

F1

# Mortalité et santé dans les villes africaines

Philippe Antoine\* et Amadou Ba\*\*

**Afrique contemporaine**  
Numéro spécial  
4<sup>e</sup> trimestre 1993

Mortalité et santé

138

Si sur le continent africain, on constate globalement un recul de la mortalité depuis trente ans, des disparités importantes continuent de persister à l'intérieur d'un même pays entre les milieux ruraux et urbains, et à l'intérieur des villes selon les groupes sociaux. On peut rendre compte de plusieurs façons des problèmes de santé rencontrés en milieu urbain : sur le plan sociologique, épidémiologique ou démographique. Nous avons privilégié les problèmes de santé des enfants et leur mortalité qui demeurent un bon révélateur du niveau de santé des populations. L'absence de données fiables sur la mortalité des adultes en ville ne nous permet pas de prendre en considération cet indicateur.

Après avoir présenté les différentiels de mortalité entre le milieu rural et le milieu urbain, nous nous proposons de voir les différences de mortalité intra-urbaine, puis les questions de la santé en milieu urbain à travers les pratiques de santé, le paludisme et le sida. Ces diverses approches conduisent à s'interroger sur les répercussions de la crise, sur les conditions sanitaires des citadins.



## Une densité médicale largement favorable aux capitales

Les résultats de nombreuses enquêtes montrent que le lieu de résidence (urbain/rural) apparaît comme une variable particulièrement discriminante dans les niveaux de mortalité. Ainsi, au Sénégal, le quotient de mortalité infantile varie suivant le lieu de résidence : 60 et 75 pour mille à Dakar et Saint-Louis pour la période 1973-1980, 113 pour mille en 1981-1982 dans les deux arrondissements ruraux de Fissel et de Thiénaba de la région de Thiès. Dans ce pays, qu'il s'agisse de la mortalité infantile

\* Démographe, ORSTOM, université de Montréal.  
\*\* Démographe, université de Montréal.

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

N° : 39559 ex 1

Cote : B

11.5.94

ou de la mortalité avant 5 ans (1), la probabilité de décéder passe du simple au double lorsqu'on compare les zones urbaine et rurale pour la période de 1978 : 71 contre 137 pour mille pour la mortalité infantile et 186 contre 371 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile ; l'écart se réduit sur la période suivante (1976-1985), 157 pour mille en ville et 250 pour mille à la campagne (2).

**Tableau 1. - Quotients de mortalité infantile et juvénile dans quelques pays selon le milieu d'habitat (en ‰)**

	0-1 an	1-4 ans	0-5 ans	0-1 an	1-4 ans	0-5 ans
	Bénin (1982)			Côte-d'Ivoire (1988)		
Grandes villes	70	90	154	87	36	120
Autre urbain	105	138	229	-	48	-
Rural	138	147	265	122	79	191
Ensemble	123	137	243	110	63	166
	Ghana (1980)			Mali (1977-1985)		
Grandes villes	48	60	105	73	-	165
Autre urbain	77	46	120	-	-	-
Rural	81	59	135	144	-	303
Ensemble	76	57	129	131	-	279
	Nigeria (1980)			Sénégal (1976-1987)		
Grandes villes	62	-	-	73	-	157
Autre urbain	119	-	-	-	-	-
Rural	104	-	-	102	-	250
Ensemble	76	57	129	91	-	210

Sources : E. Akoto et D. Tabutin, « Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort », *Mortalité et société en Afrique*, Travaux et documents-Cahier n° 124, INED-UIESP-IFORD-MNHN, PUF, pp. 35-63, 1989 ; O. Diedjed, thème mortalité, *Séminaire national sur les résultats du recensement général de la population et de l'habitat*, Abidjan, 18-21 nov. 1991.

Ces mêmes constatations s'appliquent dans le cas du Mali, où, toutefois, le niveau de mortalité est plus élevé. A Bamako, la mortalité avant 5 ans sur la période 1976-1986 était de 165 pour mille contre 303 pour mille en milieu rural (3). Pour d'autres pays, les données confirment un niveau de mortalité plus faible dans les grandes agglomérations urbaines, mais les différences de mortalité sont moins évidentes entre les villes secondaires et le milieu rural (tableau 1). Dans certains cas, la mortalité en milieu rural est plus faible, comme au Kenya où Nairobi connaît au contraire une mortalité infantile supérieure à celle de son hinterland rural, cette ville accueillant de nombreux immigrants paysans sans terre (4).

(1) Dans cet article, nous faisons référence aux quotients de mortalité infantile (probabilité de décéder dans la première année de vie), de mortalité juvénile (probabilité de décéder entre 1 et 5 ans) ou infanto-juvénile (probabilité de décéder entre la naissance et 5 ans). On admet que la mortalité juvénile est plus sensible aux facteurs économiques et sociaux, la mortalité infantile traduisant en partie les risques liés à l'environnement médical.

(2) Ph. Antoine, F.-G. Mbodji, « La mortalité des enfants au Sénégal. Une synthèse des données », *Etude de la population africaine*, n° 5, janvier 1991, pp. 18-35 ; Direction de la statistique du Sénégal, *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986*, 1988.

(3) CERPOD et Direction de la statistique du Mali, *EMIS Bamako*, rapport d'analyse, 1989, 83 p.

(4) Ph. Fargues, « Urbanisation et transition démographique : quelles interrelations en Afrique ? », *Espace, populations, sociétés*, 1988-2, pp. 183-198.

Plusieurs raisons sont à l'origine des écarts observés entre les niveaux de la mortalité urbaine et rurale. En général, les résidents des grands centres urbains bénéficient d'un équipement sanitaire plus dense et plus diversifié, disposent de revenus relativement plus élevés, et sont souvent plus instruits. A l'inverse, les régions rurales, à forte dominante agricole, se caractérisent par le poids important de couches de populations défavorisées et un équipement sanitaire très faible et peu diversifié. Ainsi, on peut remarquer que la capitale sénégalaise concentre le tiers des hôpitaux du pays, les deux tiers des médecins, soit un médecin pour 7 855 habitants, contre un médecin pour 162 000 habitants à Louga, au nord du pays. Au Mali, Bamako, la capitale, jouit d'un grand avantage sur le reste du pays dans l'attribution des équipements sanitaires et du personnel médical et paramédical (5). Le niveau d'éducation est également plus élevé dans les capitales : ainsi, en 1976, 44 pour cent de la population était alphabétisée à Dakar, contre 20 pour cent pour l'ensemble du pays. Cependant, si les grandes villes connaissent une mortalité plus faible, l'écart avec les campagnes tend à se réduire.

## ● **Vers un ralentissement du déclin de la mortalité ?**

Avec l'aggravation de la crise depuis le début des années quatre-vingt, il est à craindre que les faibles gains de mortalité, dus surtout à un fléchissement de la mortalité juvénile, ne laissent place à une reprise de la mortalité. En effet, les politiques d'ajustement structurel, en vigueur dans presque tous les pays africains, affectent tous les services sociaux, particulièrement ceux de la santé publique. Ces derniers sont de moins en moins capables de prendre en charge les centres de santé, la santé tendant à se privatiser davantage.

Ainsi, l'évolution du niveau de mortalité à Abidjan conduit à évoquer l'hypothèse d'un ralentissement de la baisse de la mortalité en ville. On y enregistre, en 1978, un taux de mortalité infanto-juvénile de 112 pour mille, alors que cet indice était de 197 pour mille en zone rurale (6). Au recensement de 1988, selon la même méthode de calcul, la mortalité infanto-juvénile était de 120 pour mille à Abidjan et de 191 pour mille en milieu rural (7). Pour Dakar-Pikine, on relève également une inflexion de la courbe du niveau de la mortalité infanto-juvénile, au début des années soixante-dix, traduisant un ralentissement de la baisse de la mortalité. En 1960-1964, la mortalité avant 5 ans était de 209 pour mille, puis de 182 pour mille en 1965-1969 et atteint 145 pour mille en 1970-1974 ; elle décroît ensuite plus lentement pour se situer à environ 110-115 pour mille pour la période 1980-1984 (8).

Le manque de données chronologiques dans la plupart des capitales africaines ne permet pas d'étayer totalement cette hypothèse. Une étude sur Saint-Louis du Sénégal (dans un contexte socio-économique totalement différent de celui d'Abidjan) conduit à une constatation inverse : la mortalité diminue régulièrement depuis 1945 (9). Les gains de mortalité sont plus difficiles à réaliser quand la mortalité se situe déjà à un niveau relativement bas ; mais la question demeure : va-t-on assister à un ralentissement du déclin de la mortalité en ville ?

(5) Ph. Fargues et O. Nassour, *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel : niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako, 1974-1985*, Travaux et documents, cahier n° 123, Institut national d'études démographiques, Institut du Sahel, PUF, 1988, Paris.

(6) Direction de la statistique de Côte-d'Ivoire, ORSTOM, *Enquête démographique à passages répétés*, Agglomération d'Abidjan, 1982, 419 p.

(7) O. Diedjed, *op. cit.*

(8) Ph. Antoine et F.-G. Mbodji, *op. cit.*

(9) I.L. Diop, *Etude de la mortalité à Saint-Louis du Sénégal à partir des données d'état civil*, thèse de doctorat, université de Paris I, 1990, 308 pages + annexes.

## Des disparités intra-urbaines importantes

Les couches aisées sont dans leur grande majorité citadines, mais elles ne représentent qu'une minorité au sein des agglomérations urbaines. L'hétérogénéité des populations urbaines tient essentiellement à leur différence sociale. Dans les capitales africaines, les inégalités se mesurent à la fois au niveau des revenus, et au niveau de l'état de santé des populations. Les populations des quartiers pauvres souffrent des effets pervers de l'urbanisation, elles figurent parmi les plus exposées à des maladies contagieuses, infectieuses et parasitaires, propres aux pays en développement.

Le sous-équipement est flagrant dans les quartiers populaires légaux et dans les quartiers d'habitat spontané, où les infrastructures et les équipements collectifs demeurent inexistantes. Le contraste est très net avec les quartiers à haut standing, entièrement dotés d'un réseau complet d'infrastructures. Toutefois, l'accès aux soins reste possible, car leur proximité demeure plus grande qu'en milieu rural. Le problème de l'évacuation des ordures laisse de plus en plus à désirer dans les quartiers périphériques.

Les conditions d'habitat au sens large, révélatrices des inégalités sociales, influent également sur le niveau de la mortalité, en particulier par le mode d'approvisionnement en eau et par les caractéristiques propres du logement. Au sein des habitats les plus déshérités, se conjuguent une forte densité de population, facteur de propagation rapide des épidémies (en premier lieu la rougeole) et de mauvaises conditions d'hygiène. En 1978, à Abidjan, la probabilité de mourir entre 1 et 5 ans était quinze fois plus élevée dans l'habitat sommaire que dans l'habitat résidentiel (10). Pour la même période, à Tunis, le taux de mortalité infantile était de 9 pour mille dans le quartier résidentiel d'El Menzah, et de 165 pour mille dans le quartier populaire de Jebel Lahmar (11). Le même constat a été établi pour Luanda, où le fait de résider dans un quartier pauvre accroît significativement le risque de mortalité juvénile (12). Ces disparités entre catégories sociales sont bien plus importantes que celles constatées en Europe.

A partir d'analyses conduites sur des études de cas réalisées dans quelques villes africaines (Dakar-Pikine, Bamako, Bobo-Dioulasso), il est possible d'avancer que le mode d'approvisionnement en eau potable est corrélé au niveau de la mortalité dans l'enfance. A Dakar-Pikine la mortalité juvénile est 1,64 fois plus élevée pour les populations s'approvisionnant à la borne-fontaine que pour celles se fournissant au robinet domestique. Les résultats d'enquêtes menées à Bobo-Dioulasso et dans trois autres villes du Burkina Faso (13) montrent que la mortalité des enfants entre 1 et 2 ans appartenant à des ménages approvisionnés en eau de puits est le double de celle des enfants alimentés en eau courante à domicile. Au cours de la période de transition, entre allaitement et alimentation solide, les risques de maladies diarrhéiques sont accrus, et leur incidence varie fortement selon les facteurs de santé, les facteurs socio-économiques et culturels, et la disponibilité en eau potable.

Cependant, le type d'alimentation en eau ne fournit qu'une indication bien imparfaite du cycle de conservation de l'eau. Par exemple, à Pikine, certains chefs de ménage possédant un robinet dans leur logement ne permettent pas à leur famille de l'utiliser en permanence, et ce fait contraint à un stockage journalier de l'eau, identique à celui réalisé par les familles se ravitaillant à l'extérieur. Autre exemple encore, celui de Bamako, où, dans les quartiers spontanés très peuplés de

**Afrique  
contemporaine**  
Numéro spécial  
4<sup>e</sup> trimestre 1993

jeunesse  
des villes

141

(10) Ph. Antoine, A. Dubresson et A. Manou-Savina, *Abidjan côté cours*, Karthala-ORSTOM, 1987, 274 p.

(11) M. Camau, H. Zaiem et H. Bahri, *Etat de santé : besoin médical et enjeux politiques en Tunisie*, Editions du CNRS, Paris, 1990, 290 p.

(12) M.J. Vaz-Grave, « La mortalité des enfants à Luanda », *Les dossiers du CEPED*, n° 21, Paris, 1992, 39 p.

(13) CERPOD et INSD du Burkina Faso, *EMIS Burkina Faso*, Rapport d'analyse, 1988, 154 p.

Magnambougou, de Djikoroni-Para ou de Bankoni, femmes et enfants parcourent en moyenne plus d'un kilomètre par jour, parfois sur des sites de pente, pour se rendre à la borne-fontaine publique, où vingt litres d'eau sont achetés à plus de 5 francs CFA (14). Ces difficultés d'approvisionnement contraignent dès lors certains ménages à conserver le plus longtemps possible cette eau si durement acquise en limitant son usage à la boisson et à la préparation des repas. Ces quelques exemples montrent que la maîtrise de l'eau est encore loin d'être assurée dans les capitales.

Les analyses multivariées, conduites sur les données concernant la mortalité juvénile à Pikine ou à Luanda (15), montrent que les relations entre variables sont plus complexes : l'alimentation en eau n'est pas une variable significativement influente, elle est un révélateur parmi d'autres du niveau économique du ménage. Dans ces analyses, deux facteurs sont prépondérants : l'éducation de la mère et la catégorie sociale représentée par le quartier (à Luanda) ou le type d'habitat (à Pikine). Le rôle de l'instruction de la mère est indéniable, par exemple pour Pikine, toute chose égale par ailleurs, le rapport de mortalité juvénile est de 2 contre 1 selon que la mère est analphabète ou non.

Ces quelques constatations confirment que des efforts conséquents dans le domaine de l'habitat et des équipements urbains pourraient se répercuter positivement sur le niveau de mortalité des enfants, mais ce ne sont pas les seuls facteurs. L'instruction des mères contribue à la baisse de la mortalité ; par contre, la baisse du niveau de vie des citoyens risque d'accroître les disparités relevées entre catégories sociales.

## ● De multiples recours thérapeutiques

Bien qu'elles concentrent l'essentiel des moyens humains et des ressources de santé, bon nombre de villes africaines continuent de connaître une situation sanitaire pour le moins préoccupante, en dépit des efforts déployés par les autorités responsables de la santé publique. L'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, conjuguée à un environnement naturel souvent défavorable, a conduit à une situation épidémiologique où cohabitent à la fois les maladies infectieuses et parasitaires, typiques des pays en développement (paludisme, tuberculose, rougeole), et les maladies dites de civilisation, typiques des pays industrialisés (maladies cardiovasculaires, pathologies psychiatriques, maladies dégénératives, traumatismes liés aux accidents de travail et de la circulation) (16).

Au niveau de la fréquentation des services de santé, on observe également des inégalités importantes entre les catégories sociales. A partir d'une enquête menée à Pikine, sur la fréquentation des services de santé par les mères et leurs enfants, D. Fassin (17) aboutit à une corrélation entre le statut socio-économique (activité, revenu, patrimoine) et le type de recours aux soins. Les femmes, dont les maris disposent d'une prise en charge de leur employeur, accouchent essentiellement dans les centres de santé, et ont une nette préférence pour la médecine libérale : elles accouchent sept fois plus en clinique privée que leurs consœurs dont

(14) A. Ballo (et al.), *L'eau à Bamako*, Presses universitaires de Limoges et du Limousin, Limoges, 1990, 55 p.

(15) M.J. Vaz-Grave, *op. cit.*

(16) G. Salem, « Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires dans les villes du tiers monde : introduction aux actes du séminaire de Pikine », *Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, colloques et séminaires ORSTOM, Paris, 1989, pp. 3-9.

(17) D. Fassin, « Pauvreté, urbanisation et santé : les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar », *Psychopathologie africaine*, XXI, 2 : 155-176, 1987.

le mari ne possède pas un revenu permanent. De même, les enfants de parents pauvres sont deux fois moins vaccinés que leurs homologues dont les parents ont un revenu permanent. A Bobo-Dioulasso, C. M'Backe et E. Van de Walle (18) parviennent à une conclusion similaire : la possession de revenus élevés influence positivement la fréquentation des services de santé. Au Soudan, la fréquentation des services du secteur médical libéral est inexistant dans les bidonvilles alors qu'elle est très élevée dans les quartiers aisés (Herbert et Hijazi cité par D. Fassin). Mais on peut aussi noter que les formes de soins pratiquées dans les centres de santé rebutent certaines mères. Dans son travail mené à Pikine, J.-F. Werner (19) rejoint les conclusions d'autres chercheurs anthropologues, et propose d'associer les thérapeutes traditionnels aux soins, en particulier pour les maladies diarrhéiques. Une grande partie de la population urbaine garde une approche dualiste des systèmes médicaux (20), et continue de consulter à la fois la médecine « occidentale » et la thérapie traditionnelle.

Cependant, le système de santé « moderne » exclut les couches pauvres de la population, par une privatisation de plus en plus marquée, et la cherté des consultations et des prescriptions médicales. Des réseaux de santé parallèles se développent, comme le commerce illicite de médicaments qui constitue une réponse sociale des catégories défavorisées aux difficultés d'accès aux médicaments par les voies officielles (21). Ce système, que les autorités tolèrent malgré elles, semble plus conforme aux habitudes des ménages à faibles ressources. Par la pratique de vente à l'unité, les familles peuvent ainsi acheter leurs médicaments en fonction de leurs besoins journaliers, mais ce système favorise aussi l'automédication.

La ville est donc le lieu d'une pratique dualiste de santé : la consultation au dispensaire n'excluant pas le recours aux thérapeutes traditionnels, ou le retour au village.

## ● Une « aberration » : le paludisme urbain

Parmi les pathologies qui contribuent dans une large mesure à la mortalité des enfants et dont la prévalence est particulièrement élevée, notons les maladies diarrhéiques, les maladies respiratoires ou encore le paludisme urbain qui, selon l'OMS (22), représente à notre époque « une aberration ». En effet, en dépit de l'existence de tout un « arsenal thérapeutique » pour lutter contre la maladie et les nombreuses campagnes menée çà et là pour son éradication totale, on assiste, depuis quelques décennies, à une recrudescence du nombre de décès directement ou indirectement liés au paludisme.

L'urbanisation rapide et les conditions mêmes dans lesquelles elle s'effectue ont un double impact sur le vecteur de transmission qu'est le mous-

(18) C. M'Backe, E. Van de Walle, « Les facteurs socio-économiques et l'influence de la fréquentation des services de santé », *Mortalité et société en Afrique*, INED, UIESP, IFORD, MNHN, PUF, pp. 67-84, Paris, 1989, 446 p.

(19) J.-F. Werner, « Du symptôme au système : une exploration anthropologique des diarrhées à Pikine », *Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, colloques et séminaires ORSTOM, Paris, 1989, pp. 347-353.

(20) B. Hours, « La santé publique entre soins de santé primaires et management », *Cahiers des sciences humaines*, ORSTOM, vol. 28, n° 1, 1992, pp. 123-140.

(21) D. Fassin, « Du clandestin à l'officiel : les réseaux de vente illicite de médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, 98, XXV - 2 : 161-177, 1985.

(22) OMS, « L'urbanisation et la santé dans les pays en développement : un défi pour la santé pour tous », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*, vol. 44, n° 4, 1991, Genève.

tique. On remarque, d'une part, que la forte densité de population qui caractérise les quartiers centraux de la ville a considérablement réduit le nombre d'anophèles, principaux vecteurs du paludisme : la pollution domestique (eaux usées, déchets organiques, etc.) résultant de l'accroissement de la population urbaine, favorisant les culicidés aux dépens des populations anophéliennes (23) ; et, d'autre part, que la diminution des gîtes larvaires dans les zones centrales de la ville, n'est en fait que le résultat d'un déplacement de ces vecteurs vers les quartiers périphériques en extension. Les quartiers péri-urbains concentrent en effet toutes les conditions idéales pour la reproduction des vecteurs, la transmission de la maladie : un habitat plus dispersé, la permanence de constructions utilisant des matériaux qui constituent de véritables refuges pour les anophèles, la présence de nombreux périmètres maraîchers et enfin la proximité, dans certaines villes, de zones marécageuses, de marigots ou de bras de fleuve.

Une telle situation explique, en partie, les variations intra-urbaines importantes que l'on peut observer au niveau de l'intensité de la transmission du paludisme dans les différents quartiers des villes. C'est ainsi qu'à l'intérieur même de la ville de Brazzaville, on compte, dans les quartiers centraux, moins d'une piqûre infectante par personne tous les trois ans, contre plus de 100 dans les secteurs non lotis ou d'urbanisation récente à faible densité de population (24). Dans le cas de la ville de Bobo-Dioulasso, V. Robert (25) note que les accès palustres sont près de deux fois plus fréquents chez les sujets résidant dans un quartier périphérique (24 % de la pathologie fébrile) que dans un quartier central (13 %).

Même si les populations urbaines connaissent apparemment mieux la chaîne épidémiologique de transmission du paludisme que les populations rurales, les études épidémiologiques montrent que les citoyens pratiquent un dosage des médicaments le plus souvent inadéquat, et ce, pour des raisons économiques. C'est ainsi qu'à Libreville, au Gabon, plus de 92 % des enfants traités à domicile par leurs mères avaient reçu des doses de Nivaquine nettement insuffisantes pour prévenir ou guérir la maladie (26).

Enfin, les échecs des politiques urbaines, notamment dans le domaine de l'assainissement (absence de réseau minimum de drainage, stagnation des eaux de pluie et des eaux domestiques), ont également largement contribué à aggraver les risques de propagation de la maladie (27), et le maintien de la chaîne causale du paludisme.

Le paludisme représente encore avec la rougeole l'une des principales causes de décès des enfants de moins de 15 ans dans les centres urbains. L'importance de la maladie dans la liste des causes de décès urbains est telle, qu'à lui seul, le paludisme est responsable d'une perte de deux ans en espérance de vie à la naissance pour la ville de Bamako (28).

(23) OMS, « Mode de vie et santé », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, vol. 44, n° 2, 1991.

(24) J.-F. Trape, « Paludisme et urbanisation en Afrique centrale », *Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, colloques et séminaires ORSTOM, pp. 177-180, 1989, Paris.

(25) V. Robert, P. Gazin, R. Benamessi et P. Carnevale, « Le paludisme dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Urbanisation et santé dans le tiers monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, colloques et séminaires ORSTOM, pp. 187-193, 1989, Paris.

(26) OMS, « L'urbanisation et la santé dans les pays en développement : un défi pour la santé pour tous », *op. cit.*

(27) Ph. Antoine, A. Manou-Savina, « Conditions d'habitat en milieu urbain et leurs incidences sur la mortalité des jeunes enfants », *Femmes d'Afrique*, n° 7 (sur l'habitat sommaire), juin-septembre 1989, UNICEF, Abidjan, pp. 41-49.

(28) Ph. Fargues et O. Nassour, *op. cit.*

## Un nouveau risque : le sida

Les maladies sexuellement transmissibles, sans être spécifiques au milieu urbain, n'en constituent pas moins l'un des graves problèmes de santé publique auxquels sont aujourd'hui confrontées les villes africaines. La situation épidémiologique de ces maladies s'est détériorée davantage avec l'apparition de la dernière née, le sida (syndrome d'immunodéficience acquise), qui constitue « un puissant révélateur des systèmes de santé publique qu'il met à l'épreuve » (29).

Certes, la maladie sévit dans le monde entier, mais c'est surtout sur le continent africain que le sida enregistre son rythme d'extension le plus rapide. Le rythme accéléré de la propagation de la maladie cache cependant des disparités géographiques importantes au niveau de la prévalence, particulièrement entre les milieux urbains et ruraux. Au Rwanda, en Ouganda, au Malawi, en Zambie, et au Zimbabwe, la prévalence atteint entre 20 et 25 % de la population des grands centres urbains, contre 7 à 9 % en moyenne pour l'ensemble du pays (30).

Les grandes villes réunissent des conditions propices à la propagation du virus : un déséquilibre entre les sexes dû à un nombre important de jeunes célibataires migrants, l'aggravation de la pauvreté, le relâchement du contrôle social et la banalisation des comportements sexuels. En dehors des prostituées (31), les premières couches touchées appartiennent à la population urbanisée, active, intégrée à la sphère monétaire, dont les moyens économiques et le mode de vie amoureux et sexuel en font des populations à risque.

La maladie a rapidement gagné les pays ouest-africains et pourrait, dans un avenir rapproché, compter parmi les principales causes de décès. A Abidjan, des prélèvements effectués dans deux hôpitaux de la ville ont révélé que 43 % des malades étaient séropositifs, 3 % des décès étant attribuables à des complications dues au sida (32) ; et certains avancent même que, dans cette ville, c'est la première cause de décès chez les hommes adultes (15 % des décès masculins autopsiés à la morgue) et la seconde chez les femmes (13 %, après la mortalité des parturientes) (33).

Une des particularités de la maladie en Afrique est que, contrairement aux pays occidentaux, la transmission s'effectue essentiellement à partir des contacts hétérosexuels. Cela explique aussi la situation de forte séropositivité des enfants due au mode de transmission périnatale par les mères déclarées séropositives : 11 % des enfants hospitalisés à Kinshasa et jusqu'à 12 % chez les enfants de 0-4 ans en milieu urbain au Rwanda (34). Toujours à Kinshasa, le taux d'infection à VIH-1 chez les femmes enceintes a augmenté de 0,25 % à 8 % pendant une période de seize ans (35).

(29) L. Vidal, « Sida et représentations de la maladie », *Cahiers des sciences humaines*, ORSTOM, vol. 28, n° 1, 1992, pp. 83-98.

(30) N. Brouard, « Les conséquences démographiques du sida concernent surtout l'Afrique », *Universités*, vol. 14, n° 1, 1993, pp. 46-47.

(31) Le rôle de la prostitution comme facteur de risque de l'infection VIH est amplement démontré dans le cas du continent africain même si, par ailleurs, la situation n'est pas aussi évidente dans les pays occidentaux : 88 % de séroprévalence chez les prostituées de Kigali en 1985, 34 % pour celles d'Abidjan en 1986, 59 % à Nairobi en 1985 (D.W. Cameron et H.S. Padian, « Sexual Transmission of VIH and the Epidemiology for Others Sexually Transmitted Infections », *AIDS*, 4 (suppl.) S99-103, 1990).

(32) Ouattara, « Compared of Prevalence of Infection by HIV-1 and HIV-2 during a Two Years Period in Suburban and Rural Areas of Ivory Coast », *AIDS*, 1989, n° 2, 1, pp. 96-99.

(33) K. De Cock *et al.*, « Aids the Leading Cause of Adult Death in the West African City of Abidjan », *Science*, 249, 19 août 1990, pp. 793-796.

(34) M. Carael et P. Piot, « Le sida en Afrique : aspects épidémiologiques et sociaux », *Mortalité et société en Afrique*, Travaux et documents, Cahier n° 124, INED-UIESP-INED-MNHN, PUF, Paris, 1989, pp. 385-387.

(35) OMS, « L'urbanisation et la santé dans les pays en développement : un défi pour la santé pour tous », *op. cit.*



Les conséquences de la maladie sont dramatiques tant pour les ménages que pour la collectivité (36) et risquent de retarder pour longtemps encore le développement économique du continent. En effet, dans les pays où la maladie est plus ancienne, on assiste à un « anéantissement progressif » des gains fragiles acquis sur la survie des enfants. Or, on sait que ceux-ci ont été obtenus à la suite de longues années de campagnes de vaccination, de thérapie par réhydratation orale, de lutte contre la malnutrition, etc. Les faibles ressources sanitaires (personnel, infrastructures, équipement), déjà nettement en deçà des besoins des populations, risquent d'être accaparées par les patients souffrant de l'épidémie. A cela s'ajoutent d'autres conséquences sociales, comme la prise en charge économique et psychologique des malades, l'augmentation du nombre des orphelins (voire du nombre des enfants abandonnés) à la charge des personnes âgées, ou la perte de capacités productives dues au décès de travailleurs déjà formés.



## **La santé, un défi pour les politiques urbaines**

Même si des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la santé en Afrique depuis la fin des années cinquante, il faut dépasser le simple constat d'une baisse de la mortalité qui se situait autrefois à des niveaux très élevés. Des actions de santé publique ont eu des répercussions importantes sur l'amélioration de l'état de santé de la population, en particulier pour la population urbaine. Des efforts au niveau communautaire ont été également entrepris dans les quartiers défavorisés avec l'aide des ONG (37). Bien que certaines grandes villes concentrent l'essentiel des infrastructures et du personnel de santé, la situation reste cependant préoccupante en milieu urbain. De façon concomitante, la ville a généré par son modèle de croissance ses propres facteurs de risque : densité et promiscuité, inadaptation de populations récemment arrivées, pollution, opportunités de contagion plus grande ; mais jusqu'à maintenant les effets positifs l'ont emporté.

Avec la crise, les inégalités s'accroissent, l'accès aux soins modernes devient plus coûteux, les dispensaires et les centres sociaux voient leurs moyens réduits, alors que le sida se répand, dans un environnement urbain de plus en plus favorable à l'émergence de différentes maladies. Le défi est grand pour les politiques, car il faut agir à différents niveaux : l'éducation, l'amélioration de l'habitat, l'assainissement et les infrastructures urbaines, la santé publique et la médecine préventive, l'accès aux soins et aux médicaments. Mais comment relever ce défi alors que l'on prône le retrait de l'Etat dans ces différents secteurs ? L'initiative privée et la mobilisation populaire ne suffiront pas.

(36) A. Fleming, M. Carballo *et al.*, *The Global Impact of AIDS*, Alan Liss, New York, 1988, 427 p.

(37) T. Harpham, T. Lusty, P. Vaughan, *In the Shadow of the City. Community Health and the Urban Poor*, Oxford University Press, 1988, 237 p.