

- autres établissements d'enseignement supérieur et les autres parties intéressées ;
2. de faire en sorte que les idées prônées par l'Oms en ce qui concerne le rôle approprié des universités dans les stratégies de la santé pour tous et la collaboration requise en conséquence entre les ministères et autres organismes compétents et les universités, soient bien expliquées dans toutes les instances appropriées ;
 3. de communiquer aux ministères et autres organismes compétents et aux universités les informations qui aideront celles-ci à jouer leur rôle dans les stratégies de la santé pour tous ;
 4. d'aider les ministères et autres organismes compétents qui le demandent à faire davantage participer les universités dans l'action nationale de développement sanitaire ;
 5. de recueillir et diffuser des informations sur la participation des universités aux stratégies de la santé pour tous et sur les efforts déployés conjointement à cet effet par les ministères et autres organismes compétents et par les universités ;
 6. de mettre en place au siège et au niveau des régions les dispositifs nécessaires pour que toutes les mesures appropriées soient prises, coordonnées, surveillées et évaluées ;
 7. de mener à bien les activités susmentionnées dans la limite des ressources disponibles, et de rendre compte des progrès réalisés dans ses rapports biennaux à l'Assemblée de la Santé. ■

Plus spécifiquement dans le secteur de la santé, l'on peut également faire remarquer que les mutations sont constantes et à réorientation sociale. "La santé pour tous" résume bien la demande collective des Etats membres de l'Oms pour plus de justice. La question est donc de savoir si, ainsi définie, la situation dans laquelle se trouvent l'université d'une part, en crise, et la santé d'autre part, en question, si entre les deux, un dialogue peut être établi. L'on peut s'étonner qu'il ait fallu attendre tant d'années depuis la réflexion issue de la conférence d'Alma Ata pour que soient mobilisées les universités. Toutes ont leur part à apporter ; chacune, avec son public, doit être impliquée dans cette "longue marche".

De nombreux exemples de participation universitaire ont été rappelés à Genève lors des discussions techniques sur "le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous". Elles ont abouti à une résolution adoptée par la 37^e Assemblée mondiale de la santé le 17 mai 1984, qui vaut d'être lue intégralement (v. encadré). Mais, pour que cette mobilisation soit

efficace, il faut qu'au-delà des ministres, recteurs, présidents, doyens et professeurs de tous rangs, l'appel atteigne les couches productives des amphithéâtres et laboratoires, et qu'en résulte un « changement d'attitude garant d'un engagement plus total et plus cohérent des universités en faveur de la santé, du développement humain et de l'égalité sociale » (H. Malher).

UNE TÂCHE DIFFICILE

Il s'agit cependant d'une tâche difficile. Les relations entre l'université, les pouvoirs publics et la société font certes apparaître des préoccupations nouvelles, mais la place de l'université dans le système de santé de la communauté n'est pas encore évidente et l'appel des pouvoirs publics doit rester prudent car, ombrageuse, jalouse de son indépendance, une mobilisation excessive aboutirait paradoxalement à un repli sur soi. « C'est aux universités, aux universitaires, à participer à l'identification des priorités, à la formulation des politiques, à l'exécution du développement sanitaire national sans renoncer pour autant à leur autonomie si jalousement préservée en matière de recherche et d'enseignement » (O.O. Akinkugbe). "La santé pour tous" et l'université a donc constitué, en 1984, le thème des discussions techniques de Genève, mais cette réflexion n'a été possible que parce que beaucoup d'universités

avaient amorcé leur conversion, qu'elles étaient en quête de pertinence sociale, que leur place dans la société, la notion de service, les structures universitaires, au regard des besoins de la communauté, avaient été évoqués, analysés, jaugés, face aux indispensables libertés académiques. Le rôle de l'université dans la santé et le développement a même donné lieu à des engagements précis en France, tôt apparus par rapport à d'autres pays contrairement à l'opinion féroce ment dispensée, pour nuire à l'image de marque de l'université. En effet, tant à Bordeaux qu'à Paris (1), des instituts ayant pour titre et pour objectif "Santé et Développement", avaient été créés dans un cadre universitaire contraignant à la réflexion, à l'ouverture, à la pluri-disciplinarité sans excès divagants, à une formulation de principes et à des engagements qui, même lorsqu'ils étaient ponctuels ou éphémères, avaient le mérite de mobiliser les universitaires de tous grades autour de programmes concrets. Le rôle des universités doit être mis en lumière, leur potentiel exploité ; le long procès qui leur est fait n'est plus justifié depuis que leur engagement est plus ouvert. **Marc GENTILINI**

(1) Département Santé et Développement. - Université de Bordeaux III. - 146, rue Léo Saïgnat, 33076 Bordeaux Cédex et Institut Santé et Développement. - Université Paris VI. - 15-21, rue de l'Ecole de Médecine, 75270 Paris Cédex 06.

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

HISTOIRE: 23193

Cpte : B

La santé dans la ville

Le développement spectaculaire des villes dans les pays du Sud a provoqué des bouleversements dans le traitement des maladies : le débat médical entre les partisans de l'hygiène avant tout et les tenants de la biomédecine se poursuit encore actuellement.

LES MALADIES « EXOTIQUES », réellement préoccupantes, frappent de façon très inégale des zones parfois extrêmement circonscrites. En réalité, ce qui en terme d'urgence oppose vraiment la situation sanitaire des populations d'Afrique noire à celle des pays

européens, c'est le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les causes en sont la malnutrition, la rougeole, la diarrhée, la méningite, le tétanos, la coqueluche... (La mortalité des enfants de moins de un an varie de 50 à 200 pour 1000 en Afrique alors qu'en Europe elle est de l'ordre de 10 pour 1000). Le paludisme est la seule maladie "tropicale" dont l'influence

soit significative, encore que sa responsabilité dans les décès des enfants africains ait été largement surestimée.

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

DE PERPÉTUELLES FLUCTUATIONS

Les données démographiques montrent régulièrement des taux de mortalité infantile en ville inférieurs à ceux observés en zone rurale. Dans les études alimentaires, le quotient-calorie par habitant est en général en faveur de la ville. Mais ce mieux être urbain est-il également réparti ? Quelle est la combinaison particulière des maladies ou des niveaux globaux de santé, selon le quartier, le statut socio-économique, le degré d'intégration urbaine des citadins ? C. Gateff résume la situation (1) : d'abord l'information épidémiologique est de mauvaise qualité ; ensuite l'infrastructure sanitaire est dense mais très hétérogène et son action mal coordonnée ; enfin les populations évoluant en milieu urbain sont soumises à de perpétuelles fluctuations qu'il est difficile de modéliser. S'ajoute à ce constat que les informations qui pourraient être recueillies par une surveillance épidémiologique classique, ne concerneraient que les épisodes pathologiques identifiés comme tels et à partir du dispositif de soins de type occidental qui est loin d'être le seul recours thérapeutique des citadins. Cette absence d'informations fiables est assez largement reconnue mais n'empêche pas que des décisions soient prises telle que la mise en place de réseaux de distribution qui répondent manifestement à une demande. Mais à y regarder de plus près, surtout lorsqu'il s'agit des investissements les plus lourds, nous constatons que pour fonder ces décisions, certaines hypothèses prennent l'allure d'évidences. Passons sur l'envers fantasmagique des "lumières de la ville" : la prostitution,

la drogue, l'alcoolisme, la délinquance et prenons pour exemple le type de postulat suivant : « *Les quartiers d'habitat spontané, précaires, sont des espaces extrêmement pathogènes où se conjugent insalubrité, promiscuité et privation alimentaire, sans omettre "l'éternel obscurantisme" des mères de familles. Il ne nous appartient pas d'infirmer ou de confirmer ce propos mais ce qui nous paraît inquiétant c'est qu'il ait pu servir de justification à des politiques dites de « déguerpissement » telle qu'on a pu les observer dans certaines grandes capitales. L'opération consiste à transférer à l'extérieur de la ville l'ensemble des citadins occupant des îlots dits insalubres. Ceux-ci sont progressivement*

blement parce qu'elle empêchait toute organisation communautaire, c'est-à-dire politique.

PASTEURIENS CONTRE HYGIÉNISTES

Lorsqu'il n'y a pas pure et simple perversion, il apparaît donc qu'en l'absence de données précises, "la nécessité d'agir" se fonde sur un discours plus idéologique que scientifique. Mais n'est-ce pas devant un questionnement semblable que s'est trouvée notre société lors du grand mouvement d'urbanisation qui a accompagné la révolution industrielle au 19^e siècle ? Depuis les années 1850 s'affrontent deux grands courants de la pensée médicale : celui des hygiénistes et celui

aux foules l'air, l'eau et les aliments purs ainsi qu'un cadre de vie agréable ». En France, sont pris en 1850 les premiers décrets relatifs à l'assainissement des logements. Cette théorie mise en pratique à Munich fera tomber la mortalité par typhoïde de 72 par millions en 1880, à 14 par million en 1898. En Angleterre est créée la « Health and Towns Association » dont les moyens d'actions sont l'air, l'eau et la lumière. En 1875, le Public Health Act est l'officialisation de ce mouvement sanitaire. Un médecin et hygiéniste, Richardson, publie en 1976 *Hygiène, la ville de la santé*.

Rapidement Pasteur entraîne pourtant la médecine dans une toute autre direction, celle de la désinfection, des vacci-

sance de la mortalité infantile a commencé dès le début du 18^e siècle avec l'augmentation de la production agricole et l'amélioration de l'alimentation. La distribution de l'eau courante et l'évacuation des eaux usées auraient été les contributions les plus importantes du 19^e siècle. Enfin, ce sont plutôt les effets de l'augmentation générale du niveau de vie qui sont observés aujourd'hui (4).

"LA TRISTESSE ET LES LARMES"

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

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

Ce qui est intéressant, c'est de voir comment à cette époque le modèle biomédical a permis d'éviter les remises en cause sociales qu'impliquaient le modèle hygiéniste. I.K. Zola l'explique ainsi : L'organisation spatiale et sociale de la ville coloniale n'est pas sans évoquer une "Hygiène tropicale". C'est au nom de l'hygiénisme que seront établis les principes de ségrégation de communautés. La ville blanche sera autant que possible érigée sur le « plateau » : les maisons-véranda sur pilotis, garantissant la fraîcheur, l'aération et la lumière. Les cités noires sont maintenues à distance. La verdure pourra faire écran aux « miasmes » qui pourraient s'en échapper. En permettant la découverte du rôle des moustiques dans la transmission du paludisme, des fièvres, de la fièvre jaune, les conceptions pasteuriennes vont donner aux hygiénistes du début du siècle des moyens d'action. Dès 1905, dans la plupart des villes coloniales, les comités d'hygiène sont mis en place. Leurs agents vérifient que les citadins nettoient leur parcelle en même temps que la portion de rue qui y donne accès, que les collections d'eau stagnantes sont comblées, les récipients couverts. Un casier sanitaire sera même établi pour chaque maison

OMS : SANTÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT

Créée en 1948, l'Oms (Organisation mondiale de la santé) est une des institutions spécialisées des Nations unies. Elle se compose aujourd'hui de plus de cent soixante Etats membres. Sa mission depuis l'origine est toujours la même : travailler à la protection de la santé des peuples du monde. Assez récemment, en 1977, l'Assemblée mondiale de la santé (instance suprême de l'Oms) a précisé cet objectif en adoptant une résolution : faire accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants de la planète à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Un an plus tard à Alma Ata (Urss), conjointement avec l'Unicef, l'Oms conceptualisait cet outil que l'on a appelé en raccourci « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Ce programme est un tournant important car il représente la mise en œuvre d'une doctrine nouvelle : la théorie des soins de santé primaire, c'est-à-dire la définition de la santé pour tous comme moteur du développement économique et non plus comme conséquence. Cette théorie est l'affirmation de la nécessité d'une politique de santé préventive dans le tiers monde.

L'Oms exerce un rôle de recommandation et d'information. C'est aussi le centre mondial des statistiques sur la santé. Outre le recueil de statistiques, elle diffuse également des informations dans les cas d'épidémies transmissibles en avertissant les Etats des risques de propagation. Le dernier volet de l'action de l'Oms est celui de la réglementation qui a permis l'instauration de règles sanitaires internationales. Mais le succès le plus spectaculaire au crédit de cette organisation est sans conteste l'éradication de la variole. La disparition de cette maladie constitue à la fois une réussite au plan médical et le meilleur exemple de coopération internationale.

visitée. Avec les indépendances, villes et cités rompent les digues qui les séparent, comblent les interstices, repoussent toujours plus loin les limites spatiales de l'agglomération urbaine : mais les infrastructures (voirie, eau et assainissement) ne suivent pas. Dans ces grandes villes africaines, se joue aujourd'hui un scénario semblable à celui du siècle dernier, scénario dont l'issue nous paraît très incertaine. Urbanistes et médecins de santé publique continuent à se « lancer la balle »



Dans une rue de Diré (Nord du Mali) Les études alimentaires montrent que le quotient-calorie par habitant est en général en



faveur de la ville

rasés et remplacés par des "immeubles résidentiels".

Quel a été l'impact de telles politiques, mises en œuvre au nom de la santé, sur la santé des citadins ? Nul ne le sait. Mais ce que nous avons pu observer, c'est que la "hantise du déguerpissement" n'était pas pour rien dans la taudification de certains quartiers "spontanés", notamment parce qu'elle interdisait aux nouveaux venus d'investir dans leur habitat et proba-

blement pasteuriens qui fondera pour une grande part la biomédecine que nous connaissons aujourd'hui.

Selon R. Dubos (2), l'idée hygiéniste est conçue indépendamment de toute démarche scientifique (disons qu'elle n'en a pas besoin malgré les travaux de l'époque qui viennent l'étayer). Elle repose sur une base simple : « *puisque la maladie accompagne toujours le besoin, la saleté et la pollution, la santé ne peut être conquise qu'en rendant*

nations... Il est vrai qu'il est plus simple d'identifier un agent pathogène unique, de démonter la chaîne épidémiologique qui conduit à la maladie pour tenter de la briser au niveau du maillon le plus faible, que de lutter pour plus de justice sociale (3). A cette époque, l'Europe sort du cauchemar de la mortalité infantile. Ce succès sera attribué aux théories de Pasteur. Mais des études rétrospectives réalisées aujourd'hui indiquent que la décrois-



A l'entrée d'une Pmi à Bamako
L'articulation dépistage/prévention/soins est souvent mal comprise

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

RISQUE D'UNE LECTURE SÉLECTIVE

La déclaration d'Alma Ata de 1978 fonde le concept de soins de santé primaires. De même que le discours hygiéniste a été perverti, dévié de son objectif initial (perversion : du latin *per-versio*, renversement), nous pourrions assister à une prise en considération très sélective des principes d'Alma Ata. Ceci pourrait se traduire dans les faits par un désengagement pur et simple des pouvoirs publics, ou, à l'inverse, par la reprise en main, au travers d'opérations de santé, des destinées des quartiers d'habitat spontané. Les deux scénarios ne sont pas exclusifs. Ce qui est clair dans la déclaration d'Alma Ata, c'est que, les soins de santé primaires ne sont pas une alternative. Ils constituent un premier niveau dont l'articulation à l'ensemble du système de santé est essentielle.

La réussite d'un tel dispositif suppose qu'il ne soit pas « sous perfusion » de moyens financiers et d'experts venant de l'extérieur. Elle suppose que la com-

munauté a pu s'approprier les services de base sans que les pouvoirs publics cessent d'apporter les moyens qui sont de leur ressort (l'eau, les personnels spécialisés, les médicaments essentiels...), et que soit effectivement assuré le relais avec les autres niveaux, notamment avec un secteur d'hospitalisation polyvalent. La nécessité d'assurer ce relais ne semble pas toujours perçue. Ainsi au niveau du dis-

pensaire par exemple, l'articulation dépistage-prévention-soins est souvent mal comprise. Les activités de prévention font l'unanimité, mais elles consistent bien souvent en un dépistage qui ne peut être suivi d'aucune solution concrète. Ce secteur de dépistage sans issue est en règle générale confié au personnel le plus qualifié aux dépens du secteur curatif. Que faut-il dire pour convaincre que c'est la qualité du secteur curatif (de base !) qui peut seule permettre l'accumulation du capital de confiance nécessaire à la mobilisation des communautés sur des objectifs de prévention ?

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

Beaucoup de citoyens semblent souffrir d'un syndrome d'abandon. Si de la déclaration d'Alma Ata, les responsables politiques retiennent que ces derniers ont au moins autant de droits que de devoirs, alors peut-être la santé pour tous en l'an 2000 sera-t-elle un peu moins mal répartie.

Marc LALLEMANT

FORMATION

Apprendre à convaincre

De bons projets n'aboutissent que si la population concernée se sent partie prenante. Les techniciens doivent savoir communiquer.

C'est un des secteurs d'action du Centre international pour le développement social et la santé communautaire (Cidessco) à Bordeaux.

SI LES ANNÉES RÉCENTES ont vu se développer les formations sanitaires pour le tiers monde, soit sur place, soit dans les pays industrialisés, l'effort de pertinence des programmes n'a pas donné des résultats probants sur le terrain. Certes l'introduction de la formation en management et une orientation vers les soins de santé primaires ont pu

améliorer l'approche professionnelle et sensibiliser des étudiants (traditionnellement attirés par la médecine hospitalière) aux réalités de la « périphérie » c'est-à-dire l'épidémiologie, la médecine générale de terrain et la santé publique au sens large. Pourtant l'abord des problèmes communautaires se fait presque toujours dans une optique professionnelle et n'envisage que rarement les aspects de développement global des sociétés dans lesquels