



(3)

URBANISATION ET SANTE (1)

Marc Eric Gruénais, ORSTOM

La ville, volontiers qualifiée de milieu hétérogène, lieu de nouvelles différenciations sociales, serait-elle le foyer de maux particuliers ? Bien souvent, lorsqu'est évoquée la situation des pays en voie de développement, le citadin se différencierait du rural moins par la nature des pathologies auxquelles il est exposé que par son insertion dans un milieu qui fait figure de boîte de Pandore où l'hétérogénéité des faits de santé en ville pourrait se lire à la lumière de la ségrégation spatiale et des disparités de niveaux socio-économiques. La complexité des milieux urbains africains vient parfois remettre en cause une telle conception.

La morphologie des villes africaines n'obéit pas toujours à un schéma dualiste qui oppose un centre nanti à une périphérie démunie. Par exemple, le centre de la ville de Maradi (Niger), de peuplement ancien, est sous-équipé, alors que les quartiers d'extension récente sont les plus "riches", si l'on mesure la richesse à l'aune de la possession de biens "modernes" onéreux. A Pikine, "banlieue" de Dakar, la ville se structure moins en fonction de l'opposition quartiers réguliers/quartiers irréguliers (c'est-à-dire bâtis ou non en fonction d'un plan d'aménagement) que de l'histoire particulière de micro-quartiers qui, même s'ils sont situés dans la zone irrégulière, n'abritent pas toujours les populations les plus démunies.

En fait, selon les critères retenus pour décrire la ville (niveau socio-économique des ménages, équipements sanitaires, adduction d'eau, nature de l'habitat, salubrité, etc.), les différentes zones alors définies ne se superposent pas obligatoirement. Cette réalité peut compliquer singulièrement le choix d'une zone d'intervention sanitaire: faut-il définir une telle zone en fonction d'un seul critère auquel est donné le statut de "besoin", quitte à y inclure des populations qui

En parallèle au programme d'autoproduction de logements, il y avait un programme d'agriculture urbaine, permettant l'alimentation de la "marite commune" et la production de surplus destinés à la vente et/ou à l'alimentation d'autres "marites communes" (notamment une cantine scolaire du secteur). Ce projet d'agriculture urbaine reposait sur la production de chaque famille sur sa parcelle. Le séchage solaire des fruits et légumes était également assuré sur les parcelles. Le projet fournissait à chacun des sacs pour le stockage dans un magasin commun à l'abri de l'humidité.

Un troisième programme fut développé dans le domaine de l'énergie et consistait en la construction de cuisinières et de fours en terre.

Ce type d'expérience marche très bien à une échelle réduite. La question qui se pose est celle de la répliquabilité d'une expérience locale et de son intégration dans le cadre d'une politique plus large d'amélioration des conditions d'habitat et d'environnement.

n'apparaissent pas comme les plus démunies, ou faut-il procéder à partir d'îlots de populations, éventuellement dispersés, qui ont le moins accès aux équipements disponibles.

Cependant, en soi, l'amélioration de certains aspects de l'environnement urbain n'est pas toujours synonyme d'amélioration de l'état de santé. Par exemple, on sait que les maladies diarrhéiques, responsables d'une part importante de la mortalité infanto-juvénile, sont liées à de mauvaises conditions d'assainissement, et en particulier à la qualité de l'eau consommée. Or, la spatialisation des cas de diarrhées relevés dans un dispensaire de Brazzaville (Congo) n'a pas mis en évidence de relation entre un assainissement particulièrement défectueux de certaines zones et des épisodes diarrhéiques. Bien plus, parfois l'insalubrité peut être bénéfique. Le moustique vecteur du paludisme a besoin d'eaux non polluées pour se reproduire. Or, la pollution des cours d'eau et le non entretien des caniveaux entravent la reproduction du vecteur et, partant, le développement de la maladie (2).

Puisque les principaux éléments de structuration de l'espace urbain permettent difficilement d'identifier des "milieux pathogènes", faut-il alors s'attacher davantage au niveau socio-économique des ménages ? Les études menées sur la malnutrition, tant à Brazzaville qu'à Dakar et Maradi tendent à prouver qu'il n'y a pas de corrélation statistique forte entre niveau socio-économique des ménages et malnutrition. La malnutrition, maladie des pays pauvres par excellence, ne serait donc pas spécifiquement une maladie de la pauvreté en milieu urbain africain ?

Avant de formuler des conclusions par trop hâtives, il convient de cerner plus précisément la réalité. Par exemple, au sujet des maladies diarrhéiques, s'intéresser non seulement à l'équipement ou à la salubrité du

quartier, mais aussi à l'ensemble des sources d'approvisionnement utilisées par un même ménage et aux modalités de conservation de l'eau. Et si la malnutrition n'est pas corrélée avec le niveau socio-économique des ménages, n'est-ce pas aussi parce que la "richesse" en milieu urbain ne s'évalue pas seulement à partir d'éléments "modernes" de train de vie (tels que salariat, possession d'un réfrigérateur, d'une télévision, etc.) couramment utilisés pour apprécier les ressources des ménages.

En fait, l'état de santé d'une population n'est pas le simple écho passif des conditions de vie matérielles et dépend "aussi" des attitudes adoptées par les instances politiques et les individus considérés dans leur environnement familial.

L'Etat, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales, instances décisionnelles des politiques de santé, ont des intérêts, des buts, voire des idéologies qui ne convergent pas toujours. Aux réalisations somptuaires du premier qui se feront essentiellement en ville pourront s'opposer des actions plus localisées souvent laissées à l'initiative des dernières. Au même titre que l'Etat, les élites locales des quartiers ont besoin d'asseoir leur pouvoir. S'adonnant à un clientélisme complexe (à la fois clientes de l'Etat et devant satisfaire leurs clients réels ou potentiels), elles influenceront sur la réalisation et le fonctionnement des actions sanitaires.

Quant aux groupes exposés aux pathologies, ils sont aussi composés d'individus à l'histoire particulière, contraints d'opérer des choix économiques et sociaux (migration, achat d'un logement, etc.) qui pourront être statistiquement liés à un mauvais état de santé. De plus, la capacité de prise en charge de la maladie est souvent liée aux solidarités familiales: or, dans un univers urbain où s'imposent des modes de différenciations sociales (par la scolarisation, l'emploi, etc.) qui peuvent accroître les tensions familiales, la position individuelle du malade face aux attentes de son entourage influera sur les possibilités de résorption de la maladie et sur le recours thérapeutique à choisir (devin-guérisseur, groupe religieux thérapeutique, dispensaire).

Dès lors, dans cette ville qui est beaucoup plus hétérogène qu'on ne le pense en première approximation, où selon la perspective d'analyse retenue apparaîtront des réalités différentes, il convient, pour appréhender la relation environnement urbain/santé, de ne pas s'adonner à des déterminismes trop simples mais d'allier une approche en termes de contextes environnementaux spécifiques à une analyse des situations individuelles.

(1) La majorité des informations mentionnées ici est extraite de différents rapports intermédiaires, non encore publiés, de l'unité de recherche "Urbanisation et santé" de l'ORSTOM. Pour une présentation générale de ces recherches, cf. Urbanisation et socio-systèmes urbains, ORSTOM, bulletin n°17, février-mai 1986, pp. 19-79, et bulletin n°18, juin-août 1986, pp. 43-62.



(4)

(2) TRAPE, J.F., Relations entre urbanisation et intensité de transmission du paludisme, Brazzaville, ORSTOM, 1984, multigr.: BISTINDOU, G.G.P., "Influence de l'urbanisation sur la répartition des moustiques (culex, anophèles) et l'intensité de la transmission du paludisme à Brazzaville", ORSTOM-AGECO, Actes du colloque, Brazzaville 25-28 avril 1986, pp. 449-457.

NOURRIR LES POPULATIONS EN MILIEU URBAIN

Paloma Agrasot, RISED-BEE

Le mirage des villes bien nourries aux magasins bien achalandés et accessibles à tous semble de plus en plus lointain.

En effet, la ration alimentaire par habitant dans les villes en développement serait (selon le peu de données disponibles) inférieure à celle des campagnes. D'après la cinquième enquête mondiale sur l'alimentation réalisée par la FAO en 1985, dans 13 pays en développement, la ration énergétique des populations urbaines représente entre 71 et 95% de celle des populations rurales (1)

RISED

RÉSEAU D'INFORMATION SUR
L'ENVIRONNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT

ASSOCIATION BOIS DE FEU - BEE - CICSENE -
CNCD - COTA - EECOD - GREEN DESERTS -
ILES DE PAIX - OXFAM B - RITIMO - RONGEAD

F1
B62
BULLETIN N° 8
OCTOBRE 88

Dossier:

ORSTOM Fonds Documentaire

N° :

27.624 ex 1

Cote :

B

M

P 174

L'ENVIRONNEMENT URBAIN



Le bulletin du RISED est publié par le Bureau Européen de l'Environnement (BEE) à Bruxelles avec le support financier de la Commission Européenne. Les articles publiés n'engagent toutefois que la responsabilité du BEE ou de leurs auteurs.

Adresse postale: BEE-RISED, rue du Luxembourg 20, B - 1040 Bruxelles, tel. (02) 514 12 50 (lx.) BEE 62 720