

Editorial

Géographie de la santé à la croisée de la géographie des maladies et de la géographie de soins

Geography of health at the crossroads of disease and care geography

Du fait du glissement du concept de maladie à celui de santé, la géographie médicale s'est orientée dans deux directions : la géographie médicale ou encore géographie des maladies (répartition, prévalence des maladies), et la géographie des soins de santé (accès et recours aux soins). Derrière ces divers concepts, se trouve un même questionnement : quel est le rôle pathogène du milieu et quelles sont les conséquences d'une mauvaise santé sur l'environnement social, matériel, sur les activités et sur la maîtrise de l'espace ? Était-ce bien de la géographie ? En quoi et pourquoi un géographe aurait-il une quelconque compétence en matière de maladie ou de santé ?

L'idée n'est pas neuve. Elle a même plus de 3000 ans. Mais les géographes ne s'y intéressent que depuis une cinquantaine d'années. C'est Max Sorre qui établit les véritables fondements de la géographie des maladies, même s'il conserve le terme de géographie médicale

Géographie des maladies

L'inégale répartition des maladies et la recherche des facteurs étiologiques (étude des causes des maladies) ainsi que le rapport entre milieu social et état de santé, a été établie à l'entre deux guerres mondiales. A la suite des travaux des « hygiéniques » et des apôtres de la « médecine sociale » du XIX^e siècle, une sorte de clivage s'instaure entre médecine curative et médecine préventive, entre fondamentalistes, cliniciens et épidémiologistes. Les uns s'adressent à l'individu, les autres à la collectivité. Les uns ne parlent que du malade quand les autres s'interrogent sur la santé publique, sa surveillance, son contrôle. Les géographes ont en effet trouvé leur place à côté de l'épidémiologie dans l'étude de la place et du rôle des différents facteurs pathogènes afin de délimiter des populations à risque mais en accordant à l'espace, une grande priorité. Aujourd'hui, le concept maladie s'est élargi et l'on admet que la maladie est le produit de multiples facteurs et plus souvent la conjonction des facteurs génétiques et environnementaux. Ainsi, nombreuses sont des entités pathologiques liées aux facteurs génétiques, ethniques, climatiques, anthropologiques, aux changements climatiques et même aux espaces environnementaux disponibles et à répartition inégaux. A titre d'exemple, la trypanosomiase humaine africaine (THA) dont le vecteur est la glossine ou mouche tsé-tsé évolue exclusivement en Afrique australe et de l'ouest, alors que la trypanosomiase humaine américaine ou maladie de Chagas trouve son écologie exclusivement en Amérique du sud. La loase due à la filariose à *loa loa* est exclusivement concentrée autour du pourtour du golfe de Guinée (Afrique centrale). Le déplacement des populations caucasiennes ou asiatiques vers ces zones les exposent à développer ces deux entités sans aucune contrainte génétique. En revanche, les populations du centre de l'Afrique sont protégées génétiquement contre le paludisme à *Plasmodium vivax* du fait d'être du groupe sanguin Duffy négatif (absence d'un récepteur Duffy favorable à l'espèce *vivax*) ; elles pourront toutefois développer cette entité pathologique à la suite des migrations des populations ou de brassage génétique avec des populations disposant de ce gène Duffy.

Les migrations des populations et les quelques brassages génétiques entre les populations asiatiques et africaines ou autres seront à la base de la modification bio-éco-génétique de certaines entités pathologiques. L'exemple est fourni par la Schistosomiase à *Schistosoma mekongi* et *japonicum* liée à l'environnement asiatique, qui sont de plus en plus régulièrement détectés en Afrique. Certaines pathologies ubiquitaires peuvent présenter des modes d'expression atypiques, sous l'influence génétique ; c'est le cas de certaines formes d'atteintes thyroïdiennes atypiques observées en Afrique ou

ailleurs en Asie, suite aux migrations des populations asiatiques en quête des investissements économiques sur les richesses en sol et sous-sol africains.

Géographie des soins et des services de santé

Cette géographie a pour motivation l'étude de la répartition des ressources sanitaires par rapport aux besoins de la santé de la population.

Plusieurs démarches ont été décrites à savoir :

- la mesure de la densité de l'appareil de soin et du personnel médical en vue de déterminer l'accessibilité potentielle d'une population et le taux d'encadrement sanitaire ;
- la mesure du recours effectif de la population

Il y a lieu cependant de reprocher à cette démarche, l'impossible adaptation à des systèmes de santé encore marqués par la domination de la médecine traditionnelle dans quelques pays du sud.

Enfin, les soucis d'intégrer d'autres variables a conduit à formuler des indices plus synthétiques. Sont alors pris en compte les services de santé ou la consommation médicale pour s'interroger sur l'efficacité du système de soins, les effets de la sous-médication ou encore sur les relations entre état de santé et ressources sanitaires.

Références

1. Pichéral Henri. Géographie médicale, géographie maladie, géographie de la santé. In : *Espace géographique*, tome 11, n°3, 1982 pp 161-175.

WUMBA DI-MOSI-N'KOYI Roger *MD, Ph D*

Département de Médecine Tropicale

Cliniques Universitaires de Kinshasa

Université de Kinshasa

Courriel : roger.wumba@unikin.ac.cd