

Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger

QUE le pouvoir réside pour l'essentiel en ville et que les décisions économiques d'ampleur nationale tendent à s'exercer en priorité au bénéfice de celle-ci est un fait qui trouve rarement sa contradiction en Afrique. Y a-t-il pour cela une amélioration effective des conditions de vie de l'ensemble des urbains et quelle est, à cet égard, la profondeur de l'écart qui se creuse vis-à-vis des campagnes ? Si vivre en ville offre des avantages, les inconvénients n'en sont pas pour autant négligeables du fait de la promiscuité de l'habitat, de l'insalubrité de l'environnement et du coût de l'approvisionnement vivrier.

Si l'on pose le problème en ces termes, c'est sans doute le domaine de la santé qui offre le terrain le plus propice à une évaluation objective de ce que le cadre de vie citadin apporte de positif quant au bien-être physique des individus : en effet, le corps humain témoigne de façon en quelque sorte lisible de l'empreinte qu'y appose son environnement matériel et social. Comparer l'état de santé des urbains à celui des ruraux est donc une manière de s'interroger sur la portée concrète d'une situation de déséquilibre que l'on constate au plan politique et macro-économique.

Cette interrogation, nous allons la conduire à partir d'un exemple géographique précis : celui du Niger. Nous verrons alors que l'avantage dont bénéficient les urbains dans ce pays est considérable. Partant de là, nous chercherons à approfondir l'analyse et à examiner ce qui, au sein même des conditions de vie citadines, peut constituer un facteur de différenciation des statuts sanitaires. Pour ce faire, nous analyserons les résultats d'une enquête de terrain menée par

notre équipe (1) dans la seconde ville du Niger, Maradi, qui est passée entre 1960 et 1984, de 13 000 à plus de 80 000 habitants, évolution typique d'une urbanisation accélérée.

Ville/campagne : un écart marqué sur le plan sanitaire

Une enquête épidémiologique nationale a été conduite au Niger, en avril-mai 1985, par le ministère de la Santé publique et des Affaires sociales. Certains résultats sont présentés dans un article récent (2). Ils portent sur la population des mères et celle des enfants (0 à 5 ans), et l'analyse qui en est faite met justement l'accent sur la comparaison entre zone rurale et zone urbaine.

Plusieurs des indicateurs relevés au cours de cette étude font apparaître des différences statistiquement significatives à l'avantage des villes. C'est tout d'abord le cas en ce qui concerne les indices de fréquentation des structures sanitaires. En effet, dans trois domaines clés au moins, on constate à travers cette enquête que le monde rural se situe largement en retrait par rapport à la ville :

— 65 % des femmes de la campagne utilisent les dispensaires, contre 92 % des citadines ;

— dans les villages, 15 % des naissances se déroulent à la maternité et 80 % en ville ;

— à la campagne, 14 % des nourrissons sont présentés aux visites préventives de la protection maternelle et infantile (PMI) contre 50 % en milieu urbain.

Ces résultats sont sans doute à rapprocher beaucoup plus du niveau d'équipement sanitaire que l'on observe dans l'un et l'autre cas que d'éventuelles différences de mentalité. Sur ce point, nous ne disposons pas de données concernant l'ensemble du Niger, mais l'exemple de Maradi — que nous allons analyser en détail un peu plus loin — est tout à fait illustratif. En effet, en 1984, les taux de couverture sanitaire — nombre d'habitants par médecin, infirmier ou sage-femme — variaient d'environ 1 à 8 entre le département de Maradi dans son ensemble et la commune urbaine proprement dite (3). Même s'il faut tenir compte du fait que le Centre hospitalier régional, qui est situé à Maradi et où se concentrent une part importante du personnel et des moyens techniques, accueille des malades issus de tout le département, il n'en existe

(1) Programme de recherche « *Croissance urbaine et santé à Maradi* », mené par l'ORSTOM, l'Université de Bordeaux II et le CNRS. Pour la partie médicale, cette étude a été conçue avec l'appui scientifique de M. Le Bras et elle a été réalisée sur le terrain par B. Meslet.

(2) J.-J. Frère et al., « Enquête nationale sur la morbidité et la mortalité en Afrique », *Médecine d'Afrique noire*, 34 (1), 1987.

(3) Cl. Raynaud, « Disparités économiques et inégalités devant la santé à Maradi (Niger) », Colloque *Urbanisation et santé dans le tiers monde*, Dakar, ORSTOM, 1986.

pas moins un déséquilibre patent entre l'offre de soins adressée aux citadins grâce aux 5 dispensaires répartis dans l'ensemble de l'agglomération et celle beaucoup plus lointaine et clairsemée qui est proposée aux ruraux.

L'écart ville/campagne se confirme lorsque l'on considère l'état sanitaire des enfants. Ceux-ci constituent une bonne population de référence du fait de leur grande sensibilité aux contraintes de leur entourage, mais aussi parce que leur courte histoire personnelle garantit souvent mieux que dans le cas des adultes leur qualité de ruraux ou d'urbains. Plusieurs indices révèlent l'existence d'une différence pertinente entre les deux zones (notamment en ce qui concerne les fièvres, les maladies respiratoires, les anémies sévères). Mais c'est plus particulièrement le cas de la malnutrition que l'on soulignera ici, car elle témoigne de façon synthétique de l'impact des conditions de vie, non seulement en ce qui concerne l'accès à l'alimentation, mais aussi du point de vue de l'hygiène générale et, plus largement, de l'exposition à des affections susceptibles de retentir sur l'état nutritionnel (diarrhées, pathologies infectieuses ou parasitaires). Pour tous les critères utilisés par les auteurs de l'article — poids/taille, taille/âge, poids/âge — on observe une prévalence beaucoup plus marquée de la malnutrition infantile en milieu rural qu'en zone urbaine.

Cette étude ne fournit pas de données au sujet des adultes. En revanche, les recherches épidémiologiques menées par notre équipe à Maradi apportent un élément d'appréciation important en ce qui concerne le paludisme et elles couvrent sur ce point l'ensemble des tranches d'âge (4). Des études comparatives ont en effet été menées en 1985 auprès de deux groupes de population, dont l'un résidait au sein de l'agglomération urbaine et l'autre dans un village voisin — tous deux étant soumis par ailleurs à des conditions naturelles identiques. L'ensemble des indicateurs paludométriques utilisés, qu'ils soient cliniques, parasitaires et sérologiques, font apparaître un net recul de l'endémie palustre en milieu citadin. Les différences entre zone urbaine et zone rurale sont considérables puisque, de la première à la seconde, l'indice plasmodique (proportion des lames présentant des hématozoaires) varie de 1 à 10 en saison sèche et de 1 à 14 en saison des pluies.

Si l'on ajoute à ces observations le rapprochement des taux de mortalité infantile — estimée à 158/1 000 dans l'ensemble du Niger (5), à 126/1 000 à Maradi (6) — on voit que les différents indices dont nous disposons se recourent pour montrer que le fait

(4) M. Le Bras et al., « Paludisme urbain et rural au Niger », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 79, 1986.

(5) J.-J. Frère et al., *art. cit.*

(6) Cl. Herry, « Quelques aspects de la démographie à Maradi », *Colloque Urbanisation et santé dans le tiers monde, op. cit.*

de résider en ville constitue au Niger un indiscutable privilège et que le déséquilibre politique entre ville et campagne que l'on évoquait, retentit de manière si réelle sur les conditions de vie des individus que son écho se révèle perceptible jusque dans leur état de santé.

Des avantages bien partagés

Pour examiner de plus près la façon dont ce privilège s'exerce, c'est donc à Maradi, seconde cité du Niger, que nous allons chercher une illustration concrète des conditions de vie urbaines. Sans que la situation que l'on y observe soit comparable à celle qui existe dans les grandes mégalo-poles africaines, ni même à Niamey, capitale du pays, il s'agit bien d'une ville au plein sens du terme, avec ses concentrations humaines élevées, sa croissance démographique rapide (8 % par an depuis 1960), ses problèmes d'urbanisme et d'emploi. Sa taille encore modérée (80 000 habitants) constitue en revanche un atout sur le plan de la recherche, car elle permet d'en acquérir une vue d'ensemble.

Le cadre de vie quotidien qu'offre une telle ville s'oppose à celui des campagnes environnantes par un degré plus accusé d'artificialisation et par des hétérogénéités plus marquées. L'habitat (types de constructions et densité du bâti), l'équipement domestique (adduction d'eau et d'électricité, évacuation des déchets), les concentrations humaines sont sans doute les domaines où cette spécificité de l'environnement matériel urbain s'exprime avec le plus de netteté. Si l'on prend l'état de santé des enfants comme témoin du bien-être physique des groupes résidentiels auxquels ils appartiennent, on peut tenter d'évaluer à partir de là l'influence positive ou négative que ces traits exercent — lorsqu'ils varient — sur les conditions de vie concrète des citadins. Nous avons retenu, pour ce faire, un certain nombre de pathologies qui peuvent être considérées comme autant de « traceurs » de l'impact du milieu, envisagé sous l'un ou l'autre de ses aspects : une toux chronique (présomption d'affection tuberculeuse), des pathologies infectieuses de la sphère ORL et des voies respiratoires (rhinites, otites, bronchites...), des oculopathies (conjonctivites purulentes...), des dermatoses, des parasitoses. A des titres divers, toutes ces affections peuvent témoigner du degré d'hygiène que connaît un enfant, ainsi que des facteurs pathogènes auxquels il est soumis. Elles ont été constatées sur un échantillon représentatif, soit par un examen clinique, soit par des analyses biologiques.

L'étude statistique de la relation entre facteurs d'environnement et pathologies a donné des résultats résumés dans le tableau suivant :

	Habitat	Eau courante	Densité
Dermatoses	Sans relation	Sans relation	Relation positive
Oculopathies	Sans relation	Relation positive	Sans relation
Affections ORL	Relation positive	Sans relation	Relation positive
Toux chronique	Sans relation	Sans relation	Sans relation
Parasitoses	Sans relation	Sans relation	Sans relation

Il en ressort que les caractéristiques matérielles de l'environnement domestique que nous avons retenues ici n'ont qu'un impact limité sur l'état de santé des enfants — tel que nous l'avons appréhendé à travers un éventail de pathologies de référence. Seuls les troubles infectieux de la sphère ORL semblent se faire moins fréquents quand l'habitat s'améliore, passant de la paillotte au bâtiment en pisé, puis à la construction de ciment. La présence d'eau courante n'a de liaison positive qu'avec le recul des oculopathies — sans qu'on puisse expliquer la nature de la relation — tandis que des densités humaines élevées au sein des enclos vont de pair avec une plus grande prévalence des dermatoses et des troubles ORL. Parasitoses et toux chronique ne sont, quant à elles, liées à aucun des paramètres du milieu que nous avons pris en considération.

Il est certain qu'une analyse terme à terme entre une pathologie donnée et tel aspect particulier de l'environnement résidentiel est nécessairement réductrice, car elle ignore les synergies qui peuvent exister entre les divers éléments du cadre de vie. En outre, elle ne rend pas compte des différences qui concernent les conditions plus générales de maintien d'un équilibre sanitaire — notamment l'accès à la nourriture et aux soins médicaux — qui, elles aussi, participent à la définition des conditions de vie matérielles d'un individu ou d'un groupe. Pour poursuivre la réflexion sur ce que vivre en ville signifie au quotidien, il est donc souhaitable d'élargir la grille d'analyse en fonction de laquelle nous comparons les citadins les uns aux autres, et de partir de la notion plus synthétique de train de vie. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur

un certain nombre d'indices apparents qui sont susceptibles de témoigner des capacités économiques d'un groupe domestique : nature de l'habitat, possession d'équipements ménagers, d'un véhicule à moteur, régularité de la préparation d'un plat familial ou recours au petit commerce de la nourriture cuisinée.

Nous avons montré ailleurs (7) les limites d'un tel instrument de mesure de l'inégalité économique et sa dépendance à l'égard d'un contexte culturel spécifique : il est clair que le choix des signes extérieurs de richesse retenus relève, par-delà son apparente objectivité, d'une conception de la rationalité économique qui est très marquée par les valeurs de la société de consommation. Parmi la population haoussa, dominante à Maradi, les conceptions de la richesse et de la fortune sont bien entendu tout autres (8). Cependant, en dépit de son imperfection et de ses insuffisances, un tel outil de classement possède une certaine pertinence : il permet en particulier de faire apparaître à Maradi quatre grandes catégories de population que distinguent des niveaux de vie nettement différenciés :

— La première regroupe des ménages qui vivent dans des conditions très précaires. Une partie d'entre eux résident dans de simples paillotes, les autres dans des constructions de pisé semblables à celles que l'on rencontre en milieu rural. Dans les trois quarts des cas, ils ne sont pas en mesure de préparer régulièrement les repas à la maison, car les chefs de famille tirent le plus souvent leurs ressources de petites activités ou de simples expédients — portage de l'eau, vente de thé ou même mendicité — qui n'assurent pas tous les jours la possibilité de remplir la marmite familiale. Cette population est très peu scolarisée, même dans le cas des enfants, et elle est composée majoritairement d'anciens ruraux souvent arrivés en ville récemment.

— Tout à l'opposé, la catégorie supérieure représente la petite bourgeoisie naissante, composée de salariés, de commerçants ou même de gros négociants qui tirent l'essentiel des avantages matériels que la ville peut offrir : amélioration de l'habitat, équipement ménager, véhicules. Ici, la moitié des chefs de ménages ont été scolarisés et 75 % de leurs enfants le sont.

— Entre ces positions contrastées, deux couches intermédiaires illustrent des situations plus nuancées. Sur presque tous les points de comparaisons utilisés, on note de l'une à l'autre des gradations plus que des oppositions tranchées.

(7) Cl. Raynaud, 1986, *art. cit.*

(8) Cl. Raynaud, *Structures normatives et*

relations électives : étude d'une communauté villageoise haoussa, Paris, Mouton, 1973.

Les catégories sociales ainsi identifiées témoignent des écarts qui se creusent, au sein de la population urbaine, entre une minorité qui est en position de tirer effectivement avantage de sa présence en ville et ceux, beaucoup plus nombreux, qui n'en bénéficient que partiellement ou même pas du tout. Les différences que l'on observe d'une extrémité à l'autre de l'échelle sont très marquées et elles englobent une multiplicité de domaines participant à une définition élargie des conditions de vie : habitat, accès à l'alimentation, activités, ancienneté en ville.

Partant de ce constat, on serait en droit d'attendre des disparités accusées sur le plan sanitaire ; or les résultats fournis par l'enquête épidémiologique sont tout autres (9). En effet, si l'on prend un indicateur global comme celui de la mortalité des enfants de moins de 4 ans, on constate que le statut économique des ménages ne fournit nullement une clé d'interprétation des données recueillies. Pour la même classe d'âge, l'état nutritionnel des enfants — qui, lui aussi, fournit une expression synthétique de l'impact de l'environnement matériel et social — traduit une légère amélioration suivant la progression du train de vie, mais celle-ci est trop peu marquée pour être statistiquement significative. Enfin, pour des pathologies comme les dermatoses et les parasitoses qui sont liées à une hygiène de vie générale, les écarts de prévalence observés ne font apparaître aucune liaison statistique significative avec la hiérarchie des statuts socio-économiques.

Les seules relations pertinentes que l'on enregistre concernent les pathologies de type infectieux — oculopathies, maladies de la sphère ORL — sans doute parce qu'elles sont plus immédiatement sensibles à un traitement médicamenteux et que la consommation de soins est beaucoup plus élevée dans les catégories les plus aisées, où 47 % de ceux qui expriment une plainte sanitaire prennent un médicament, tandis que la proportion tombe à 24 % dans le cas des plus démunis.

Ici encore, on le constate, les différences sanitaires observées ne sont pas à la mesure des disparités de condition de vie matérielle — même lorsque l'on appréhende celle-ci de façon globale et non plus à travers tel ou tel aspect pris séparément.

Vivre en ville : un privilège incertain

Quelle leçon tirer de ces observations ? Certes une amélioration des conditions matérielles — une eau de bonne qualité, une hygiène irréprochable, un habitat salubre — ont un effet sur la santé publi-

(9) Cf. Raynaud, 1986, *art. cit.*

que, mais il existe d'autres facteurs dont l'action vient masquer — si ce n'est contrecarrer — l'influence que pourrait avoir, par elle-même, une variation dans le cadre de vie. Pour prendre un exemple simple, l'absence d'effet positif de la présence d'eau courante dans l'enclos s'explique par les comportements vis-à-vis de l'eau : l'usage qui en est fait et son stockage dans des jarres insalubres. De la même manière, la faiblesse du lien qui existe entre l'habitat dans lequel vit l'enfant et son état de santé renvoie aux conditions concrètes dans lesquelles se déroule sa vie de tous les jours — notamment aux jeux qui le conduisent sur le tas d'ordures voisin, même lorsque la maison de ses parents est impeccablement tenue ; à l'entassement qu'il connaît en compagnie de ses frères et sœurs dans la chambre de leur mère, que celle-ci se situe dans une construction moderne ou dans une case traditionnelle. Le faible écart que l'on constate, d'un point de vue sanitaire, entre des groupes au niveau pourtant très éloigné s'explique de façon analogue. D'un ménage aisé à une famille pauvre, les habitudes alimentaires fondamentales ne varient guère, pas plus que les comportements éducatifs ou les soins apportés au jeune enfant (sevrage, maternage). D'autre part, nous l'avons noté, la notion de richesse et les modes de maniement des biens et de l'argent relèvent, à Maradi, d'une logique tout autre que celle d'une jouissance privée et exclusive. Les rapports de clientélisme, la recherche du prestige, les devoirs religieux de charité tissent entre ménages voisins des réseaux de redistribution qui viennent tempérer, au moins dans le domaine alimentaire, des écarts de richesse qu'un simple examen des signes extérieurs tend à accuser et à figer. Il est significatif à cet égard que les enfants des ménages qui participent à des réseaux traditionnels d'échange de nourriture présentent en moyenne un statut nutritionnel meilleur que ceux qui sont dans le cas contraire (10).

La première conclusion à retenir de ces observations est que la notion de conditions de vie — dans ce qu'elle peut avoir de pertinent quant à la capacité des individus et des groupes à maintenir leur intégrité physique — va bien au-delà de ce qui fait l'agrément ou le confort matériel d'un cadre d'existence. La réalité humaine en fait partie intégrante dans ce qu'elle a de plus concret et de plus quotidien, car la relation qu'une personne entretient avec son environnement matériel passe par des pratiques, des attitudes, des objectifs qui ne prennent leur sens que par rapport au contexte culturel et social dans lequel ils s'inscrivent. C'est ainsi qu'à Maradi, la culture haoussa et la religion musulmane, par la façon dont elles orientent le comportement parental, viennent en quelque sorte s'interposer entre les déterminations positives ou négatives du milieu physique et le corps de l'enfant. Soumis à ce profond facteur

(10) *Ibid.*

d'homogénéisation, des phénomènes comme l'amélioration de l'habitat ou l'accroissement du niveau de vie voient leur empreinte biologique s'estomper jusqu'à n'être plus guère perceptible.

S'il en est ainsi, si les commodités matérielles qu'offre la ville et qui l'opposent à la campagne n'ont qu'un impact aussi réduit sur la santé publique, où chercher le fondement du privilège dont, nous l'avons vu, les citadins bénéficient ? En d'autres termes, et pour revenir à notre problématique de départ, on peut se demander de quelle manière la faveur politique dont bénéficie la population urbaine s'est effectivement traduite en termes de bien-être physique. Trois directions d'analyse peuvent être esquissées ici — sous réserve d'une confirmation par des investigations épidémiologiques appropriées :

— Le premier facteur pertinent réside sans doute dans l'importance de la couverture sanitaire. On compte à Maradi, nous l'avons vu, un nombre de dispensaires de quartier et d'agents de santé qui est bien supérieur à celui que l'on constate à la campagne. La plupart des habitants résident à quelques centaines de mètres tout au plus d'un centre médical. Le niveau de fréquentation de ces structures est élevé, de même que celui de la consommation de soins : on peut estimer que la quasi-totalité des femmes enceintes accouchent à la maternité (11), que près de la moitié des enfants de moins de quatre ans ont subi au moins une visite préventive, tandis que le tiers des personnes exprimant une plainte sanitaire (souvent bénigne) prennent un médicament (12). Le point à souligner, c'est que les catégories sociales urbaines défavorisées — même si elles entretiennent un rapport beaucoup plus distendu avec l'institution médicale — présentent néanmoins un niveau de consommation de soins nettement plus élevé que les ruraux. Ainsi, par exemple, le taux de fréquentation des PMI est-il de 30 % pour les enfants de la strate la plus pauvre de notre échelle de trains de vie, alors qu'il n'est que de 14 % pour les enfants ruraux. Certes, nous avons montré dans le même travail que l'accroissement du recours médical que l'on observe chez la petite bourgeoisie urbaine (62 % des nourrissons suivis en PMI) ne se répercutait que très partiellement sur l'état de santé de leurs enfants, ce qui conduit à s'interroger sur l'efficacité des structures de soin. Mais, quelles que soient les critiques que l'on peut formuler à ce sujet (13), l'action des dispensaires est loin d'être négligeable, notamment en ce qui concerne la couverture vaccinale et les interventions curatives. Elle peut expli-

(11) B. Meslet, *La Malnutrition et l'urbanisation en Afrique, le cas de Maradi au Niger*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Université de Paris VII, 1987.

(12) Cl. Raynaud, 1986, *art. cit.*

(13) B. Meslet, *Rapport sur les structures de soin et la morbidité à Maradi*, Université de Bordeaux II, 1985, multigr.

quer pour une part importante la meilleure situation sanitaire de la population urbaine. Il faut ajouter à cela la présence d'une pharmacie et l'existence de quelques médicaments à l'étalage des petits marchands (Aspro, Nivaquine) qui rendent possible des pratiques d'automédication.

— On peut considérer le niveau de scolarisation comme un autre facteur favorable propre à la ville. On compte à Maradi 17 écoles primaires réparties dans les différents quartiers, 4 collèges, 1 lycée technique. Le taux de scolarisation est de l'ordre de 50 % pour les enfants de moins de 15 ans. S'il est nettement inférieur pour les adultes de plus de 25 ans, chez lesquels il descend en dessous de 20 %, il demeure bien au-dessus de ce que l'on observe dans les campagnes où il est presque nul dans cette tranche d'âge (ne serait-ce que parce que les scolarisés ruraux vont en ville). Dans la mesure où il est susceptible d'induire une évolution des comportements, l'impact sanitaire de l'école n'est pas à sous-estimer : ainsi les enfants des mères scolarisées présentent-ils, en moyenne, un statut nutritionnel meilleur que ceux des mères analphabètes (14). Si l'on considère la notion d'éducation dans une perspective plus large, il faut aussi tenir compte du fait que la diffusion de l'information se fait plus facilement en ville qu'à la campagne : on peut notamment estimer aux environs de 2 000 le nombre de téléviseurs existant à Maradi, et celui des postes de radio est certainement bien supérieur à ce chiffre. Les émissions en langue haoussa touchant les questions d'hygiène et de santé sont fréquentes et s'adressent à un large public. S'il est difficile d'en mesurer l'impact sur les pratiques, on n'en trouve pas moins l'écho au niveau des représentations du corps et de la santé, car des notions de physiologie modernes côtoient désormais, dans le discours des adultes les plus jeunes, les schémas plus traditionnels de l'islam ou du système de croyance pré-islamique (15).

— Il ne faut pas négliger enfin, pour mesurer le privilège dont bénéficie la ville, les ressources multiples que celle-ci offre dans le domaine économique. Certes, le secteur productif n'occupe qu'une place réduite dans l'économie d'une cité comme Maradi — qu'il s'agisse d'industries ou de petites unités artisanales — et, avec le commerce, les services constituent le secteur d'activité le plus représenté (16). Aussi déséquilibrée soit-elle, cette structure n'en permet pas moins une relative prospérité, fondée sur une intense redistribution des richesses. Celles-ci se créent autour d'un petit nombre

(14) B. Meslet, 1987, *op. cit.*

(15) Cl. Raynaud, *Les Mots du corps*, Université de Bordeaux II, 1985, multigr. A. Luxereau, « Le corps vivant, la santé, les remèdes à Maradi (Niger) », Colloque *Urba-*

nisation et santé dans le tiers monde, op. cit.

(16) E. Grégoire, « Emploi et travail non salarié à Maradi », *Cahiers des Sciences humaines*, ORSTOM, 1987.

de pôles d'activité : grand commerce de transit international, contrebande avec le Nigeria, échanges avec l'arrière-pays, salariat des entreprises et de la fonction publique. A partir de là prolifèrent de multiples canaux qui vont irriguer l'ensemble du corps urbain. C'est non seulement le règne de tous les services marchands, du secteur dit informel, mais surtout celui des formes non marchandes de circulation de l'argent et des biens que nous avons évoquées plus haut. Grâce à une telle organisation économique, la ville offre aux démunis des occasions de ressources qui, aussi précaires et modestes soient-elles, sont bien supérieures à celles que connaissent les catégories les plus défavorisées du monde rural — où l'on ne compte pas encore de paysans sans terre, mais où nombreux sont ceux qui ne survivent qu'avec peine du produit de leurs champs. Même si, pour certains, c'est au prix d'une poursuite de tous les instants après quelques pièces de monnaie, les voies d'accès à la nourriture et aux médicaments sont incontestablement plus ouvertes en ville qu'elles ne le sont à la campagne, ce qui peut contribuer pour une part non négligeable au mieux-être sanitaire des citadins.

Revenons en quelques mots de conclusion à la question que nous posions au début de cet article. Le déséquilibre sanitaire entre ville et campagne se confirme à travers les données que nous avons rassemblées. La part, directe ou indirecte, qu'y prend l'État paraît incontestable, ce qui donne à ce privilège une dimension politique. On ne peut cependant en rester là et une analyse qui ne se fait qu'en ces termes demeure insuffisante. La condition de vie urbaine ne se réduit pas à un simple cadre matériel. Elle est faite aussi d'éléments culturels et sociaux qui participent à l'empreinte biologique qu'on lit sur le corps des personnes. Lieu privilégié de l'insertion des sociétés locales dans la sphère de l'État national, une ville comme Maradi se révèle également, à travers ce prisme, comme le prolongement de références identitaires qui dépassent l'opposition rural/urbain et plongent leurs racines dans le vieux fonds culturel haoussa.

La portée de ces remarques est-elle limitée à l'exemple particulier que nous avons analysé ? Possèdent-elles au contraire une pertinence plus large ? D'autres recherches ont été menées, parallèlement aux nôtres, sur des thèmes semblables, à Brazzaville et à Dakar. De la confrontation de ce qui a été observé dans des contextes différents peuvent naître des possibilités de généralisation. C'est dans ce sens que doit se poursuivre la réflexion.

Claude Raynaut
CNRS/Université de Bordeaux II