
Soins de santé primaires en ville : l'expérience de Pikine au Sénégal

Emile Jeannée et Gérard Salem

Chacun connaît maintenant la vertigineuse croissance urbaine du tiers-monde : des pays à traditions rurales voient se développer en l'espace de quelques décennies d'immenses agglomérations. Deux chiffres situent l'importance du problème : à la fin du siècle, la moitié de la population du globe vivra dans les villes et deux tiers des habitants du tiers-monde seront des citoyens. On est parfois tenté de mettre cette situation en rapport avec celle qu'a connue l'Europe au XIX^e siècle. Le rapprochement ne saurait aller bien loin, la croissance moyenne des grandes villes du tiers-monde est de 7 à 10 % l'an quand celle de l'Europe industrielle du siècle dernier était de 2,5-3 %. En outre, le phénomène d'urbanisation actuel est beaucoup plus dû à une crise du monde rural qu'à un développement de l'économie urbaine et de l'industrialisation. Urbanistes, planificateurs et décideurs de tout poils se voient ainsi confrontés à un problème totalement inédit. Le présent article s'attachera plus particulièrement à décrire ceux touchant à la santé publique et à la collaboration entre chercheurs et praticiens.

A l'origine du problème, une pseudo-urbanisation

Les villes croissent, doublant approximativement leur population tous les sept ans, sans que les emplois, les logements, les équipements suivent. C'est ce que l'on appelle un phénomène de pseudo-urbanisation :

- une urbanisation sans industrialisation laissant pour compte de véritables armées de chômeurs ;
- une urbanisation incontrôlée, sans construction de logements pour les pauvres ; confinant une part croissante de la population dans des zones insalubres,
- une urbanisation sans création d'équipements collectifs privant les plus démunis d'accès à l'eau, aux structures de soins, aux écoles.

Emile Jeannée, médecin épidémiologiste est chef du projet belgo-sénégalais de soins de santé primaires B.P. 100 15. Dakar-Sénégal.

Gérard Salem, géographe, chercheur à l'ORSTOM est responsable du programme de recherche « Urbanisation et santé », B.P. 1386 Dakar.

Des sociétés sont ainsi bouleversées jusque dans leurs fondements. Modes de vie, relations familiales, réseaux sociaux... toute une organisation sociale est à redéfinir, réinterpréter en fonction des exigences du milieu urbain. Comme nous le verrons plus loin, ce « désordre social » n'est pas moins important pour la santé publique que l'insalubrité chronique des quartiers pauvres.

Les implications en santé publique

Il reste que praticiens et décideurs de santé publique doivent élaborer :

- une programmation des équipements dans des villes à l'urbanisation incontrôlée (sans même pouvoir s'appuyer sur des cartes à jour). Plusieurs années séparent l'installation d'un nouveau quartier de l'ouverture d'un poste de santé,
 - un système de soins préventif et curatif accessible au plus grand nombre d'une population pauvre (pour laquelle on ne dispose pas de statistiques démographiques),
 - des stratégies de soins correspondant aux « pathologies de pauvreté » les plus fréquentes en ville (sans pouvoir s'appuyer pour autant sur des statistiques sanitaires).
- Contrairement à une idée reçue, la situation sanitaire des villes n'est meilleure que celle du milieu rural qu'en moyenne et une approche scientifique du milieu urbain exige la prise en compte de l'hétérogénéité de la ville¹. Les problèmes de santé publique des villes du tiers-monde sont beaucoup plus d'ordre social, culturel ou politique que des questions médicales insolubles. L'expérience de renforcement des services de santé de base qui se mène à Pikine, banlieue de Dakar, depuis 1975 est de ce point de vue illustrative et exemplaire.

Le projet de soins de santé primaires de Pikine

L'origine de Pikine.

Le Sénégal n'a pas échappé au mouvement d'urbanisation que connaît le tiers-monde. Ce pays compte maintenant 33 % de population urbanisée, l'essentiel des citadins trouvant refuge à Dakar. Désormais un Sénégalais sur quatre habite la capitale. Pressentant ce mouvement et conscientes des risques d'explosion sociale, les autorités coloniales ont voulu devancer la croissance de la ville. Dès 1952, des parcelles ont été autoritairement attribuées aux bidonvillois dont les quartiers étaient rasés. Ainsi est né Pikine qui n'était alors qu'un petit village niché dans les dunes du Cap Vert. L'intention était de partir de rien, de contrôler la croissance de la ville et de l'équiper au fur et à mesure des besoins. Le résultat est tout autre : dès les années soixante, un front d'urbanisation spontanée s'est développé jusqu'à ce que la ville « irrégulière » devienne maintenant plus grande en surface et probablement en population que la ville régulière. L'ensemble compte maintenant 650 000

1. Les quelques études épidémiologiques qui distinguent les zones pauvres des zones riches montrent que la situation sanitaire des plus mal nantis n'est guère enviable et elle est parfois équivalente à celle des ruraux. A Madras, la mortalité infantile était de 73 pour mille dans la ville et de 124 pour mille dans les taudis. A San Juan, la mortalité due à la malnutrition se répartissait ainsi entre 1968 et 1971 :

	<i>Avant 1 an</i>	<i>Avant 5 ans</i>
Ville de San Juan	190/1000	202/1000
Zone péri-urbaine	270/1000	274/1000
Zone rurale	300/1000	311/1000

A Manille, le taux de mortalité est trois fois plus élevé dans les quartiers défavorisés que dans le reste de la ville, le taux de tuberculose neuf fois plus important et celui de diarrhée deux fois.

habitants et les retards en équipements (eau, électricité, équipements scolaires, sanitaires...) sont importants, les transports chers et insuffisants, la situation de l'emploi dramatique.

C'est dans ce contexte que le gouvernement sénégalais fit appel à l'aide extérieure pour renforcer le système de soins de santé de base à Pikine. En 1975, un accord de coopération est signé entre le gouvernement de la République du Sénégal et celui du Royaume de Belgique. La ville de Pikine ne comprenait alors que 200 000 personnes environ. Le projet belgo-sénégalais prévoyait d'assurer pour le plus grand nombre une couverture optimale de prestations sanitaires curatives, préventives, éducatives et sociales qui soient à la fois :

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

Devant l'inexistence des services de santé dans de nombreux quartiers et devant les retards d'ordre administratif conduisant à une impossibilité de financement immédiat, gouvernemental ou étranger, un groupe de responsables locaux a proposé l'ouverture d'un poste de santé intégralement autofinancé à l'exception de la rémunération du chef de poste, infirmier d'Etat. La maison d'un chef de quartier fut aménagée pour servir de dispensaire. Progressivement, d'autres quartiers manifestèrent l'intention de suivre cet exemple et rapidement put être créée une centrale d'achat et de stock de médicaments et produits d'entretien pour les postes de santé. Ce « magasin » fut installé dans une maison louée à cet effet, un volontaire s'occupant de la gestion. Conjointement à l'ouverture des nouveaux postes de santé et pour les encadrer, furent créés des comités de santé. Ceux-ci regroupent chacun une douzaine de quartiers et couvrent une population de plus ou moins 25 000 habitants. Les membres de ces comités (une quinzaine environ) sont élus à partir des autorités reconnues dans chaque quartier (trois par quartier). Ces comités sont regroupés au sein d'une Association pour la promotion de la santé. Ils prennent en charge, d'une part, la collecte journalière des recettes avec leur versement bihebdomadaire sur un compte bancaire propre, et, d'autre part, l'utilisation des ressources moyennant ordre de virement avec signatures multiples.

Cette expérience de participation financière des populations au fonctionnement des services étatiques fut progressivement intégrée sur le plan administratif et juridiquement reconnue par le ministère de l'Intérieur après cinq ans d'existence sur le terrain. Actuellement, toutes les formations sanitaires du département (vingt-cinq postes de santé, sept maternités, deux centres de santé) ont adopté ce modèle de participation financière qui a par ailleurs été étendu à l'ensemble du pays. Le montant de la participation forfaitaire aux frais de soins de santé est fixé comme suit (1 CFA = 0,02 FF) :

- 75 CFA : consultations enfant (0-14 ans)
- 150 CFA : consultations adultes
- 250 CFA : consultations prénatales + carnet de santé
- 300 CFA : soins dentaires adultes
- 500 CFA : soins dentaires opératoires
- 2000 CFA : accouchements.

L'Association pour la promotion de la santé a proposé la répartition des dépenses ainsi :

- médicaments, 50% des recettes
- produits d'entretien et divers, 5% des recettes
- primes agents de santé communautaires, 15% des recettes
- salaire vendeur de ticket, 10% des recettes
- dépenses courantes, 4% des recettes
- réserve, 12% des recettes.

Il n'y avait rien à attendre de l'Etat. L'élément catalyseur du projet de santé a été et reste la motivation des populations. La mobilisation efficace et le dynamisme rencontrés pour la mise sur pied de l'infrastructure sanitaire ont joué également dans d'autres domaines : adduction d'eau, électrification, ramassage d'ordures, etc. Un fait intéressant qui a rendu effective la volonté populaire semble être l'organisation des quartiers avec une hiérarchie bien établie et respectée : chefs de quartier, autorités religieuses, responsables politiques, etc. Tous ces acteurs vont intervenir par eux-mêmes, mobiliser leurs relations et faire pression pour satisfaire les besoins formulés par ceux dont ils ont la charge. Au départ, avant l'intervention des populations, l'activité des infirmiers des quelque dix dispensaires se bornait à examiner les malades qui leur étaient soumis et à prescrire une ordonnance qui devait — aurait dû le plus souvent — être achetée à la ville. Si rien, ou peu, ne se faisait, l'autorité technique gardait le contrôle de l'outil. Dès que l'apport financier des populations s'est développé — 2 000 000 FF en 1984 — les représentants des comités de santé exigèrent de participer aux décisions et orientations de services de santé. Inutile de dire que les tensions furent réelles et si, aujourd'hui, après dix ans de participation ou de coexistence, pas toujours tout à fait pacifique, un certain équilibre semble être atteint, il est bon de tenter une analyse des facteurs qui ont permis au système de survivre et de se développer.

Rentabilité (ou efficacité). Dès le début, on percevait que quelque chose se passait. Des solutions étaient apportées à des problèmes réels et ressentis. Des postes de santé étaient créés ; là où il n'y avait pas de médicaments, il y en avait désormais, etc.

Simplicité. Les objectifs sont immédiats, directs — assurer un approvisionnement en médicaments, permettre aux femmes d'accoucher sous surveillance — avec un circuit court pour la prise de décision et le financement. Les acteurs au premier degré restent maîtres de leur outil.

Le jeu politique. Le soutien des élus locaux et du ministre de la Santé, qui avaient tout intérêt à ce que cela marche, a été déterminant lorsqu'il s'est agi d'intégrer sur le plan administratif le modèle proposé. En fait, les contraintes administratives sont le frein le plus puissant à la mise en place de solutions nouvelles adoptées aux conditions locales.

Le laisser-faire. La liberté accordée par les autorités ont permis de tester différents modes de collaboration entre les services techniques et les habitants de la ville et de progresser vers une relation efficace pour les deux parties.

Le système est dynamique et évolutif. Il n'a jamais fait l'objet de plans à long terme et après dix ans d'ajustement continu, il semble que l'absence de carcan planificateur couplé à la recherche constante et attentive de la réponse la plus adéquate

ait été un élément moteur capital. *Il n'y a pas de modèles préexistants pour l'organisation des soins de santé primaires en milieu urbain. Les références disponibles concernent le milieu rural.* Il a donc fallu faire preuve d'imagination dans la mise en place de réponses originales à des problèmes particuliers. Parmi ceux-là, l'identification des facteurs urbains propres à influencer sur la santé des citoyens dépassait les capacités d'intervention de l'équipe sanitaire. Aussi une collaboration s'est instaurée et progressivement renforcée avec une équipe de chercheurs de l'ORSTOM travaillant sur les relations entre urbanisation et santé.

Le programme « Urbanisation et santé » de l'ORSTOM

L'objectif scientifique de l'équipe ORSTOM était en 1982 de montrer les relations entre conditions d'habitat, mode de vie, accès aux soins et exposition à la maladie et à la mort dans l'agglomération dakaroise, de mettre en évidence l'hétérogénéité des faits de santé en ville. Pour schématiser, on pourrait dire que l'objectif était à la fois de caractériser une société et un espace par ses faits de santé et de montrer les spécificités épidémiologiques de la ville. Le deuxième objectif était de travailler avec une équipe de praticiens de terrain se réclamant de la philosophie générale des soins de santé primaires. C'est ainsi que s'est développée la collaboration avec le projet de soins de santé de base de Pikine. La chose serait bien banale si cette collaboration ne modifiait pas sensiblement l'activité de l'un et l'autre partenaire. Sans jamais perdre sa vocation de recherche, le programme ORSTOM s'est vu largement marqué par les besoins, plus ou moins exprimés, de l'équipe du projet de soins de santé de base de Pikine. L'équipe ORSTOM était venue pour mener des recherches épidémiologiques ; les praticiens nous interrogeaient plus sur le milieu social et physique de leur ville. Leur souci était moins de connaître le lien entre l'agent pathogène de telle ou telle diarrhée et l'environnement que de comprendre le comportement de la mère face à cette maladie ; leur priorité était moins de disposer de recherches épidémiologiques de pointe que de caractériser le rôle et l'accès aux différents réseaux de soins de Pikine (privés, publics, traditionnels), d'avoir une analyse sociologique des comités de santé ou une étude géographico-politique de la répartition (inégaie) des équipements dans la ville. Aussi, dans un premier temps, l'équipe ORSTOM s'est-elle efforcée d'appréhender globalement la ville, afin d'aider à l'analyse et à la décision les praticiens de terrain. Ses recherches se sont articulées en trois volets.

Géographie générale de la ville et définitions de zones à risque.

Le premier travail a tout simplement consisté en une cartographie systématique de la ville : type de lotissement, répartition des équipements, type de construction, ressources en eau et électricité, ethnies représentées. Ce quadrillage de la ville nous a permis d'établir un document simple mais concret pouvant servir de base de sondage à des études ultérieures. Il sert à définir des zones à risques. Une attention particulière a été portée aux problèmes de densité de population (« pathologie de la promiscuité ») et aux problèmes d'eau (pathologies à transmission hydrique et liées au manque d'hygiène). Ces documents de base mettent également en évidence les zones à équiper en priorité.

Mise en place d'un système de statistiques sanitaires et démographiques et définitions de population à risques.

Aucune statistique sanitaire fiable n'était corrélée au profil du patient à Pikine. Un

réseau témoin de dix postes de santé a été mis en place avec un enregistrement systématique de plaintes croisées avec l'âge, le sexe, l'ethnie et le quartier d'origine du patient. Dans le même temps, un relevé de tous les décès et naissances a été fait dans les centres d'état civil (rapporté également au profil de la personne). Ces données nous permettent actuellement de croiser les différents paramètres (âge/plainte, plainte/quartier, mois/plainte/décès...), de désigner des populations à risques particuliers et de caractériser le recrutement spécifique des postes de santé. Ce travail, pris en relais maintenant par le projet belgo-sénégalais contribue directement à la définition d'actions prioritaires et sert de base à la mise en place d'un système simple de recueil de l'information sanitaire.

Analyse anthropologique du système politique pikinois, des comités de santé et des systèmes de soins.

L'analyse du système politique pikinois a pour objectif de comprendre les fondements de la dynamique de la ville (croissance de la ville irrégulière, répartition des investissements et des équipements...) et d'en voir la traduction dans le fonctionnement des comités de santé (base du système de soins de santé communautaire). Une meilleure compréhension du fonctionnement de la ville et des enjeux des comités de santé est d'un intérêt évident pour un projet de développement tel que celui de Pikine qui se base sur la participation de la communauté.

L'analyse des systèmes de soins est entendu au sens large. Chaque individu arrive en ville avec son savoir propre, ses diagnostics (ou ceux de ses guérisseurs), ses thérapeutiques et se voit offrir en ville une multitude de possibilités de soins : médecins privés, dispensaires caritatifs, postes et centres de santé et... guérisseurs de toutes origines. La reconstitution avec les concernés des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques permet de mieux comprendre l'utilisation qui est faite des services de soins. Ces comportements révèlent une rationalité qui empruntent systématiquement à la fois aux systèmes modernes et traditionnels. L'analyse qualitative suivie de ces comportements lève souvent l'incompréhension des praticiens face aux comportements des mères ou... des infirmiers.

En guise de conclusion

Ce n'est donc qu'après trois années de recherche que le programme proprement épidémiologique démarre. Le travail de fond réalisé a non seulement respecté les objectifs de recherche scientifique définis (la ville et la société urbaine apparaissent bien dans leur diversité, leur mutation, par les faits de santé) mais a également considérablement enrichi la réflexion sur les problèmes de développement. En quelque sorte un « apprentissage des nécessités » a été fait. L'équipe de soins de santé primaires de Pikine a pu par cette collaboration à la fois prendre du recul par rapport aux tâches quotidiennes, impulser un certain nombre d'activités nouvelles et mieux définir les priorités. L'intrication croissante des activités pratiques et de la recherche en est une traduction.

Bibliographie sur l'expérience de Pikine

E. JEANNEE, G. SALEM, 1986 : Soins de santé primaires et urbanisation dans les villes d'Afrique. A paraître in *Santé et médecine en Afrique tropicale*, SOIN.

PROJET DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES A PIKINE, 5 vol. ronéo.

G. SALEM, E. JEANNEE, 1984 : Pour une géographie de la santé des villes tropicales. Symposium UGI Luzaka.

G. SALEM, 1985 : Urbanisation et santé dans les villes du tiers-monde : quelques repères in *Santé et développement*, n° 4, 1985.

M. VERNIERE, 1976 : Dakar et son double, Dagoudane Pikine, Imprimerie nationale, Paris.

Jeannée E., Salem Gérard. (1986).

Soins de santé primaires en ville : l'expérience
de Pikine au Sénégal.

In : La santé dans le tiers-monde.

Prévenir, (12), 81-88.