

Surveillance épidémiologique, directives de santé et aménagement urbain : lieux et chiffres du paludisme à Saint-Louis.

Thèse préparée par **Alice Furtado**

Sous la direction d'Alphonse Yapi-Diahou et Hugo Pilkington

Résumé

Cette thèse porte sur l'analyse des processus qui, à l'échelle de la ville, permettent la surveillance du paludisme, une pathologie à laquelle est exposée presque la moitié de la population mondiale. Nous l'aborderons à l'aide de l'expérience du Sénégal et plus finement encore, en nous appuyant sur des observations menées sur et dans la ville de Saint-Louis, située dans le delta de la vallée du fleuve Sénégal. D'après les déclarations institutionnelles, en effet, une partie du pays est dans un contexte épidémiologique de pré-élimination de cette maladie. Cette pré-élimination est surtout circonscrite à la région de Saint-Louis, au Nord. Ici, la ville éponyme de Saint-Louis semble disposer de toute l'offre de soins et des outils nécessaires à une surveillance épidémiologique de qualité. Ceci est confirmé par la complétude des données au niveau de l'hôpital et du district sanitaire.

Toutefois, **les premières** enquêtes de terrain, en 2013, ont révélé un tout autre paysage palustre dans cette ville. Un Centre Médical de Garnison (CMG), sur les deux que compte Saint-Louis, enregistre quotidiennement dix à quinze fois plus de patients que les postes de santé situés à proximité, et de nombreux cas de paludisme. Les cas notifiés y sont plus nombreux que ceux de tout le district sanitaire réuni. Entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2013, nous avons recensé 50 cas de paludisme dans tout le district sanitaire de Saint-Louis, contre 710 cas pour le CMG Nord

Ces CMG, qui accueillent les civils autant que les militaires, n'étaient alors pas intégrés au processus de recueil des données du paludisme pour le district.

L'année suivante, en 2014, la morbidité proportionnelle palustre bascule de 5,40% à 3,39%. Ce « bon score » obtenu à l'échelle nationale et la diminution de l'incidence à moins de 5% pour toute la région de Saint-Louis, ont poussé l'institution chargée de la lutte contre la maladie, le Plan National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), à déclarer la pré-élimination de la maladie pour toute la région, en 2015. Et pour permettre une meilleure complétude des données, il a été décidé d'intégrer des structures militaires au processus

d'enregistrement. Ainsi, les CMG sont mis sous la responsabilité des postes de santé les plus proches pour la transmission des données. Toutefois, ce décalage est, malgré tout, de nouveau observé pour la même période, en 2015 : 80 cas de paludisme dans tout le district sanitaire de Saint-Louis, et 398 cas de paludisme pour le CMG Nord

Ces résultats interrogent sur la fiabilité de la chaîne de surveillance du paludisme telle qu'elle est établie dans la ville. Nous avons donc cherché à comprendre comment le paludisme, une pathologie fréquente au Sénégal, et, qui fait l'objet d'un plan de lutte spécifique depuis 1992, constitue un révélateur, à plusieurs échelles, des dysfonctionnements des directives de santé publique et notamment de la surveillance épidémiologique, dans le pays et plus spécifiquement dans les villes ?

Pour répondre à cette question, nous avons décliné cette thèse en deux parties distinctes qui correspondent aux deux hypothèses de recherches définies à partir de ces résultats de terrain.

Dans la **première partie** de la thèse, nous avons cherché à déterminer le cadre dans lequel la pré-élimination est déclarée. La localisation de la ville, son site et sa morphologie héritée depuis ses origines, en font une agglomération aux vulnérabilités multiples. La spécificité de la pathologie étudiée montre un lien fort avec le territoire dont nous avons décrypté les composantes. La diminution de la maladie décrite, fait basculer la région dans une nouvelle catégorie de transmission de la maladie, celle dite « instable », ce qui sous-entend une réduction de l'immunité individuelle et, de fait, une augmentation potentielle du nombre de cas graves et/ou de flambées épidémiques.

Ce contexte épidémiologique fragile peut être aggravé par différents facteurs climatiques, environnementaux et anthropiques. Aujourd'hui, la saturation du noyau ancien de la ville et la croissance démographique rapide poussent la population à s'installer plutôt en périphérie, mais aussi, dans des zones inondables, sans aménagement préalable. À l'instar d'autres villes du pays, les pouvoirs publics peinent à combler le retard en matière d'aménagements, d'équipements et de services. En conséquence de la faiblesse des équipements en réseau (l'électrification, l'hydraulique, l'assainissement, etc.), les services sont d'accès difficile pour les populations, en fonction des quartiers (collecte et traitement des déchets, eau, électricité, par exemple). Et les organisations locales suscitées par des acteurs institutionnels, associatifs et la population tentent de compenser les carences avec des initiatives en matière d'assainissement, de collecte et traitement des ordures ménagères et de santé. Pour autant, de tels acteurs sont disqualifiés sur les doubles plans institutionnels et techniques, quand il s'agit de maîtriser les inondations fluviales, fléau permanent pour cette ville et ses habitants. Des opérations d'aménagements consistant en la construction de digues, de barrages et de remblaiements, et qui ont fait la chronique des actions publiques à Saint-Louis, n'ont pas réussi à épargner la population des inondations pendant la saison des pluies. Si celles-ci étaient liées aux crues du fleuve (comme ce fut le cas en 1950, 1999 et 2003), elles résultent désormais d'une combinaison de plusieurs phénomènes tels que la

saturation des sols liée, les phénomènes pluvieux intenses, ainsi que la pression de l'urbanisation et le sous-équipement. Par ailleurs, l'érosion côtière et les submersions sur la partie ouest de Saint-Louis ont causé le déplacement de plusieurs centaines de familles depuis 2017.

Alors que le changement climatique est déjà avéré ici (déplacements de populations à cause de l'érosion côtière, par exemple), les incertitudes qu'il suscite quant à l'évolution de la ville, amènent plutôt à la prudence et la retenue compte tenu des déclarations formulées sur la pré-élimination du paludisme. L'allègement du protocole en matière de lutte contre le paludisme, évoqué plus tôt, peut être considéré comme dangereux et non sans conséquences.

La deuxième partie fait le point sur l'offre de soins dans la ville et les conséquences d'une telle organisation. Tout d'abord, le parcours de soins tel qu'il est présenté et recommandé aujourd'hui est le fruit d'une réflexion internationale depuis les années 1970 surtout. Les orientations définies par les grandes conférences internationales (Alma Ata, Bamako, Abuja notamment) ont abouti, dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), l'objectif intitulé « *la santé pour tous en l'an 2000* ». Faisant échos aux divers appels des années 1970, cet objectif relatif à la santé comprenait la lutte contre les grandes endémies dont le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, la pathologie qui nous intéresse ici. L'accent est mis sur la santé et la participation communautaire. Dans le même temps, au Sénégal, la politique de décentralisation (vieille de cinquante ans) concède des compétences aux communes et aux collectivités territoriales (départements) qui apportent aussi des modifications dans le champ de la santé. Enfin, la création des districts sanitaires à l'échelle de l'Administration nationale de la santé, permet l'opérationnalisation des directives internationales.

A Saint-Louis, puisque les données diffèrent entre le canevas du district sanitaire et les données des structures elles-mêmes, en 2013 comme en 2015, nous avons donc analysé le chemin parcouru par cette donnée depuis ses débuts jusqu'à sa compilation avant transmission au PNL. L'offre de soins du secteur public ne respecte pas les normes définies par l'Organisation Mondiale de la Santé, et les insuffisances en personnels sont constamment signalées. Pourtant, les enquêtes auprès des habitants montrent que d'autres recours aux soins existent. Ainsi le secteur privé et les CMG sont également fréquentés, mais les activités qui s'y déroulent ne sont pas ou peu contrôlées. Pour cette raison nous avons, en premier lieu, effectué une enquête auprès des postes de santé publics et privés non lucratifs ainsi qu'auprès des CMG. Cette enquête avait pour objectif de décortiquer le processus d'enregistrement des cas positifs au paludisme ainsi que les modes de transmission de ces données. Ce qui a permis de « visualiser » les écarts décelés, des écarts révélateurs d'une première faille du dispositif. L'organisation de la structure, le plateau technique, l'équipe de soignants et d'agents techniques, la formation du personnel, le statut du soignant qui notifie et les conditions de prise en charge du malade, sont autant de facteurs qui vont influencer le bon suivi du protocole issu du PNL, invisibilisant parfois des

cas positifs : ce qui constitue une deuxième faille dans la chaîne. En cas de doute, les patients sont référés à l'hôpital, où se rendent directement de nombreux malades : nous avons donc choisi, par la suite, de l'inclure dans l'analyse. Nous avons vu, là encore, que plusieurs éléments conduisent à des défauts de notifications. Enfin, les structures militaires, bien que non intégrées aux activités de la ville en matière de lutte contre le paludisme déploient une forte activité ; et le plateau technique dont elles disposent (laboratoire, chambres d'hospitalisation, médecins présents sur place) ainsi que leurs tarifs préférentiels les rendent attractives et indispensables à la santé de la ville. Pour finir, les itinéraires thérapeutiques développés par les malades montrent que d'autres dispositifs tels ceux du secteur privé conventionnel (cliniques, cabinets de ville) et la médecine traditionnelle constituent une part du système de soin qu'il convient de ne pas négliger. Mais, n'étant pas comptabilisé, l'itinéraire thérapeutique symbolise une troisième faille dans le système de surveillance (recours aux professionnels de santé de l'armée, la médecine traditionnelle et le secteur privé).

Ces enquêtes sur la santé et le paludisme à échelle locale montrent ainsi trois failles dans le processus de surveillance du paludisme. La morbidité diagnostiquée apparaît alors insuffisante pour déterminer si la pré-élimination du paludisme est bien enclenchée dans un contexte de fortes et multiples vulnérabilités, sociale et spatiale notamment à l'échelle de l'agglomération de Saint-Louis.

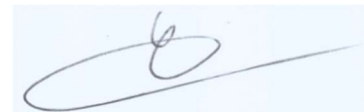
Doctorante

Alice Furtado



Co-directeurs

Alphonse Yapi-Diahou



Hugo Pilkington

