

LA SANTÉ DANS LES VILLES AFRICAINES, D'IDÉES REÇUES À LA DÉFINITION D'UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

F. FOURNET, G. SALEM

Med Trop 2004; 64 : 567-568

Longtemps ignorés des épidémiologistes et médecins de santé publique comme des spécialistes des sciences sociales, les problèmes sanitaires dans les villes africaines font désormais l'objet de plus d'attentions. Nous venons de loin : faut-il rappeler que les villes n'étaient même pas citées comme lieu d'application de la politique des soins de santé primaires à Alma-Ata ?

Les villes sont l'objet de multiples préjugés sanitaires, positifs ou négatifs : les uns y voient le lieu d'excellence du progrès et du développement, d'autres celui de la perdition d'une Afrique ancestrale. Ces préjugés sont directement hérités de l'ambivalence de notre propre histoire urbaine occidentale qui voit les villes médiévales pestilentielles, les villes modernes comme des mouroirs industriels, mais aussi comme les lieux du progrès social et sanitaire.

Ils sont naturellement contradictoires, relèvent plus du savoir commun que de la démarche scientifique, et sont autant de freins à la définition résolue de priorités de recherche et de santé publique.

Qu'on leur torde le cou, à tout le moins une remise en cause est nécessaire.

INEGALITÉ URBAINE

Les villes sont favorisées par rapport à la campagne, elles absorbent l'essentiel des ressources sanitaires du pays.

S'il est vrai que les villes concentrent l'essentiel des ressources sanitaires (médecins, hôpitaux, plateaux techniques de qualité), l'offre de soins y est cependant géographiquement mal répartie et socialement peu accessible. Les quartiers périphériques sont souvent mal équipés tandis que les néo-citadins hésitent à recourir à des soins dispensés par des personnes qui les ignorent. Le recours aux soins des cita-

dins est inégal, en quantité et en qualité, il est d'un mauvais rapport qualité prix tel que finalement, le coût économique s.s. et social de la maladie est élevé en ville, pénalisant ainsi les plus pauvres. L'offre de soins ne détermine que peu la santé d'une population et toutes les études montrent que les plus pauvres des citadins ont un état de santé comparable, voire plus mauvais, que les ruraux les plus défavorisés.

OFFRE DE SOINS : FACTEUR DE DÉVELOPPEMENT

Développer les villes, notamment au plan sanitaire, c'est favoriser l'exode rural.

On sait peu de choses sur la place de la santé dans les choix de migration, cette préoccupation restant certainement secondaire par rapport à la quête d'un emploi voire à la scolarisation des enfants. Il n'en reste pas moins que l'implantation en ville est souvent un facteur de développement... des villages d'origine, grâce aux transferts de fonds qui s'opèrent dans le cadre des solidarités familiales et par le financement d'équipements (écoles, dispensaires). L'accès aux soins des parents de la campagne s'en trouve par ailleurs également facilité. On aurait donc tort de diaboliser les villes, d'opposer la santé des citadins à celle des ruraux ; la santé des citadins et la qualité de l'offre de soins en ville apparaissent comme des facteurs de développement du milieu rural. La question de la répartition des ressources, notamment dans les villes secondaires, doit néanmoins être revue en tenant compte de l'équité ET de la proximité de l'offre ET de la qualité des soins.

DES DISPARITÉS PEU DÉCRITES

Les villes africaines connaissent en quelques années seulement le mouvement d'urbanisation qu'a connu l'Europe aux XIX^e et XX^e siècles.

Le processus d'urbanisation que connaît l'Afrique est à bien des égards original : à l'inverse des pays occidentaux, il s'effectue essentiellement dans les grandes villes où la création de richesses (emplois, services publics, infrastructures) est sans commune mesure avec les flux de migrants. Il s'ensuit un processus d'urbanisation inégale qui génère de grandes disparités de santé (états de santé s.s., accès aux soins préventifs et curatifs) trop peu décrites.

• Travail de l'UR PERSAN (F.F., Chargée de recherches), Institut de Recherche pour le Développement. Ouagadougou, Burkina Faso et de l'Université Paris X. UFR - SSA Géographie (G.S., Professeur des universités), Nanterre, France.

• Correspondance: F. FOURNET, UR PERSAN, Institut de Recherche pour le Développement. 01 BP 182 Ouagadougou 01. Burkina Faso. •

• Courriel : florence.fournet@ird.bf

• Article sollicité.

DE MULTIPLES TRANSITIONS

C'est le lieu de la modernité donc des transitions.

L'idée selon laquelle le processus d'urbanisation en Afrique serait une répétition accélérée d'une histoire déjà connue, introduit la notion récurrente de transition, sorte d'histoire sanitaire écrite à l'avance. On décrit ainsi :

- une transition démographique qui suit les phases de baisse de la mortalité et de la fécondité ;
- une transition épidémiologique où les décès dus à des pathologies transmissibles sont progressivement substitués par les décès dus à des pathologies chroniques et dégénératives ;
- une transition nutritionnelle marquée par le passage de problèmes de maigreur à des problèmes de surpoids et d'obésité.

Malheureusement, ces modèles normatifs font peu de cas des faits : des pathologies infectieuses parfois anciennes prennent un nouveau jour en milieu urbain (paludisme par exemple), certaines pathologies se développent sans être nouvelles (IST), d'autres sont nouvelles (SIDA, SRAS). Ils portent surtout peu d'attention aux inégalités au sein des agglomérations, si fortes qu'elles semblent interdire un discours général sur « la ville », tant le fait majeur au plan statistique comme au plan écologique est qu'il y a des villes dans la ville. De fait, plutôt que de parler de transition, il faudrait davantage évoquer les changements sanitaires qui s'opèrent en ville.

LES PAUVRES DOUBLEMENT AFFECTÉS

Les pauvres ont des maladies de pauvre et les riches des maladies de riche.

Si les pathologies infectieuses touchent sélectivement les pauvres, notamment des enfants, l'agencement socio-spatial des villes fait que des riches peuvent être exposés à des « maladies de pauvre » comme les maladies à vecteurs en vivant par exemple à proximité de gîtes de moustiques porteurs de parasites mais également à des affections respiratoires. Mais surtout, les pathologies chroniques et dégénératives (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, cancers) ne sont nullement le fait exclusif de riches : passer la petite enfance, les enfants africains ont une grande espérance de vie et sont d'autant plus exposés à ces pathologies non transmissibles qu'elles sont associées à de mauvaises conditions de vie (mauvaise hygiène alimentaire), de travail (risques professionnels dans des usines souvent polluantes), au stress lié aux précarités de vie (hypertension artérielle), aux bouleversements des modes de vie (augmentation de la consommation de sucres entraînant l'apparition de diabète, manque d'exercice physique concourant à la montée de l'obésité). Il ressort de nombreuses études qu'en fait de transition, les pauvres supportent la double charge des pathologies transmissibles et non transmissibles.

MARGINALISATION PÉRIURBAINE

Les quartiers urbains périphériques sont des espaces de transition entre la ville et la campagne.

La croissance des villes se fait le plus souvent en direction des périphéries qui voient leur occupation se faire sans contrôle, sans équipement tandis que les cœurs des villes se densifient en se taudifiant. Dans les espaces périphériques, les populations vivent très peu dans la ville à laquelle elles n'ont finalement pas accès (offre scolaire limitée, offre de soins peu ou pas existante, pas d'accès à l'électricité, faible accès à l'eau potable, ...). Elles ne vivent pas forcément davantage à la campagne dans la mesure où les terres cultivables ne sont pas toujours accessibles aux étrangers. Il s'ensuit une marginalisation de ces populations qui vivent finalement plus mal que si elles étaient en milieu rural.

UNE LIBÉRATION MAL CONTRÔLÉE

Le système de soins public est inefficace : il faut diversifier l'offre de soins pour améliorer la qualité de la prise en charge.

On a longtemps considéré que l'insuffisance de l'offre de soins expliquait la mauvaise couverture sanitaire de la population. Il s'en suivit une multiplication des structures de soins qui sont finalement très souvent sous utilisées. Les patients sanctionnent en fait un système de soins au mauvais rapport qualité/prix. Dans la vague actuelle de libéralisme à tout va, sous les pressions des grandes agences de financement, on a encouragé le développement du secteur privé, arguant de l'ajustement naturel entre l'offre et la demande de soins et des bienfaits de la concurrence. Si la multiplication et la diversification de l'offre ne garantissent pas un meilleur accès aux soins, elles ne garantissent pas davantage une meilleure qualité des soins. La multiplication d'offices, de cabinets d'infirmiers libéraux, de l'hospitalisation privée se fait le plus souvent sans contrôle réel des autorités qui tardent à organiser véritablement la libéralisation des soins.

CONCLUSION

On pourrait développer encore d'autres idées reçues sur la santé dans les villes. Un constat s'impose : la communauté scientifique n'a pas pris la mesure du bouleversement sanitaire provoqué par l'urbanisation. Il est urgent de développer des recherches fondamentales et opérationnelles pour répondre aux besoins de santé et de soins des populations. Or la plupart des discours généraux font passer à côté du problème majeur : trouver les méthodes et les outils pour cibler les populations et les espaces à risques sanitaires dans les villes, éclairer la décision politique pour une allocation de ressources sanitaires équitable et efficiente. Et faire aussi la preuve que la santé est cause et conséquence du développement urbain, qu'elle n'est pas qu'une dépense mais un investissement pour le futur : un point de vue mis à mal en ces temps d'organisation mondiale du commerce triomphante.