le plus souvent diagnostiquée et traitée par les personnels du Projet de Soins de Santé Primaires mais dans des conditions pas toujours satisfaisantes : méthode de prise de tension peu rigoureuse, prescriptions parfois discutables et faible suivi . La prise en charge communautaire de l'HTA en Afrique se heurtent à de nombreuses difficultés d'ordre économiques, sociales et culturelles . Une telle prise en charge à Pikine doit être compatible avec le système d'autofinancement du projet de SSP et les spécificités sociales et culturelles de cette ville.

Une recherche pluridisciplinaire sur cette affection est en cours .Elle vise

- à préciser l'importance épidémiologique de la maladie et de ses complications dans différents sous groupes de populations

- d'analyser les formes de prises en charge de l'affection tant par le système curatif moderne que traditionnel.

- de proposer et d'évaluer des stratégies de prise en charge

Pour répondre à ces objectifs , trois enquêtes épidémiologiques et une recherche anthropologique ont été définies:

1°) enquête auprès de 1800 sujets dans le groupe socialement important des salariés de l'agglomération de Dakar-Pikine qui a permis de confirmer une prévalence élevée (7% chez les hommes, 10% chez les femmes). La prévalence est significativement plus élevée parmi les analphabètes (15 %) que parmi les sujets ayant un niveau même modeste d'éducation (6%) ($p < 0.001$). Dans le groupe des femmes , le surpoids est un facteur de risque majeur (30% des femmes ayant un index pondéral $> 27\text{kg}/\text{m}^2$). Si une forte proportion de salariés hypertendus se savait souffrant de cette affection, 2 salariés sur 5 , prétendus malades, avaient une tension normale sans traitement pendant l'enquête.

Cette première recherche met en évidence , l'importance de cette pathologie et le rôle des facteurs

socioculturels dans sa répartition, le problème du surpoids qui suggère d'évaluer les possibilités d'intervention non médicamenteuse, la fréquence des diagnostics hâtivement posés qui laisse supposer qu'une proportion non négligeable de sujets pourraient être traités inutilement .

2°) enquête auprès de 434 consultants des postes de santé qui avait pour objectif d'évaluer la prévalence de l'HTA dans ce groupe et donc le besoin thérapeutique à ce niveau . La prévalence sur une mesure est de 16%, la prévalence sur 2 mesures est de 10% , plus proche de l'estimation du besoin thérapeutique . Les éléments cliniques susceptibles d'aider l'infirmier à sélectionner la population de sujets justifiant une prise tensionnelle sont l'âge et le poids tandis que les signes fonctionnels classiques (céphalées, vertiges ...) n'ont pas de valeur discriminante .

3°) enquête longitudinale en cours auprès de 500 femmes enceintes, justifiée par les taux élevés de natalité et de mortalité néo-natale , qui doit permettre la description et l'identification de groupes à risque dans l'ensemble de la communauté .

4°) enquête domiciliaire de prévalence auprès d'un échantillon représentatif de 3000 adultes de Pikine (en cours de réalisation)

5°) série d'entretiens en cours avec les différents types de guérisseurs exerçant à Pikine afin de mettre en évidence l'étiologie et les traitements de l'HTA (quand cette maladie est identifiée en tant que telle) . Les premières enquêtes montrent que cette pathologie est largement connue, définie comme non transmissible , "maladie de Dieu " par opposition aux maladies liées à des sorts ou maraboutages , liée au mode de vie urbain (sédentarité et alimentation riche et régulière) et dont les signes cliniques majeurs sont l'obésité, les troubles visuels et l'essoufflement. La notion de chronicité n'existant pas dans le système traditionnel, la maladie est censée disparaître en quelques jours voir quelques semaines ; nous avons pu noter un discours paradoxal valorisant le système traditionnel, certes incapable de mesurer scientifiquement la maladie , mais susceptible de la guérir définitivement en une courte période.

Cette recherche anthropologique sera complétée par des entretiens avec des malades et le personnel soignant du projet de SSP.

Au stade actuel, les éléments de réflexion sont donc la grande fréquence de l'affection, l'importance des facteurs nutritionnels et socioculturels, l'existence d'une demande de la population et d'une réponse mal coordonnée du système de soins.

L'ensemble de ces résultats contribuera à évaluer les possibilités

- de suivre à long terme des patients dont la maladie est chronique ,
- de formation des infirmiers et de mise à disposition d'indications claires sur les critères diagnostiques et thérapeutiques .
- de mise en place de consultations spécifiques pour les maladies chroniques et de formes de traitement acceptables socialement et culturellement par la population et le projet de SSP.

334. Morbidité des enfants 0- 4 ans (C. Bénard, E. Jeannée, G. Salem)

Réalisé sur le modèle de Kroeger (morbidité constatée le jour de l'enquête , morbidité déclarée par la mère pour le jour et pour les 15 derniers jours), cette enquête réalisée sur l'ensemble des enfants âgés de 0 à 4 ans recensés lors de l'enquête démographique, avait pour objectif de comparer les morbidités observées en différents points de la ville, de les corréler à l'environnement (en tenant compte des intrusions d'échelles définies plus haut), d'étudier les éventuels décalages entre l'appréciation portée par les mères sur la santé de leur(s) enfant(s) et celui constaté pendant l'enquête, d'établir la logique des quêtes thérapeutiques .

Les relevés systématiques de handicaps physiques lourds et chroniques compléteront l'enquête quantitative et qualitative réalisée par D.Fassin sur les mécanismes de solidarité et d'entraide mais aussi parfois d'exclusion établis dans ces situations .

Notes :

(1) signalons la recherche originale de M.Viel (ref 70) sur la géographie du commerce des produits vivriers qui met en évidence l'inégal l'accès aux produits produits frais (poissons, viande et légumes notamment) .

(2) les recherches anthropologiques articulées dès leur conception à une recherche épidémiologique seront exposées dans le chapitre consacré à ces recherches.

Publications de l'équipe Urbanisation et Santé à Pikine au 30 décembre 1987

1. Benard Christophe, Jeannée Emile, Laloé Francis et Salem Gérard : Exemple d'utilisation de l'analyse des correspondances dans les statistiques sanitaires . Etude de 9 postes de santé à Pikine. à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde." Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986

2. Bertrand Monique , : Densification et organisation socio-politique dans la banlieue dakaroise au Sénégal : étude de cas à Pikine irrégulier et Thiaroye. Université de Paris I-Orstom Centre de Dakar. Programme Urbanisation et Santé 262p mult , 1984 Dakar

3. Calas Bernard: Monographies des villages de Mbao et Malika , Cap Vert Sénégal Université de Paris I-Orstom Centre de Dakar. Programme Urbanisation et Santé 166p +cartes mult , 1984 , Dakar

4. Castets M.Christine: Monographie d'un espace de rencontre entre quartiers réguliers et quartiers irréguliers à la périphérie de la ville : Guedj'Awaye et Yembeul; Université de Paris I-Orstom Centre de Dakar. Programme Urbanisation et Santé ; 223p+ 10 mult 1985 Dakar

5. Champotier de Ribes Gilles : Urbanisation and health: rethoric and reality of Primary Health Care in urban areas, the exemple of Pikine, Senegal . 74p mult.M.Sc. in Community Health in developing countries. London School of hygiene and tropical Medecine.sept.1987.

6. Collin M, Diop M, Salem Gérard : Densités de population et nitrification de l'eau à Pikine. Document provisoire soumis pour publication.

7. Courbon Michele, Sivignon Michel ,1984 : Premiers pas dans Fass , in Autrement "Capitales de la Couleur" hors série n°9 1984 , Paris .

8. De Blomac Françoise : Géographie à Pikine, banlieue de Dakar : un essai de cartographie thématique, Université de Paris I-Orstom Centre de Dakar. Programme Urbanisation et Santé 73p+ 20 Cartes 1985 Dakar.

9. Dorier Elisabeth: Le problème de l'eau à Pikine : distribution , utilisation et évacuation de l'eau dans l'agglomération de Pikine . Université de Paris I-Orstom Centre de Dakar. Programme Urbanisation et Santé ,110p ronéo 1983 .Dakar

10. Fassin Didier: Du clandestin à l'officieux .Les reseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. Cahiers d'Etudes Africaines ,1985,98,XXY-2,1961-1977

11. Fassin Didier, Badji I : Ritual Buffonery : a social preventive measure against childhood mortality in Senegal. Lancet, 1986, Jan 18, 142-143

12. Fassin Didier: " La bonne mère " : pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal. Social Sciences and Medecine ,1986, 23, 11 ,1121-1129

13. Fassin Didier: Economies parrallèles , Etat et Société. La vente illicite des médicaments au Sénégal .Politique Africaine, 1986, 23,123- 130

14. Fassin Didier: Accès aux soins et différenciation sociale à Pikine .Problèmes méthodologiques in Bull "Urbanisation et socio-système urbains (Orstom) 1986,17, pp 40-49

15. Fassin Didier: La vente illicite des médicaments au Sénégal : conséquences pour le santé des populations .Bulletin de la Société de Pathologie Exotique .1986,79,4, 557-570

16. Fassin Didier, Jeannée E, Salem G, Reveillon M: Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine. in Science sociale et Santé, 1986, vol IV, n°3-4
17. Fassin Didier: Norme sociale ou norme du sociologue ? Les vendeurs de médicaments sur les marchés de Dakar sont ils déviants? in Villes et citadinités des Tiers Monde .Tome III. G.Ganne et Haeringer ed. sous presse.
18. Fassin Didier: Rituels villageois et rituels urbains . La reproduction sociale chez les femmes Joola en Casamance et à Pikine. L'Homme 1987 sous presse
19. Fassin Didier, Jeannée E. Immunization coverage and social differentiation in urban Senegal. Soumis pour publication
20. Fassin Didier, Jeannée E, Cebe D, Reveillon M, Who consult and where? sociocultural differentiation to health care in urban Africa ; soumis pour publication
21. Fassin Eric, Fassin Didier: De la quête de légitimation à la question de la légitimité .Les thérapeutiques traditionnelles dans le champ médical au Senegal .soumis pour publication
22. Fassin Didier: Legitimation at stake in African medical systems .Communication at the "First European Congress on medical sociology" , Groningen 2-4 juin 1986
23. Fassin Didier: La méthode anthropologique dans l'évaluation des actions de santé. à paraître in Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde .Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986
24. Fassin Didier: La méthode anthropologique dans l'évaluation des actions de santé .Comm. aux Journées Nationales de Santé Publique .Rennes avril 1987
25. Fassin Didier: La vente des médicaments dans la rue est elle dangereuse pour la santé publique ? Une étude au Sénégal. Symposium sur le médicament essentiel dans les pays en voie de développement .Paris 19-20 Mai 1987
26. Fassin Didier, Jeannée E: Intéret des notions de groupes et à risques pour les décideurs en milieu urbain .Symposium Metropolis Mexico 20-22 Mai 1987 .Non publié
27. Fassin Didier: L'anthropologue et le développeur .Les usages sociaux des sciences sociales dans les projets de développement .Table ronde sur la transformation des modes d'approche de la santé et de la maladie aujourd'hui Toulouse 25-26 mai 1987
28. Fileppi Charles, Salem Gérard : Travaux graphiques réalisés par le Programme Urbanisation et Santé (9 panneaux) . Exposition présentée au séminaire Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde. Dec 1986 . Disponibles sous formes de diapositives
29. Fernéa Laura Ann : Medical Anthropology and epidemiology : the Primary Health Care project of Pikine; An analysis of the 1985 monthly report" . March 1987 Texas Tech University, Lubbock. Texas
30. Frutoso M.France : Les enfants d'en haut , Aniyi Atifataiy : Conceptions Diola de la mortalité infantile et ses préventions . soumis pour publication. 1987
31. Frutoso M.France : Pratique et système de santé Diola à Pikine .30p mult. Orstom Dakar

32. Genter Isabelle: Maman attend un bébé : représentations de la grossesse chez les enfants scolarisés de Pikine . 30 p mult. Programme Urbanisation et Santé , 1984, Orstom Centre de Dakar

33. Jeannée Emile, Salem Gérard : Des hopitaux sans lit ? Place d'un hopital dans les soins de santé primaires à Pikine . Communication au groupe de travail de l'OMS sur la place des hopitaux dans les soins de Santé primaires. 1985 Geneve

34. Jeannée Emile : Soins gratuits, maladies pour tous . in Santé et developpement n°62 ; 3 ème trimestre 1985

35. Jeannée Emile, Salem Gérard : Soins de santé primaires et urbanisation en Afrique . in Santé et médecine en Afrique Noire . P.Penne et E.Rougemont ed. 1987 Doin (sous presse)

36. Jeannée Emile, Fernéa Laura : Information sanitaire et statistique de morbidité en milieu urbain africain à paraître in " Urbanisation et santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986

37. Jeannée Emile, Guindo Salif : Organisation et fonctionnement du projet Pikine . à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

38. Jeannée Emile , Salem Gérard: Soins de santé primaires et recherches sociomédicales dans les villes du Tiers Monde. L'experience de Pikine . in La santé dans le Tiers Monde/Prevenir 1986

39. Jeannée Emile, Salem Gérard , Guindo Salif : Projet Pikine: participation et developpement sanitaire en milieu urbain africain. in Le difficile accès à la santé. Enfants et femmes d'Afrique occidentale et centrale pp.37-43 Unicef; Abidjan 1987

40- Jeannée Emile, Salem Gérard , Phénomène urbain et Santé dans le Tiers Monde in L'Etat de la santé et de la recherche médicale" La Découverte, Orstom, Inserm . sous presse

41. Laloé Francis : Etude du nombre de plaignants par jour dans les 10 postes de santé témoins de Pikine, 5 p multi. Orstom Dakar 1986

42. Laloé Francis, Salem Gérard,, Benard Christophe : Dimensions géographiques de la couverture sanitaire à Pikine . à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

43. Lang Thierry: Hypertension artérielle en milieu urbain: une approche communautaire " à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

44. Lang Thierry, Salem Gérard, Pariente Philippe, Tap Daniel , : Social occupational factors and arterial hypertension in a population of workers in Dakar . Second Interdisciplinary Conference on hypertension in Blacks. Atlanta ,Georgia 5-7 mars 1987

45. Lang Thierry, Salem Gérard., Michel Elisabeth , Arnault I., Jeannée Emile : Evaluation des besoins dans le cas d'une pathologie chronique non transmissible: l'exemple de l'hypertension artérielle à Dakar Pikine. Poster présenté au Symposium International sur le Medicament essentiel dans les pays en developpement. Paris 19-20 mai 1987 .

46. Lang Thierry, Pariente Philippe, Salem Gérard, Tap Daniel : Social professional conditions and arterial hypertension . An epidemiologic study in Dakar, Senegal à paraître in "Journal of Hypertension"

47. Lang Thierry, Salem Gérard, Jeannée Emile, Guindo Salif, Schampfeleire Isolde: Soins de santé primaires en milieu urbain africain et maladies chroniques: approche pluridisciplinaire de l'hypertension artérielle à Pikine (soumis pour publication aux "Journées de Lyon " aout 1988

48. Lang Thierry, Salem Gérard : La tradition au secours des maladies modernes: représentations de l'hypertension chez les guérisseurs pikinois. (soumis pour publication)

49. Maire Bernard, Chevassus- Agnes S, Grière B, Ndiaye T, Benard Christophe, Salem Gérard: "Etat nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Pikine" à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

50. Pariente Philippe: La médecine du travail dans les villes africaines .in Santé et développement , sous presse

51. Porquet Chantal: Analyse topographique et hydromorphologique de Pikine : les problèmes du site de Pikine. Programme Urbanisation et Santé 8p+ cartes mult. à paraître. 1984 .Orstom Dakar

52 Porquet Chantal: Cadre de vie , population et problèmes d'une banlieue dortoir: l'exemple d Pikine ancien . Université de Paris X. Orstom Programme Urbanisation et Santé .88p+LXXXI. 1984 ,Dakar.

53.Salem Gérard, Epelboin Alain :Urbanisation et Santé dans les villes du tiers Monde: l'exemple de Dakar Pikine. in Bulletin d'ethno médecine, n°26, dec 1983 pp3-25, Paris

54.Salem Gerard, Epelboin Alain, Epelboin Sylvie,: apports de la géographie et de l'anthropologie aux études sur les relations entre urbanisation et santé dans les villes du Tiers Monde. Communication au colloque du Centre International de l'Enfance .1-4 mars 1983

55. Salem Gérard : Place de la géographie et de l'anthropologie dans les études urbanisation et santé " in Alimentation du jeune enfant et urbanisation rapide. Centre International de l'Enfance .1984 pp.15-16.

56. Salem Gérard , Jeannée Emile : For a geography of health of tropical cities .in Symposium I.G.U. Geography of Health 20-22 avril 1984 ,Luzaka;

57.Salem Gérard : Fragments de vie à Fas Paillotte. in Autrement .Capitales de la Couleur. Hors série n°9 ;1984

58.Salem Gérard: Urbanisation et Santé dans le Tiers Monde: quelques repères. in Santé et développement ; 2ème trimestre 1985 pp16-18.

59.Salem Gérard : Approche géographique des problèmes de santé dans les villes du Tiers Monde . Communication au symposium des géographes de la santé américains . Rutgers University juillet 1986. Rutgers (USA) à paraître

60.Salem Gérard: Les fondements sociaux de la santé communautaire à Pikine. A paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

61. Salem Gérard: Introduction au séminaire urbanisation et santé dans les villes du Tiers Monde à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

62. Salem Gérard , Jeannée Emile ed. "Urbanisation et santé dans les villes du Tiers Monde " actes du Séminaire International de Pikine 2-6 décembre 1986 570p.

63. Salem Gérard : Géographe : ne dire que ce qui se voit ou donner à voir ? sous presse in "Tropiques en devenir ", Hommage à P.Pélissier et G.Sautter " Orstom- EHESS 1988

64 . Salem Gérard: Estimations de la population et densités à Pikine. 3p et carte. mult.Orstom Montpellier 1987

65. Salem Gérard, Burdy Frédéric : évacuation des eaux usées et des excréta et ramassages des ordures ménagères à Pikine (soumis pour publication)

66. Salem Gérard : Etat d'avancement des recherches du programmes Urbanisation et santé à Pikine au 31/12/1987 et bibliographie; (Rapport de convention de recherche au Ministère de la recherche 27 p et 5 volumes d'annexes ;mult, Orstom Montpellier 1987

67.Tall Emmanuelle Kadia : Thérapeutique islamique et vodouiste : points de rencontre (Pikine - Cotonou) à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

68.Tall Emmanuelle Kadia : Les recours thérapeutiques des femmes haalpulaaren dans le département de Pikine. 21 p. mult. Orstom Dakar 1986

69.Tall Emmanuelle Kadia: Le marabout Lasrari, problématique de recherche à Pikine. 23 p. mult.Orstom Dakar, 1986

70. Viel Marion : Les marchés de Pikine, 155p mult. Orstom Dakar 1987

71. Werner J.François: Du symptôme au système : une exploration anthropologique des diarrhées du jeune à Pikine. à paraître in "Urbanisation et Santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du séminaire de Pikine 2-6 décembre 1986.

72. Werner J.François et Thiam Cheikh T. Rapport sur le recensement des thérapeutes traditionnels du département de Pikine 26 + 18 p; Ronéo Dakar 1987

Signalons les travaux menés conjointement par l'Orstom et des établissements universitaires sénégalais:

73. Ayeignon Charles: Les HLM de Guedjawaye. 113p.Mémoire de maitrise de géographie sous la direction de M.Sivignon . Université de Dakar . 1983

74 sous la direction de C.Fileppi et G.Salem : Etude des quartiers Fass de Dakar: paysages urbains et morphologie sociale. Rapport d'étude des étudiants de 2 ème année de l'Ecole d'Architecture et d'Urbanisme. 1983

75. sous la direction de C.Fileppi et G.Salem : Etude des quartiers irréguliers de Nassiroulaye et Hamdalaye (Pikine): tissus urbains et organisation sociale. Rapport d'étude des étudiants de 2 ème année de l'Ecole d'Architecture et d'Urbanisme. 1983

76. Haguma Appolinaire: Developpement du quartier irrégulier de Guinaw Rail et gestion de l'environnement. (sous la direction de G.Salem) Mémoire de fin d'étude d'urbanisme .Ecole d'Architecture et d'Urbanisme. 1987

Ces travaux seront utilisés dans le rapport en préparation sur les tissus urbains dans l'agglomération de Dakar (C.Fileppi, G.Salem)

77. Ly Ibrahima: Les transports urbains dans la région de Dakar, le cas des taxis clandestins de Pikine 62p mult . Dakar 1985 rapport de fin d'étude de l'Ecole Nationale d'Economie Appliquée. Option aménagement du Territoire (sous la direction de G.Salem)

et les travaux de l'UR 406 et du BNR sur la mortalité infantile :

78. Antoine Philippe. et Diouf P.Demba : indicateurs de moratlité des enfants et conditions socio-économiques en milieu urbain. Premiers résultats d'enquête sur Pikine. à paraitre in "Urbanisation et santé dans les villes du Tiers Monde " Actes du Séminaire International de Pikine 2-6 décembre 1986

79. Antoine Philippe, Diouf P.Demba : Urbanisation, scolarisation et mortalité des enfants. in Séminaire sur la mortalité et la société en Afrique au Sud du Sahara. 19-23 oct 1987 .Yaoundé UISSP-UIESP