

TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CHANGEMENT SOCIAL ET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LES VILLES DU TIERS MONDE : INTRODUCTION AUX ACTES DU SÉMINAIRE DE PIKINE

Gérard Salem

Le Tiers Monde et tout particulièrement l'Afrique Noire évoquent spontanément l'image de sociétés rurales pauvres affectées par les grandes endémies intertropicales. Mais si l'on connaît la gravité des problèmes sanitaires des paysannats, il n'est pas sûr que les problèmes de santé spécifiques aux villes soient reconnus à leur juste mesure.

De fait, parmi les multiples aspects déconcertants de la croissance urbaine des pays du Tiers Monde, les aspects sanitaires sont parmi les plus originaux et les moins connus. Il y a là un champ d'investigation nouveau pour les chercheurs de toutes disciplines et une préoccupation majeure des décideurs et responsables de santé publique. C'est pour traiter de ces problèmes que 140 chercheurs et praticiens de 28 pays se sont rencontrés lors du Séminaire International de Pikine (Sénégal) tenu du 2 au 6 décembre 1986 sur le thème «Urbanisation et santé dans le Tiers Monde».

1. L'ORIGINE ET LA PHILOSOPHIE DU SÉMINAIRE

Ce séminaire vient de la collaboration entre l'équipe de recherche «Urbanisation et santé» de l'Orstom et le projet de Soins de Santé Primaires belgo-sénégalais de Pikine. L'équipe de l'Orstom développait en effet depuis 1983 un programme de recherches géographiques, anthropologiques et épidémiologiques sur l'agglomération pikinoise, ville satellite de Dakar comptant 650 000 habitants, en liaison quotidienne avec les praticiens de terrain et le Ministère de la Santé Publique du Sénégal. Le déroulement et la philosophie du séminaire de Pikine découlent de l'esprit de cette collaboration basée sur la reconnaissance de la complémentarité et de la spécificité de chacun.

L'étude des relations entre urbanisation et santé définit, pour les chercheurs en sciences sociales et biomédicales, un champ de recherches intéressant: la mise en relation du processus d'urbanisation et des faits de santé définit un éclairage original sur la société, les problèmes théoriques et méthodologiques de l'épidémiologie en zone urbaine sont très stimulants.

Les responsables de santé publique et les praticiens sont quant à eux confrontés à la difficile planification des services de santé dans des villes à croissance rapide et mal contrôlée et à la définition de stratégies de soins préventifs et curatifs, dans des villes spatialement, socialement et culturellement hétérogènes, pour des populations peu solvables présentant souvent «des pathologies de pauvreté» et avec un personnel soignant pas toujours qualifié.

Aussi à Pikine, les premiers ont-ils offert aux seconds une connaissance du milieu physique, social, culturel, épidémiologique de l'agglomération tandis que les praticiens ont permis le développement des recherches dans les structures sanitaires du département et une compréhension de l'«intérieur» des difficultés d'un projet de soins de santé primaires basé sur la participation des populations. La discussion permanente entre chercheurs et praticiens a sensiblement marqué le travail des uns et des autres (réflexion sur l'utilisation des pratiques de recherches restant fondamentales, utilisation des résultats de la recherche dans la politique sanitaire, recherche sur les aspects quotidiens des projets de développement, etc...) De nombreux travaux ont ainsi été définis et menés en commun.

2. LES THÈMES TRAITÉS

Des commissions, animées par des universitaires et des praticiens du développement, ont traité des spécificités épidémiologiques des villes du Tiers Monde, des approches géographique et anthropologique des systèmes de santé et des problèmes de soins de santé primaires en milieu urbain.

2.1-Transition épidémiologique et environnement urbain

Il ressort des travaux menés que les villes du Tiers Monde connaissent une situation de transition épidémiologique: les villes cumulent les classiques pathologies infectieuses et parasitaires des pays sous développés avec les pathologies «modernes» des pays développés (maladies chroniques, maladies sexuellement transmissibles, maladies mentales, etc...). Mais cette transition est inégalement engagée selon les villes.

Ces débats ont permis de mettre en évidence la diversité et la complexité des problèmes sanitaires en milieu urbain: on a souligné que si l'urbanisation crée une écologie originale, le processus est - spatialement, socialement, culturellement- si inégal et différencié qu'il y a lieu de distinguer dans la ville les zones et les populations selon leur expositions particulières à un risque donné.

Une telle analyse suppose une connaissance des facteurs de risque liés à l'environne-

ment que nous sommes loin de posséder: l'environnement urbain est riche de contradictions et de paradoxes qui exigent une démarche particulière pour chaque groupe de pathologies étudié.

C'est ce qu'ont démontré les participants traitant de l'épidémiologie de pathologies présentant des traits particuliers en ville, notamment le paludisme, ou de l'épidémiologie nutritionnelle.

Les auteurs soulignent au travers d'exemples indiens et africains les originalités urbaines du paludisme: globalement, le processus même d'urbanisation diminue les espaces possibles de gîtes anophéliens mais la multiplication des gîtes domestiques, les cultures maraîchères, l'installation de réserves d'eau en périphérie de villes posent des problèmes délicats de lutte contre les moustiques et de prévention dans des populations peu immunisées et exposées à des souches chloroquino-résistantes. Ainsi le problème majeur à Madras est celui des gîtes domestiques et péri-domestiques (réservoirs d'eau au-dessus des maisons, robinets publics, tous récipients) et la lutte contre *Anophélès stephensi*. En Afrique sahélienne comme en Afrique Centrale, l'intensité de la transmission est moins grande en zone urbaine qu'en zone rurale. Les formes physiques d'urbanisation jouent de façon décisive et... paradoxale sur le développement des gîtes: si l'installation de barrages en périphérie de villes, la constitution de petites réserves d'eau, l'intrication de zones maraîchères et de zones de culture créent autant de conditions favorables à la multiplication de gîtes larvaires, la fréquente pollution des collections d'eau stagnantes par des produits détersifs a un effet négatif sur la faune anophélienne (mais pas sur les populations de *Culex*!). A quelque chose malheur semble bon. L'urbanisation limiterait naturellement l'intensité de la transmission et on aurait tort d'imaginer que les zones les plus à risques seraient nécessairement les plus pauvres: à Pikine, on observe les plus forts risques de transmission en bordure du marécage qui borde les quartiers les plus «urbains», les mieux lotis avec les plus anciens citadins. A l'inverse, les quartiers irréguliers, par la forme même de leur urbanisation «spontanée», ont comblé la plupart des gîtes potentiels¹.

Les problèmes spécifiques posés par le paludisme en milieu urbain, montre toute la difficulté à définir «l'environnement urbain» et la nécessité d'une collaboration des disciplines biomédicales et géographiques pour bien définir cette écologie particulière.

Une large part des travaux a porté sur l'étude des problèmes **nutritionnels** des enfants âgés de 0 à 4 ans dans différentes villes africaines. Les résultats d'enquêtes, notamment celles dirigées au Sénégal et au Congo par l'équipe de nutritionnistes de l'Orstom montrent l'extrême variabilité des problèmes d'une ville à l'autre et le poids très inégal des facteurs socio-économiques stricto sensu: on ne note dans aucune de ces villes de correspondances directes entre le «niveau socio-économique» et l'état nutritionnel. Toutes ces études insistent sur le poids des facteurs individuels et l'importance fondamentale du maintien en ville d'une cohésion familiale et de mécanismes de

¹ Mais comme le soulignent Sarradin et al., les zones non contrôlées sont les lieux d'élection des chiens sauvages porteurs de rage, et Coll et al. montrent que le choléra se localise premièrement dans ces zones.

solidarité dans l'exposition aux malnutritions. Les résultats de ces recherches remettent en cause les déterminismes qui voudraient associer sur une même échelle pauvreté et problèmes sanitaires. L'état nutritionnel des enfants mais aussi des adultes - l'obésité est en passe de devenir un problème de santé publique important- apparaît comme un bon indicateur du processus inégal d'urbanisation des modes de vie, règles familiales, de l'insertion à l'économie urbaine et à des réseaux sociaux. La collaboration entre nutritionnistes et anthropologues s'avère indispensable pour garantir la rigueur scientifique de l'enquête nutritionnelle et la pertinence du choix (et du traitement) des variables socio-culturelles mais aussi pour comprendre les relations entre état nutritionnel et processus de malnutrition.

Ces résultats sont d'autant plus remarquables qu'ils corroborent ceux menés sur l'hypertension artérielle en Afrique, notamment à Pikine. Cette maladie dite de pays riches touche électivement les moins bien intégrés à la ville: ceux qui peu scolarisés, professionnellement peu qualifiés apparaissent le plus exposés au stress urbain.

2.2. Géographie et anthropologie des systèmes de santé

Du point de vue du système de santé, défini comme l'ensemble de l'offre de soins, la ville se caractérise par une extraordinaire richesse: on y trouve tous les niveaux de soins dits scientifiques et les représentants les plus divers de la médecine dite traditionnelle. Le citoyen choisira dans cette offre de soins diversifiée le/les thérapeutes accessibles financièrement, spatialement, socialement et culturellement.

L'omniprésence d'un système de santé aussi complexe définit une double contrainte scientifique: on ne saurait étudier la morbidité dans les villes indépendamment de l'activité du système de santé (les géographes diraient étudier simultanément la géographie des maladies et la géographie du système de santé), ni étudier les recours thérapeutiques auprès d'une seule offre de soins.

Les études anthropologiques exposées au cours du séminaire ont mis en évidence la montée des synchrétismes modernes/traditionnels dans les systèmes de santé qui se traduisent par une très grande diversité des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques des plaignants et l'usage complémentaire des différentes offres de soins. La ville apparaît comme un lieu foisonnant de thérapeutiques empruntant aux systèmes locaux et occidentaux, de sectes, de cultes magico-religieux liés à l'urbanisation.

Les études sur la répartition et l'activité du système de santé «moderne», montrent l'intérêt, et la difficulté aussi, d'une spatialisation de la distribution des moyens matériels et humains et d'une localisation au plus près des aires d'activités des structures sanitaires. Ce souci, partagé par les géographes et les responsables de santé publique, s'est exprimé dans les discussions sur l'utilisation des statistiques sanitaires à des fins opérationnelles.

23. Projets et stratégies des soins de santé primaires en milieu urbain

L'importance du phénomène d'urbanisation contraint les praticiens à adapter les concepts et les méthodes de la Santé Publique - très marqués par les problèmes ruraux- au milieu urbain.

Des expériences ponctuelles d'amélioration de stratégie de soins, des projets globaux de soins de santé primaires ont été exposés.

Les participants ont abondamment discuté des problèmes de planification et financement des équipements dans un contexte de pénurie, d'allocation des ressources et de définition des missions des différents niveaux de référence dans un contexte d'offre de soins variés mais rarement accessibles aux plus pauvres, de la validité et de l'intérêt des différents indicateurs d'activité et de couverture sanitaires, de l'intérêt de stratégie communautaire associant le personnel soignant et les représentants de la population. L'émergence de pathologies chroniques et de problèmes ne relevant plus du niveau de compétences des seuls postes de santé ont fait réfléchir sur les perspectives futures des soins de santé primaires en zone urbaine.

Des propositions concrètes pour définir -en l'absence de documents statistiques et cartographiques fiables- le profil sanitaire de zones et/ou populations à risque(s) à des fins opérationnelles et pour rendre plus utiles les statistiques sanitaires courantes ont été faites; des questions -souvent restées sans réponses- sur l'apport de l'anthropologie à la santé publique ont été posées.

3. DES INTERROGATIONS ENTRE DISCIPLINES AUX INTERROGATIONS SUR LES DISCIPLINES.

La complexité des relations entre les phénomènes d'urbanisation et l'état de santé conduisent souvent à un discours incantatoire sur la pluridisciplinarité, comme si elle constituait une garantie de rigueur scientifique et à la limite, un exercice en soi. C'est un peu vite oublier que le «secret» de la dynamique pluridisciplinaire se trouve dans la capacité de chacune des disciplines à étayer aux plans théorique et méthodologique son approche propre des processus étudiés, dans sa capacité à intégrer dans sa problématique les acquis des autres démarches. Il n'y a pas à notre sens de «discours pluridisciplinaire»¹, seulement des discours de disciplines sur la pluridisciplinarité. En oubliant cette règle épistémologique élémentaire, le pluridisciplinaire se réduirait vite à un «plus petit minimum commun» entre disciplines. Or, il se trouve qu'aucune discipline n'est vraiment armée pour étudier le thème urbanisation et santé dans le Tiers Monde.

Les géographes de la santé ne se sont guère penchés sur les problèmes des petits espaces denses, les géographes urbains ne se sont guère souciés des variables sanitaires dans la

¹ ou alors littéraire mais au mauvais sens du terme ! Cette question repose le problème du statut scientifique des ethnosciences habituées des grands écarts épistémologiques. Mais que dire des audacieux qui, s'appuyant sur une double démarche de sciences biomédicales et de sciences sociales, sont conduits à tenir des discours et à avoir des pratiques de recherche si dissociées qu'on peut se demander si la recherche d'orthodoxie apporte beaucoup de choses à la réflexion sur la pluridisciplinarité.

définition de leur catégories urbaines. En ville, où les distances n'existent pas vraiment, où le tracé de frontières/limites est particulièrement arbitraire, les géographes doivent inventer de nouvelles méthodes pour apprécier la dimension spatiale des faits de santé. Mais notons que si l'objet de recherche des géographes de la santé en ville apparaît spécifique, les concepts, la problématique de fond sur la ville reste la même que celle de n'importe quel géographe: typer des villes¹, caractériser une société par la gestion qu'elle fait de son environnement, par les formes de socialisation de l'espace.

L'apport réel de la géographie à la connaissance des relations urbanisation/santé réside dans sa capacité à appréhender globalement la ville en définissant et comparant la géographie propre des faits de santé étudiés dans la perspective d'une connaissance des sociétés. C'est par cette démarche propre que le géographe contribuera, par exemple, de la façon la plus efficace à la définition de «l'environnement urbain».

En étudiant les relations urbanisation/santé, le projet anthropologique ne peut être que de caractériser une société par ses faits de santé. Les études anthropologiques sur la santé révèlent en profondeur les permanences et les ruptures des sociétés et représentent un champ prometteur pour la discipline, tant dans le domaine de l'anthropologie de la maladie que de l'anthropologie des projets de développement. L'analyse des enjeux sociaux et politiques des systèmes de santé communautaire a également permis de montrer la place essentielle tenue par les problèmes de santé, individuels et collectifs, dans l'organisation sociale des communautés urbaines.

Mais comme l'a souligné J.P. Dozon «si l'anthropologie, par ces notions et niveaux d'analyse, aspire à l'analyse globale, à la systématisation, elle apprend, assez vite l'humilité en ce que la réalité résiste à ses méthodes et à ces catégories. Il n'y a pas de nécessaire correspondance, ni de détermination univoque entre les pratiques, les institutions et les représentations».

L'attente est pourtant grande chez les «développeurs» de voir les anthropologues contribuer à des actions plus efficaces et plus adaptées en donnant des «clefs» de fonctionnement de la société urbaine. Mais plusieurs auteurs ont souligné que, plus en milieu urbain qu'en milieu rural, le propos anthropologique paraît aggrandir le fossé entre la connaissance et l'action. Aussi a-t-on souvent assisté à un non-dialogue entre responsables de santé publique et anthropologues, les demandes des premiers étant doublement entendues par les seconds comme des demandes de recettes auxquelles ils n'ont pas vocation à répondre et comme une volonté d'instrumentation du réel représentative de la philosophie du «développement». Ce refus de collaboration des anthropologues avec les décideurs a parfois été interprété par les décideurs comme une peur de l'engagement, ou pire, pour des gens tout tournés vers l'action, de l'inefficacité d'une démarche scientifique.

Si l'originalité de la démarche anthropologique est apparue à d'autres participants comme la marque d'une pratique scientifique «totalitaire» particulière à cette discipline,

¹ *les villes étudiées se définissent-elles comme des villes du Tiers-Monde ou comme des villes tropicales ? Sur quels critères définir une ville quand on s'intéresse aux problèmes sanitaires ?*

il nous apparaît important de souligner les similitudes d'exigences scientifiques des sciences sociales, même si l'engagement de disciplines comme la géographie ou la démographie dans des projets de développement apparaît plus naturel. L'opposition n'est pas aussi importante qu'il y paraît: il nous semble que les travaux anthropologiques permettent, par exemple, dès maintenant une critique du concept de transition épidémiologique, de plus en plus utilisé en santé publique.

Ce concept, réplique dans le domaine sanitaire de celui de transition démographique, est plus l'expression d'un certain nominalisme que d'une démarche scientifique et reste fondé sur l'image de pays sous développés se développant sur le modèle des pays développés. Il ne se situe en outre qu'au niveau de la morbidité alors que les faits de morbidités sont inséparables de l'activité du système de santé. Celui-ci ne répond pas à cette conception d'une «transition», il est en perpétuelle modifications, empruntant à la modernité et aux traditions les éléments de réponses nécessaires aux nouvelles questions. A tout le moins, il vaudrait mieux parler de transition sanitaire pour souligner les modifications et les interrelations intervenant dans le domaines des maladies et du système de santé.

L'explicitation de divergences - traduction d'un débat sans détours - ne doit toutefois pas cacher les perspectives passionnantes de recherches sur ces sujets, ni masquer les possibilités de collaboration avec les praticiens: l'importance du processus d'urbanisation et notre grande méconnaissance des problèmes sanitaires s'y rattachant sont assez graves pour que les débats et les travaux communs se poursuivent!

Mais comme le soulignent Sarradin et all, les zones non contrôlées sont les lieux d'élection des chiens sauvages porteurs de rage, et Coll et all montrent que le choléra se localise premièrement dans ces zones ou alors littéraire mais au mauvais sens du terme! Cette question repose le problème du statut scientifique des ethnosciences habituées des grand-ecarts épistémologiques.

Les villes étudiées se définissent elles comme des villes du Tiers monde ou comme des villes tropicales; sur quels critères définir une ville quand on s'intéresse aux problèmes sanitaires ?