

LA FACE CACHÉE DES VILLES

METTRE AU JOUR ET VAINCRE

LES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN



Organisation
mondiale de la Santé

ONU HABITAT
POUR UN MEILLEUR AVENIR URBAIN

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain.

1.Santé urbaine - orientations. 2.Urbanisme. 3.Urbanisation. 4.Style vie. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Organisation des Nations Unies pour les établissements humains.

ISBN 978 92 4 254803 7

(Classification NLM : WA 380)

ISBN 978 92 1-132277-4 (UN-HABITAT)

© Organisation mondiale de la Santé, Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe, et Programme des Nations unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), 2010. Tous droits réservés. Les demandes d'autorisation pour la reproduction ou la traduction des publications de l'Organisation mondiale de la Santé, à des fins commerciales ou non, doivent être adressées aux Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int) ou au Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe, au Japon (téléphone : +81 78 230 3100 ; adresse électronique : wkc@wkc.who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme des Nations unies pour les établissements humains ou du Secrétariat des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites, ni quant à leur système économique ou leur niveau de développement. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé ou le Programme des Nations unies pour les établissements humains, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé et le Programme des Nations unies pour les établissements humains n'apportent aucune garantie quant à l'exhaustivité et à l'exactitude des informations contenues dans cette publication, et ils ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

L'analyse, les conclusions et les recommandations de cette publication ne représentent pas nécessairement les opinions ni les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé et du Programme des Nations unies pour les établissements humains ou de son Conseil d'administration.

Imprimé en Suisse

LA FACE CACHÉE DES VILLES

METTRE AU JOUR ET VAINCRE
LES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN

REMERCIEMENTS

Le rapport conjoint ONU-Habitat/OMS *La Face cachée des villes : Mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain* est le fruit d'une intense collaboration entre le bureau principal d'ONU-Habitat à Nairobi, au Kenya, et l'Organisation mondiale de la Santé.

CONTRIBUTIONS : Nous souhaitons remercier les personnes suivantes pour leurs interventions précieuses, qu'il s'agisse de contributions, d'examen collégiaux, de suggestions, de critiques, d'encadrés, de chiffres ou d'analyses de données : Jonathan ABRAHAMS, Fiona ADSHEAD, Andrew ADWERA, Muhammad Chaudhary AFZAL, Muhammad Mahmood AFZAL, Siddharth AGARWAL, Shunichi AKAZAWA, Daniel ALBRECHT, Ala ALWAN, Giuseppe ANNUNZIATA, Mina ARAI, Linda ARCHER, Francisco ARMADA, Tim ARMSTRONG, Lucia ARTAZCOZ, Oscar ARTEAGA, Mohsen ASADI-LARI, Mohammad Arkadani ASSAI, Enis BARIS, Françoise BARTEN, Mark BELLIS, Samir BEN YAHMED, Roberto BERTOLLINI, Ties BOERMA, Neil BOMBERG, Fernando BORGIA, Carme BORRELL, Richard BRADFORD, Lucy BRAUN, Alexander BUTCHART, Diarmid CAMPBELL-LENDRUM, Anthony CAPON, Paulo CAPUCCI, Giovanni CARACCI, Adriana Miranda CASTRO, Somnath CHATTERJI, Haejoo CHUNG, Carlos CORVALAN, Mario Roberto DAL POZ, John DAWSON, Jan DE MAESENEER, Sophia DESILLAS, Èlia DÍEZ, Carlos DORA, Milka DUNCHIN, Christopher DYE, Kristie EBI, Sarah ENGLAND, JoAnne EPPING-JORDAN, Jazla Saeed FADDA, Oscar FEO ISTÚRIZ, Babatunde FASHOLA, Fariyal FIKREE, Elaine Ruth FLETCHER, Jean-Christophe FOTSO, Howard FRUMKIN, Cecilia Vidal FUERTES, Michelle FUNK, Pascaline GABORIT, Gauden GALEA, Sandro GALEA, Luiz A. Cassanha GALVAO, Loïc GARÇON, Paul David GARWOOD, Tina GOULD, Geoff GREEN, Francis GRENIER, Steffen GROTH, Mohamed HALFANI, Trevor HANCOCK, Jeremy HESS, Ahmad HOSSEINPOOR, Syed Jaffar HUSSAIN, Jide IDRIS, Akiko IMAI, Yoko INOUE, Aya ISHIZUKA, Urban JONSSON, Megumi KANO, Mina KASHIWABARA, Seiya KATO, Makie KAWABATA, Rania KAWAR, Maura Erin KENNEY TISSOT, Melekidzedek KHAYESI, Anthony KOLB, Soewarta KOSEN, Etienne KRUG, Jacob KUMARESAN, Jostacio LAPITAN, Roderick John LAWRENCE, George LUBER, Pamela LYNAM, Hossein MALEK-AFZALI, Josephine MALILAY, Isaac MALONZA, Fernando MARIDES, Maya MASCARENHAS, Colin MATHERS, Richard MATZOPOULOS, Gora MBOUP, Michael MCGEEHIN, Richard MEDDINGS, Shanthi MENDIS, Bettina MENNE, Susan MERCADO, James MERCY, Stuart MERKEL, Christopher MIKTON, Linda MILAN, Khalif Bile MOHAMUD, Esther MOK, Eduardo MORENO, Ayako MORITA, Davison MUNODAWAFA, Carles MUNTANER, Nirmala Devi NAIDOO, Keiko NAKAMURA, Jai NARAIN, Benjamin NGANDA, NISHIKAWA Azumi, Alexandra NOLEN, Helena NYGREN-KRUG, Carla Makhlof OBERMEYER, Hisashi OGAWA, Akihiro OHKADO, Keiko OKUDA, Danielle OMPAD, James OPERE, Victor ORINDI, Jane OTAI, Tikki PANGESTU, Heather PAPOWITZ, Gregory PAPPAS, Sukhumbhand PARIBATRA, David PARKER, Isabel PASARÍN, Jonathan PASSMORE, Maria Fernanda Tourhino PERES, Julia PERRI, Armando PERUGA, Amit PRASAD, Thebe PULE, Meng QINGYUE, Ravindra RANNAN-ELIYA, Romero REROMA, Marilyn RICE, Victor RODWIN, Maris ROMERO, Alex ROSS, Miki SAKAGUCHI, Priyanka SAKSENA, Gerardo SANCHEZ MARTINEZ, Luminita SANDA, Shekhar SAXENA, Hawa SENKORO, Lori SLOATE, Sanjeev SRIDHARAN, Mubashar Riaz SHEIKH, Xiaoming SHEN, Sarah SIMPSON, Ian SMITH, Ilene SPEIZER, Hari SRINIVAS, Lihong SU, Malinee SUKAVEJWORAKIT, Ryoko TAKAHASHI, Junko TAKEBAYASHI, Paulo TEIXEIRA, Kristin THOMPSON, Mauricio TORRES, Carlos Alberto TORRES TOVAR, Adewale TROUTMAN, Agis TSOUROS, Kazuhiro UCHIMURA, Hiroshi UEDA, Mohammad R. VAEZ-MAHDAVI, Nicole VALENTINE, Wim VAN LERBERGHE, Emese VERDES, Eugenio VILLAR MONTESINOS, David VLAHOV, Elizabeth WARD, Fan WU, Ke XU, Mariko YOKOO, Itsuro YOSHIMI, Hongwen ZHAO, Sarah ZINGG WIMMER.

RÉVISION. Nous exprimons notre gratitude à tous les experts et collègues qui ont eu la gentillesse de réviser ce rapport.

CONCEPTION : Suazion Inc

PHOTO DE COUVERTURE : OMS/Anna Kari

NOTE : Les exemples portant sur des villes précises servent à illustrer différents points traités dans ce rapport. Il ne faut en aucun cas interpréter ces exemples comme des évaluations du niveau global d'équité en santé constaté dans ces villes, ni en déduire que telle ou telle ville est plus ou moins en avance sur le plan des actions engagées pour vaincre les causes profondes des inégalités en santé en milieu urbain.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	IV
SYNTHÈSE	VII
PARTIE UN. L'AUBE D'UN MONDE URBAIN	1
INTRODUCTION À LA PARTIE UN	2
CHAPITRE 1. L'ESSOR DES VILLES MODERNES	3
DÉMOGRAPHIE ET TENDANCES DE L'URBANISATION	4
LES BIENFAITS DE L'URBANISATION	6
LES DÉFIS D'UNE CROISSANCE RAPIDE ET ANARCHIQUE	6
LES VILLES DE DEMAIN	10
RÉSUMÉ DU CHAPITRE	10
CHAPITRE 2. LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN	11
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	12
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN	12
CONSÉQUENCES DE LA VIE EN VILLE SUR LA SANTÉ	28
RÉSUMÉ DU CHAPITRE	29
PARTIE DEUX. DONNER À VOIR LA FACE CACHÉE DES VILLES	31
INTRODUCTION À LA PARTIE DEUX	32
CHAPITRE 3. INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN : QUELS SONT LES ENJEUX ?	33
LES INÉGALITÉS EN SANTÉ : QUELLE PART D'INJUSTICE ?	34
POURQUOI IL FAUT METTRE EN ÉVIDENCE ET VAINCRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ	35
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN EST LIÉE AUX DROITS DE L'HOMME ET AUX CONVENTIONS INTERNATIONALES	37
RÉSUMÉ DU CHAPITRE	38
CHAPITRE 4. MISE AU JOUR DES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN	39
INÉGALITÉS EN SANTÉ ENTRE POPULATIONS URBAINES RICHES ET PAUVRES	40
INÉGALITÉS EN SANTÉ ENTRE QUARTIERS	49
INÉGALITÉS EN SANTÉ ENTRE SOUS-GROUPES DE CITOYENS	54
RÉSUMÉ DU CHAPITRE	56
CHAPITRE 5. ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT	57
INTRODUCTION AUX OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT	58
OMD 1 : ÉLIMINER L'EXTRÊME PAUVRETÉ ET LA FAIM	59
OMD 4 : RÉDUIRE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	62
OMD 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE	64
OMD 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE	66
RÉSUMÉ DU CHAPITRE	67

PARTIE TROIS : VAINCRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN 69

INTRODUCTION À LA PARTIE TROIS 70

CHAPITRE 6. UNE GOUVERNANCE URBAINE PERMETTANT DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ 71

LE RÔLE DES AUTORITÉS LOCALES 72

LES PARTENARIATS : LA CLÉ DE LA BONNE GOUVERNANCE URBAINE 72

PRÉALABLES À L'ACTION LOCALE 73

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 79

CHAPITRE 7. DES DONNÉES FACTUELLES POUR AGIR 81

L'IMPORTANCE DES DONNÉES FACTUELLES POUR UNE ACTION EFFICACE ET DURABLE 82

L'IMPORTANCE DES DONNÉES DÉAGRÉGÉES 83

RÉFLEXION SUR LES DONNÉES 83

URBAN HEART DE L'OMS 85

URBANINFO D'ONU-HABITAT 87

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 88

CHAPITRE 8. INTERVENTIONS 89

TROIS GRANDES APPROCHES POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS URBAINES 90

CIBLER LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES 93

SUIVI ET ÉVALUATION 96

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 96

CONCLUSION : LE RISQUE ET LA PROMESSE DE NOTRE MONDE URBAIN 97

UN RÔLE À JOUER POUR CHACUN : QUI PEUT FAIRE QUOI ? 100

ANNEXES 103

ANNEXE A. SOURCES ET OUTILS SUPPLÉMENTAIRES 104

ANNEXE B. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉVALUATION DES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN 106

ANNEXE C. EXEMPLES D'INTERVENTIONS 109

RÉFÉRENCES 118

ENCADRÉS

Encadré 1.1 Les Villes-Santé Dans Le Monde (Par Région De L'OMS) 7

Encadré 1.2 Gros Plan Sur Les Bidonvilles De Nairobi 8

Encadré 1.3 Gros Plan Sur Quelques Villes Exposées À Une Élévation Du Niveau De La Mer 9

Encadré 2.1 Le Changement Climatique Démultiplie Les Risques Sanitaires 17

Encadré 2.2 Gros Plan Sur Le Séisme D'Haïti 27

Encadré 2.3 La Propagation Du SRAS Via Les Centres Urbains 28

Encadré 5.1 Les Huit Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement 58

Encadré 6.1 Gros Plan Sur Nakuru, Au Kenya 72

Encadré 6.2 Gros Plan Sur La Participation De La Population Dans Les Zones Urbaines De Catalogne, En Espagne 73

Encadré 6.3 Gros Plan Sur La Participation De La Population Dans Les Bidonvilles De Nairobi, Au Kenya 76

Encadré 6.4 Gros Plan Sur La Stratégie De Lutte Contre Les Inégalités En Santé À Londres 77

Encadré 6.5 Gros Plan Sur Les Structures De Gouvernance À Vancouver, Au Canada 77

Encadré 6.6 Recommandations, Destinées Aux Autorités Nationales, Pour Une Action Intersectorielle En Santé 78

Encadré 7.1 Désagrégation Des Données Nationales : Un Exemple En Inde 84

Encadré 7.2 Gros Plan Sur Parañaque, Aux Philippines 86

Encadré 8.1 Gros Plan Sur Les Lady Health Workers Dans Les Bidonvilles Urbains Du Pakistan 92

Encadré 8.2 Améliorer L'eau Et L'assainissement Dans Les Villes De La Région Du Lac Victoria En Afrique De L'est 92

Encadré 8.3 Gros Plan Sur Le Port Du Casque 92

Encadré 8.4 La Mobilisation De La Population Contre La Violence Au Brésil 94

FIGURES

Figure S1	Facteurs influençant la santé en milieu urbain	XI
Figure S2	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, par région, dans 42 pays à revenu faible ou intermédiaire	XIV
Figure 1.1	Dans quelles régions trouve-t-on des bidonvilles ?	9
Figure 2.1	Déterminants de la santé	12
Figure 2.2	Facteurs influençant la santé en milieu urbain	13
Figure 3.1	Les inégalités dans la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans dans 47 pays en développement, comparaison entre les zones urbaines et les zones rurales, 1994 – 2004	35
Figure 4.2	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines de sept pays	41
Figure 4.3	Malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans, par région, dans 41 pays à revenu faible ou intermédiaire	42
Figure 4.4	Malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines de sept pays	42
Figure 4.5	Facteurs contribuant aux inégalités dans la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines de sept pays	43
Figure 4.6	Proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, par région, dans les zones urbaines de 44 pays à revenu faible ou intermédiaire	44
Figure 4.7	Proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les zones urbaines de sept pays	44
Figure 4.8	Facteurs contribuant aux inégalités dans la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, dans les zones urbaines de sept pays	45
Figure 4.9	Prévalence du diabète signalé par les patients eux-mêmes et diagnostiqué par un médecin chez les adultes âgés de 45 ans et plus, dans les zones urbaines du Bangladesh (pays à faible revenu)	47
Figure 4.10	Prévalence du diabète signalé par les patients eux-mêmes et diagnostiqué par un médecin chez les adultes âgés de 45 ans et plus, dans les zones urbaines de la Tunisie (pays à revenu intermédiaire)	47
Figure 4.11	Prévalence du diabète signalé par les patients eux-mêmes et diagnostiqué par un médecin chez les adultes âgés de 45 ans et plus, dans les zones urbaines de l'Espagne (pays à revenu élevé)	47
Figure 4.12	Proportion des ménages ayant accès à l'eau courante, dans les zones urbaines de 44 pays à revenu faible ou intermédiaire	48
Figure 4.13	Inégalités dans l'accès à l'eau courante en milieu urbaine, dans sept pays	49
Figure 4.14	Taux de mortalité des nourrissons, Nairobi, au Kenya	50
Figure 4.15	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, au Kenya, désagrégés par quartier de Nairobi	50
Figure 4.16	Nouveaux cas de tuberculose notifiés pour 100 000 habitants, dans les plus grandes villes japonaises, 2006	51
Figure 4.17	Taux d'homicide variant de un à quatre entre les sous-districts du Cap, en Afrique du Sud, 2001-2004	52
Figure 4.18	Relation géographique entre la proportion des habitants vivant dans la pauvreté et leur probabilité de décéder du sida, New York City, Etats-Unis d'Amérique	53
Figure 4.19	Inégalités de revenu et inégalités en termes de criminalité et de troubles, Preston, Royaume-Uni, 2007	54
Figure 4.20	Prévalence du VIH par sexe et par zone de résidence	56
Figure 5.1	Tous les OMD ont à voir avec la santé	59
Figure 5.2	Avancées dans la lutte contre la malnutrition (retard de croissance) des enfants de moins de cinq ans en milieu urbain	60
Figure 5.3	Cible consistant à réduire de moitié d'ici 2015 (par rapport à 1990) le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance, dans les zones urbaines : tendances et projections pour l'État plurinational de Bolivie	61
Figure 5.4	Cible consistant à réduire de moitié d'ici 2015 (par rapport à 1990) le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance, dans les zones urbaines : tendances et projections pour l'Inde	61
Figure 5.5	Avancées dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en zone urbaine	62
Figure 5.6	Cible consistant à réduire des deux tiers d'ici 2015 (par rapport à 1990) la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines : tendances et projections pour l'État plurinational de Bolivie	63
Figure 5.7	Cible consistant à réduire des deux tiers d'ici 2015 (par rapport à 1990) la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines : tendances et projections pour l'Inde	63
Figure 5.8	Avancées dans l'amélioration de la proportion des naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en zone urbaine	64
Figure 5.9	Cible consistant à ce que la totalité des accouchements soient assistés par du personnel qualifié, jusqu'en 2015 dans les zones urbaines : tendances et projections pour l'État plurinational de Bolivie	65
Figure 5.10	Cible consistant à ce que la totalité des accouchements soient assistés par du personnel qualifié, jusqu'en 2015 dans les zones urbaines : tendances et projections pour l'Inde	65
Figure 5.11	Proportion de la population urbaine vivant dans des taudis, 1990 et 2010	66
Figure 7.1	Prévalence du VIH chez les femmes entre les différents groupes socio-économiques, à l'échelle nationale et dans les zones urbaines, au Swaziland, 2006-2007	83
Figure 7.2	Utilisation de la nouvelle maternité en 2009 à San Martin de Porres, Parañaque City, Philippines	87
Figure 8.1	Trois principales approches pour réduire les inégalités en santé : (a) cibler les catégories défavorisées, (b) éliminer les disparités, (c) réduire les inégalités dans l'ensemble de la population	91

TABLEAUX

Tableau 7.1	Indicateurs de base pour Urban HEART	85
Tableau B.1	Pays pour lesquels les enquêtes démographiques et sanitaires fournissaient des données pour quatre indicateurs clé	107



C'est aujourd'hui un fait établi que la moitié de l'humanité vit en milieu urbain, et que cette proportion ne cesse d'augmenter. Les villes, et la concentration de culture, d'infrastructures et d'institutions qu'elles génèrent, tirent depuis longtemps les progrès de la civilisation et polarisent les opportunités et la prospérité. Aussi bien pour les riches que pour les pauvres, dans les pays développés comme dans les pays en développement, les villes offrent à leurs habitants des possibilités uniques d'augmenter leurs revenus, de se mobiliser en faveur d'une action politique et d'accéder à des services éducatifs, mais aussi sanitaires et sociaux. Ces atouts de la vie citadine agissent comme un aimant, attirant les gens dans les zones urbaines et les incitant à y rester.

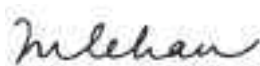
Certes, la vie en milieu urbain continue d'offrir de nombreuses opportunités, mais leur répartition peut être extrêmement inégale. Si l'on regarde au-delà des marchés animés, des gratte-ciel et des lumières de la ville, on constate que, dans le monde entier, les villes d'aujourd'hui ont une face cachée, si bien que la vie et les conditions de vie véritables de nombre de citoyens ne sont pas immédiatement visibles. Certaines catégories de citoyens sont davantage sujettes à un mauvais état de santé, et ces inégalités sont imputables à des disparités dans les conditions de vie et le contexte social. Et ce problème n'épargne aucune ville.

Longue est la liste des dangers urbains potentiels et des risques pour la santé qui y sont liés : logements insalubres et surpeuplés, problèmes de sécurité sanitaire des aliments et salubrité de l'eau, inadéquation des services d'assainissement et d'évacuation des déchets solides, pollution atmosphérique, embouteillages, pour n'en citer que quelques-uns. De nombreuses villes sont exposées à une triple menace : les maladies infectieuses se développent lorsque les gens sont entassés et vivent dans des conditions misérables ; les maladies chroniques non transmissibles sont en progression à cause de la mondialisation des modes de vie peu sains auxquels incite la vie urbaine (tabagisme, mauvaise alimentation, usage nocif de l'alcool...) En outre, la ville est un terrain fertile pour d'autres fléaux : accidents, notamment de la route, traumatismes, violence et délinquance.

Les pouvoirs publics locaux aussi bien que nationaux s'attèlent aux défis que soulève l'urbanisation. Dans bien des cas, les autorités municipales sont débordées par le rythme de croissance démographique et ne disposent pas des capacités pour bâtir suffisamment d'infrastructures de base qui assurent la sécurité et la salubrité nécessaires. L'urbanisation s'accompagne, dans les pays en développement comme dans les pays développés, d'une concentration de la pauvreté, laquelle s'aggrave et se propage jusqu'à devenir une caractéristique, largement non reconnue, de la vie urbaine. Près d'un milliard de personnes, soit un tiers de la population citadine, vit dans des taudis urbains et des bidonvilles. Pour les citoyens pauvres, le fait de vivre en ville présente peu, voire pas du tout, d'avantages. Ainsi, l'existence de services sanitaires à proximité ne garantit nullement qu'ils soient abordables et effectivement utilisés. Malheureusement, certains citoyens pâtissent d'inégalités et subissent diverses formes d'exclusion et de marginalisation.

Le secteur de la santé ne peut à lui seul remédier à ces inégalités et aux différents problèmes de santé en milieu urbain. La ville influe directement sur les conditions de vie, les opportunités socio-économiques et l'état de santé de tous les citoyens. C'est pourquoi il faut qu'un grand nombre de parties prenantes se mobilisent si l'on veut que la santé des habitants des villes s'améliore réellement et durablement. La santé en milieu urbain ne relève pas exclusivement des pouvoirs publics : la société civile, les groupes communautaires et les entreprises y tiennent également une place importante. Il faut amener les populations, et en particulier les citoyens pauvres, à participer aux décisions qui affectent leur vie. Les occasions de mettre la santé au cœur du programme d'action publique des villes existent, et il est temps que tous les secteurs travaillent main dans la main à des solutions innovantes et efficaces, qui atténueront les risques et renforceront les bienfaits pour la santé.

Les villes sont l'avenir de notre monde. C'est maintenant que nous devons agir si nous voulons être sûrs que demain, elles seront un lieu de vie sain pour chacun.



MARGARET CHAN

Dr Margaret CHAN, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

Dans les milieux qui s'urbanisent rapidement, la très grande majorité des problèmes de santé est imputable aux conditions de vie et de travail. Ces conditions relèvent notamment de déterminants sociaux, par exemple des logements insalubres et surpeuplés, des conditions de travail dangereuses, l'absence d'accès à de l'eau potable et à un assainissement décent, ou encore l'exclusion sociale. Actuellement, selon les estimations, un milliard de personnes vivent dans des établissements informels et des taudis. Pourtant, dans la plupart des pays affichant une urbanisation rapide, les solutions proposées dans les politiques de santé publique restent axées sur les maladies et négligent l'environnement social et physique. En conséquence, les problèmes de santé persistent, les inégalités en santé se creusent et les interventions sanitaires produisent des résultats suboptimaux.



L'urbanisation offre, malgré tout, de nombreux atouts qui permettront de renforcer l'efficacité de la politique et des pratiques sanitaires. Cependant, les pouvoirs publics ne semblent guère se saisir de ces opportunités pour définir leurs politiques de santé, comme en témoignent le mode d'urbanisation qui prédomine actuellement, chaotique et mal planifié. Cette urbanisation de la pauvreté et de l'exclusion sociale accentue les inégalités en santé et les vulnérabilités.

Parmi les nombreux risques liés à l'urbanisation rapide, aucun n'est plus grave que la pauvreté urbaine, laquelle se manifeste très nettement dans la croissance des établissements informels. Si l'intensification de la pauvreté urbaine apparaît aussi dans le monde développé, elle est davantage marquée dans les pays en développement et se traduit presque invariablement par la multiplication des sans-abri.

Dans le monde entier, les habitants des taudis pâtissent d'un moindre accès aux ressources sanitaires, sont davantage malades et meurent plus jeunes que les autres segments de la population. Ces disparités injustes dans la situation sanitaire ne cessent de s'accroître alors que la planète dispose de richesses et d'un savoir sans précédent et que les gens sont plus sensibilisés que jamais aux questions de santé. Malgré des services sanitaires relativement satisfaisants dans les zones urbaines, les citoyens pauvres semblent être en moins bonne santé que les pauvres qui habitent les campagnes. C'est pourquoi il est impératif de mieux comprendre les inégalités intra-urbaines et leurs implications en termes de santé.

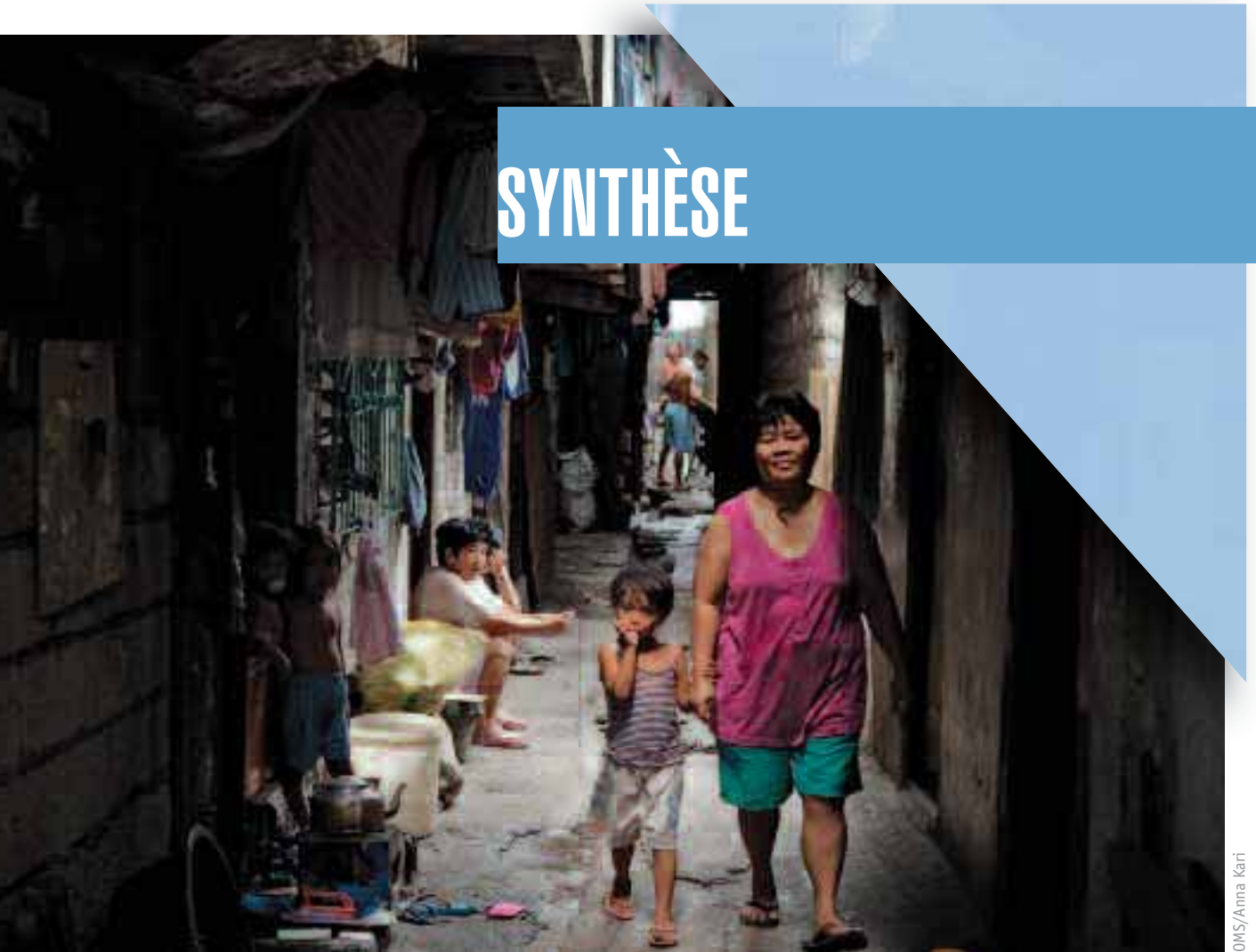
Au-delà de l'épidémiologie et des améliorations des systèmes de santé, le bien-être, au stade actuel du développement de l'humanité, passe in fine essentiellement par des interventions dirigées vers l'environnement urbain.

Il faut donc prêter davantage attention à la manière dont sont prises des mesures visant à transformer les conditions de vie et de travail en milieu urbain, ainsi qu'aux processus sociaux et aux informations susceptibles d'améliorer durablement de la santé urbaine. Ce rapport conjoint réalisé par ONU-Habitat et l'OMS donne l'alerte pour que des actions concrètes visant à vaincre les inégalités en milieu urbain soient lancées. Je souhaite sincèrement que les recommandations formulées dans ce rapport permettent de faire progresser cette cause urgente.

INGA BJÖRK-KLEVBY

Inga Björk-Klevby, Sous-Secrétaire générale de l'Organisation des Nations unies et Directrice exécutive adjointe en charge, Programme des Nations unies pour les établissements humains (ONU-Habitat)

SYNTHÈSE



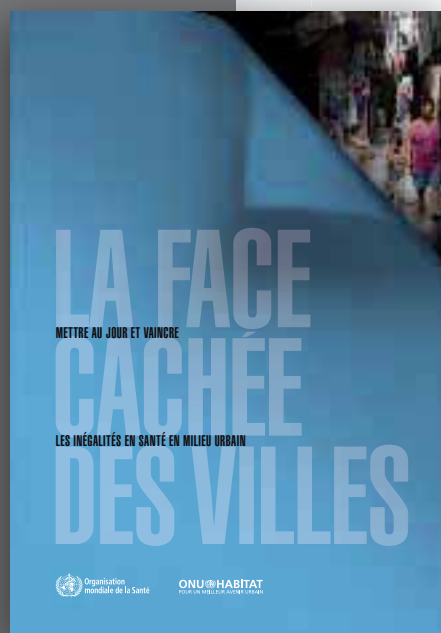
OMS/Anna Kari

Le rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Programme des Nations unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), intitulé *La Face cachée des villes : Mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain*, montre que certains habitants des villes sont particulièrement exposés à une multitude de maladies et de problèmes de santé.

Ce rapport propose des informations et des outils dont les pouvoirs publics et les responsables locaux peuvent se servir pour lutter contre les inégalités en santé dans leur ville. Il n'a pas pour objectif de comparer les inégalités en santé entre populations rurales et citadines. De fait, étant différentes de par leur ampleur et leur distribution, les inégalités en santé dans les zones urbaines appellent des actions spécifiques.

PRINCIPAUX MESSAGES DU RAPPORT

- Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la majorité de la population de la planète vit dans des zones urbaines, et cette proportion ne cesse de croître.
- Les villes concentrent les opportunités, les emplois et les services, mais également les risques et les dangers pour la santé.
- L'expansion rapide de la population citadine constituera l'un des principaux problèmes de santé mondiale au XXI^e siècle.
- Débordés par le rythme de la croissance urbaine, les pouvoirs publics n'ont pas la capacité de bâtir des infrastructures de base, si bien qu'un citoyen sur trois vit dans un taudis ou un établissement informel.
- Dans tous les pays, certains habitants des villes souffrent plus particulièrement d'un mauvais état de santé, et ces inégalités sont imputables à des disparités dans les conditions de vie et le contexte social.
- Si l'on veut mettre au jour l'ampleur des inégalités en santé en milieu urbain, il est important de désagréger les données sanitaires et celles sur les déterminants de la santé *au sein* des villes.
- À moins de prendre de toute urgence des mesures pour venir à bout des inégalités en santé en milieu urbain, certains pays ne pourront pas atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement relatives à la santé.
- Afin d'influer sur les inégalités en santé en milieu urbain, les communautés organisées et tous les niveaux de gouvernement (locaux, provinciaux et nationaux) doivent se mobiliser.
- Les solutions dépassent bien souvent le secteur de la santé et nécessitent l'engagement de nombreux segments des pouvoirs publics et de la société.
- Les responsables locaux et les pouvoirs publics peuvent et doivent jouer un rôle crucial dans la promotion de l'équité en santé en milieu urbain.



SUR LES 30 PROCHAINES ANNÉES, L'ESSENTIEL DE LA CROISSANCE DE LA POPULATION URBAINE SE PRODUIRA DANS LES VILLES DE PAYS EN DÉVELOPPEMENT



L'aube d'un monde urbain

Le rapport conjoint de l'OMS et d'ONU-Habitat, *La Face cachée des villes: Mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain*, paraît à un tournant dans l'histoire de l'humanité. Pour la toute première fois, les citadins sont plus nombreux que les ruraux, et leur proportion ne cesse de croître. Traduisons cette réalité en chiffres : en 1990, moins de 4 personnes sur 10 vivaient en zone urbaine. En 2010, cette proportion est passée à plus de 1 sur 2, et en 2050, elle atteindra 7 sur 10. Le nombre de citadins augmente de près de 60 millions par an.¹

Cette transition démographique d'un monde rural vers un monde urbain, aussi appelée **urbanisation**, a de profondes conséquences. Elle s'accompagne de changements globaux dans l'économie, qui abandonne les activités agricoles pour privilégier l'industrie de masse, la technologie et les services. Les fortes densités urbaines réduisent les coûts de transaction, améliorent la rentabilité des dépenses publiques d'infrastructure et des services et facilitent la production et la diffusion de savoir, autant d'éléments qui stimulent la croissance économique.

L'urbanisation s'accélère à mesure que la mondialisation diffuse l'industrie et la technologie aux quatre coins du monde. Ainsi, alors que Londres a mis environ 130 ans à

passer de 1 à 8 millions d'habitants, il n'en aura fallu que 45 à Bangkok et 25 à Séoul.² À l'échelle planétaire, la croissance urbaine a culminé au cours des années 1950, à plus de 3 % par an.³

Au fur et à mesure de l'urbanisation de la planète, les citadins continueront de vivre dans des villes de toutes tailles, dont le schéma de distribution selon la taille sera analogue à celui observé aujourd'hui.⁴ Actuellement, près de la moitié des citadins vivent dans des villes comptant entre 100 000 et 500 000 habitants, mais moins de 10 % dans des mégapoles (c'est-à-dire, selon la définition d'ONU-Habitat, des villes de plus de 10 millions d'habitants).⁵

L'essentiel de la croissance de la population urbaine sur les 30 prochaines années se produira dans des pays en développement. Il est prévu que des villes comme Phnom Penh (Cambodge), Tijuana (Mexique), Marrakech (Maroc) et Lagos (Nigeria) affichent une croissance annuelle d'environ 4 %, si bien que leur population va doubler sur les 17 prochaines années. Certaines villes de Chine, telles que Shenzhen et Xiamen, enregistreront un taux de croissance annuelle supérieur à 10 % : leur population doublera donc **grosso modo** tous les 7 ans. Dans les pays à revenu élevé, l'immigration, aussi bien légale qu'illégale, représentera plus des deux tiers de la croissance urbaine. Sans immigration, il est probable que la population urbaine de ces pays déclinera ou stagnerait durant les prochaines décennies.



UN NOUVEAU PAYSAGE URBAIN

En bien des endroits, les villes fusionnent pour former des peuplements urbains d'une échelle sans précédent. Ces nouvelles configurations prendront la forme de méga-régions, de couloirs urbains et de villes-régions, façonnant une nouvelle hiérarchie et un nouveau paysage urbains. Ainsi, on estime qu'au Japon, la méga-région Tokyo-Nagoya-Osaka-Kyoto-Kobe comptera 60 millions d'habitants en 2015. La ville-région de Bangkok (Thaïlande) gagnera 200 kilomètres d'ici 2020 par rapport à son centre actuel, dépassant largement sa population actuelle, qui est déjà supérieure à 17 millions d'habitants. Des tendances analogues sont observables dans d'autres régions du monde.

Le citoyen lambda a davantage de choix et de possibilités que ses ancêtres n'en ont jamais eus. Par comparaison avec les habitants des campagnes, il dispose d'opportunités exceptionnelles de voir ses revenus augmenter, de bénéficier d'un logement et de conditions de vie satisfaisants et d'avoir accès à des services comme l'éducation et les soins de santé. Il n'est donc peut-être pas surprenant que les citoyens soient, en moyenne, mieux lotis que les habitants des campagnes. Ils ont généralement davantage accès à des services sociaux et sanitaires, leur taux d'alphabétisation est plus élevé, et leur espérance de vie plus grande.

Dans le même temps, les villes concentrent certains risques et aléas pour la santé. L'impact d'événements délétères, tels que la contamination de l'eau, la pollution atmosphérique ou sonore, ou les catastrophes naturelles, est amplifié dans les zones urbaines densément peuplées. Les répercussions que les changements climatiques peuvent avoir sur la santé sont sources d'aléas supplémentaires dans les villes. La montée du niveau de la mer, qui devrait atteindre entre

18 et 59 centimètres d'ici la fin du siècle, pèsera sur certaines des villes les plus étendues et à la croissance la plus rapide. Sur toute la planète, les villes ressentiront les effets du changement climatique, qui se manifesteront par des vagues de chaleur plus fréquentes, la pollution atmosphérique, des tempêtes violentes et des maladies infectieuses.

Dans bien des cas, du fait de la croissance de la population urbaine, les pouvoirs publics ne sont plus en mesure de procurer des services et des infrastructures essentiels. L'absence ou la mauvaise conception des systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement ou de transport est un problème courant dans de nombreuses villes. Beaucoup de citoyens sont confrontés à d'autres difficultés et doivent, par exemple, vivre dans des logements inadéquats (qui vont d'immeubles locatifs de grande hauteur de mauvaise qualité à des baraquements ou même des tentes en plastique installées sur le trottoir), surpeuplés et construits ou installés de manière anarchique. Les habitations de ce type sont souvent situées dans des quartiers peu avenants, notamment sur des pentes abruptes, des berges susceptibles d'être inondées ou des zones industrielles.

Centres densément peuplés présentant à la fois des risques et des opportunités, les villes, ainsi que le phénomène d'urbanisation en général, revêtent une importance cruciale pour la santé mondiale au XXI^e siècle. Compte tenu tout simplement du nombre et de la proportion grandissante de citoyens, les problèmes de santé en milieu urbain touchent directement plus de la moitié de la population de la planète. Et indirectement, les villes influent sur la santé de pans encore plus vastes de la population à cause des pandémies qui se propagent via des gares routières et ferroviaires bondées, les vastes aéroports et les ports internationaux. La flambée de SRAS en 2003 en est un exemple typique.



MÉGA-RÉGIONS, VILLES-RÉGIONS ET COULOIRS URBAINS ENGENDRENT DE NOUVEAUX DÉFIS ET DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS POUR LA SANTÉ

William Fawcett / iStockphoto

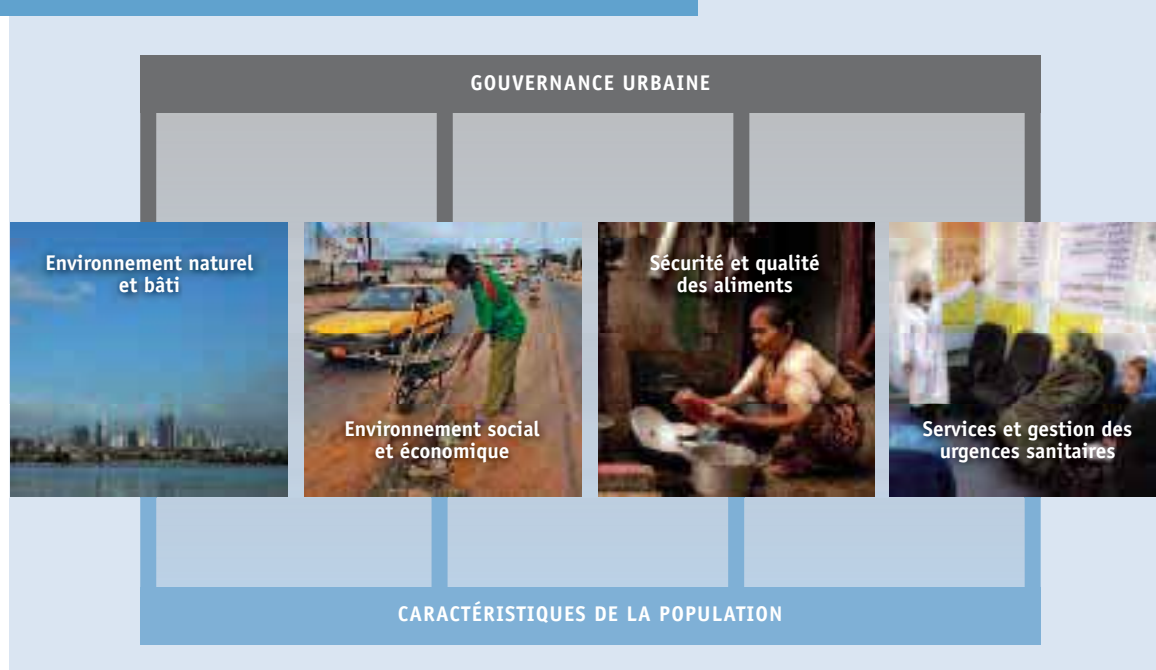
NOTRE LIEU DE VIE JOUE SUR NOTRE SANTÉ

De vastes déterminants physiques, sociaux et économiques ont une incidence sur la santé des citoyens (figure S1). La santé des habitants des villes dépend de **l'environnement bâti et naturel** : géographie et climat, qualité des logements, eau et assainissement, qualité de l'air, systèmes de transport et infrastructure.

L'environnement social et économique, en particulier l'accès à des opportunités économiques et éducatives, la sûreté et la sécurité, l'aide et la cohésion sociales,

ou encore l'égalité entre hommes et femmes, a un impact majeur sur la santé des citoyens. **La sécurité et la qualité des aliments** influent sur la santé en milieu urbain en jouant sur la disponibilité des denrées, notamment en cas de sécheresse, et se traduisant par un régime alimentaire fortement calorique, caractérisé par une teneur élevée en graisse, en sucre et en sel. De multiples facteurs relatifs aux **services et à la gestion des urgences sanitaires** ont des répercussions sur la santé en milieu urbain; il s'agit notamment de l'accès à des soins de santé primaires de qualité, de la couverture universelle et de la réactivité du secteur de la santé publique. Enfin, **la gouvernance urbaine** est inextrica-

FIGURE S1
FACTEURS INFLUENÇANT LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN



1-3 de gauche à droite : OMS/Anna Kari ; 4 : ONU Photo/Jawad Jalali

blement liée à la santé et au bien-être des habitants des villes, car elle peut leur procurer une plateforme à partir de laquelle ils peuvent mettre à profit leurs talents afin d'améliorer leur situation sociale et économique. Chacun de ces facteurs peut largement jouer, en positif ou en négatif, sur la santé des populations urbaines.

UNE TRIPLE MENACE PÈSE SUR LA SANTÉ EN VILLE

Dans de nombreuses villes à travers le monde, plusieurs déterminants de la santé se conjuguent pour faire planer une triple menace sur la population urbaine : a) les maladies infectieuses, telles que le VIH, la tuberculose, la pneumonie et les maladies diarrhéiques, b) les maladies et affections non transmissibles, dont les cardiopathies, le cancer et le diabète, et c) les traumatismes (notamment dus aux accidents de la route) et la violence. Les maladies infectieuses représentent une menace considérable dans de nombreuses villes en raison de la densité de population, du surpeuplement, du manque d'eau salubre et de systèmes d'assainissement, des déplacements et des échanges internationaux, de la médiocre accessibilité des services de soins de santé, en particulier dans les bidonvilles. Les maladies et affections non transmissibles sont exacerbées dans les zones urbaines du fait

des évolutions du régime alimentaire et de l'activité physique, de l'exposition aux polluants atmosphériques (notamment à la fumée de tabac) et de l'usage nocif de l'alcool. Dans de nombreux pays en développement, l'urbanisation et l'augmentation du nombre de véhicules motorisés ne s'accompagnent pas d'une infrastructure de transport adéquate, de l'application des règles de circulation routière ni du déploiement de mesures visant à améliorer la sécurité routière. La violence urbaine est principalement imputable à l'exclusion sociale, à la pauvreté, au chômage et à l'insalubrité des logements.

En conséquence, les villes offrent à leurs habitants des opportunités uniques de bénéficier de systèmes éducatifs et de santé et de services sociaux, mais aussi d'optimiser leur santé et leur qualité de vie, alors que, dans le même temps, les risques pour la santé, par exemple les piètres conditions de logement ou l'absence d'accès à de l'eau potable et à l'assainissement, favorisent divers problèmes de santé. Dépassés par le rythme de cette progression, les pouvoirs publics ne peuvent bien souvent pas faire face aux besoins sans cesse croissants d'infrastructure et de services. C'est pourquoi, beaucoup de zones urbaines renferment, simultanément et au sein d'une même ville, le pire et le meilleur pour la santé et le bien-être.



LES DONNÉES
DÉSAGRÉGÉES
MONTRENT OÙ LES
POPULATIONS
DÉLAISSÉES ONT
BESOIN DE LA PLUS
GRANDE ATTENTION

OMS/Anna Kari

Donner à voir la face cachée des villes

S'il est généralement admis que les citadins sont, en moyenne, en meilleure santé que les habitants des campagnes, on ne sait pas grand-chose des disparités en santé qui existent au sein des villes. Bien souvent, la croissance démographique y est si rapide que les urbanistes municipaux ne disposent même pas d'informations de base, comme le nombre de personnes qui résident dans leur ville ou encore le lieu exact où elles habitent. Les informations sanitaires disponibles sont généralement agrégées, ce qui donne des moyennes sur l'ensemble des populations urbaines (riches et pauvres, jeunes et personnes âgées, hommes et femmes, migrants et résidents de longue durée) ; elles ne sont pas désagrégées par revenu, par quartier ni par toute autre caractéristique démographique. En conséquence, les différents univers dans lesquels vivent les citadins restent dans l'ombre, et les grands problèmes de santé des plus défavorisés sont méconnus.

En particulier, le sort des citadins pauvres semble généralement n'intéresser personne, parce que les autorités en charge de la santé publique ne collectent pas d'informations dans les établissements informels ou illégaux, et qu'elles ne tiennent pas compte des sans-abris. C'est un point capital puisqu'on estime à 828 millions le nombre de personnes vivant dans des taudis, soit environ un tiers de la population des villes dans le monde. L'immense majorité des bidonvilles (plus de 90 %) est située dans des villes de pays en développement. Ce sont souvent les villes affichant la croissance démographique la plus rapide qui présentent la plus forte concentration de ces établissements informels.

METTRE EN ÉVIDENCE LES INÉGALITÉS DANS TOUTES LES VILLES

Pour comprendre la santé en milieu urbain, il faut tout d'abord savoir quels citadins sont concernés par quels problèmes de santé, et pourquoi. À cette fin, il convient de disposer d'informations désagrégées en fonction de caractéristiques propres aux citadins, comme leur situation socio-économique ou leur lieu de résidence. En mettant ainsi en lumière ces informations, on pourra mieux déterminer quels sont les problèmes, où ils se situent et quelle est la meilleure manière d'y remédier.

Les données désagrégées font invariablement apparaître des **inégalités en santé**, qui sont systématiques,



OWS/Anna Kari

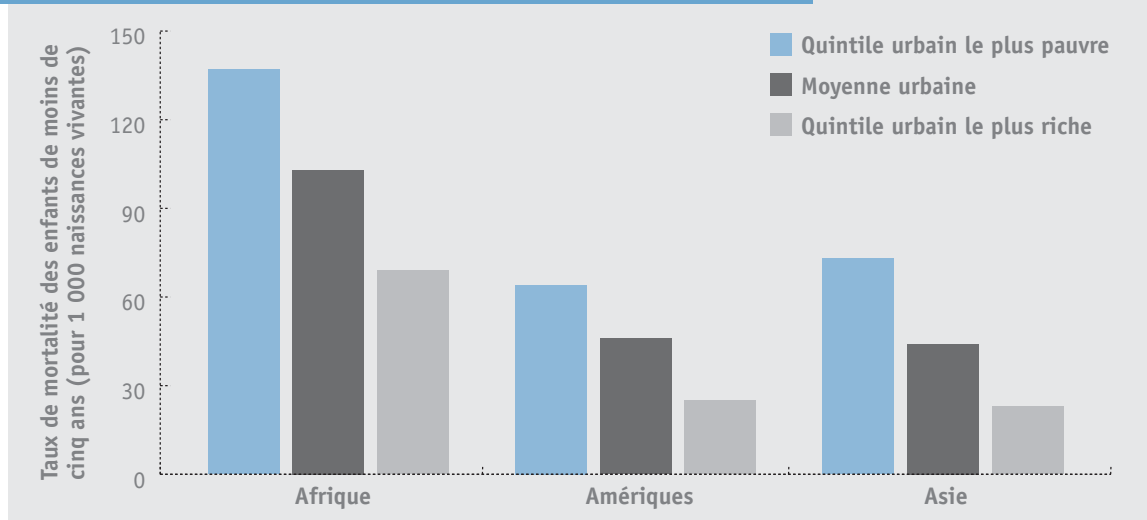
LES MOYENNES URBAINES NE MONTRENT PAS LE TABLEAU DANS SON ENTIER. SI NOUS VOULONS QUE LA VIE DE L'ENSEMBLE DES CITADINS SOIT AMÉLIORÉE, NOUS NE POUVONS PLUS NOUS PERMETTRE DE CONTINUER À REGARDER LES VILLES DE LA MÊME MANIÈRE

produites par la société (et donc modifiables) et injustes. Les inégalités en santé sont le résultat des conditions dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, des systèmes de santé auxquels ils peuvent recourir, ceux-ci étant, à leur tour, façonnés par des forces plus globales, à savoir politiques, sociales et économiques. Leur distribution n'est pas aléatoire, mais se conforme plutôt à un schéma constant sur l'ensemble de la population, souvent fonction de la situation socio-économique ou géographique. Il semble que ce problème d'équité en santé n'épargne aucune ville, grande ou petite, riche ou pauvre, à l'Est ou à l'Ouest, au Nord ou au Sud.

Les exemples décrits dans le présent rapport montrent que les citadins pauvres sont plus particulièrement touchés par une large palette de maladies ou de problèmes de santé. Les familles au revenu le plus faible sont celles qui ont le plus grand risque de rencontrer des difficultés de santé, avec notamment un fort taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (figure S2). Elles accèdent moins facilement aux services de santé, tels que la possibilité d'accoucher avec l'assistance de personnel de santé qualifié, et sont également désavantagées sur le plan des conditions de vie, par exemple pour l'accès à l'eau courante. Point important, ces inégalités suivent un gradient social, affectant donc aussi les classes moyennes au moins dans une certaine mesure. Les causes sous-jacentes de ces inégalités en santé sont avant tout de nature sociale : patrimoine du

FIGURE S2

TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR RÉGION, DANS 42 PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE



Note : Ces résultats correspondent aux moyennes des pays pour lesquels les enquêtes démographiques et sanitaires présentent des données relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans en ville (Afrique = 25 pays, Amériques = 7 pays, Asie = 10 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble.

Source : Calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires, 2000-2007.

ménage, niveau d'instruction et lieu de résidence, facteurs qui pèsent davantage que les attributs prédéterminés comme l'âge et le sexe.

Causes de désavantages et maladies se concentrent également dans certains quartiers, et la probabilité pour les citoyens d'être en bonne santé dépend largement de leur « localisation » dans la ville. Ainsi, à New York, aux États-Unis d'Amérique, les personnes en mauvaise santé habitent surtout dans certains quartiers, et les habitants les plus pauvres sur le plan économique sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés. En 2001, l'espérance de vie dans les quartiers les plus démunis de New York était inférieure de huit années à celle observée dans ses quartiers les plus riches.

Outre la situation socio-économique et le quartier, la mauvaise santé de certains citoyens s'explique par la marginalisation et la discrimination sociales dont ils font l'objet pour certains aspects de leur identité qu'ils ne peuvent pas changer (âge, sexe ou handicap, notamment). Par exemple, dans les villes, les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. Les résultats présentés dans *La Face cachée des villes* montrent que la prévalence du VIH chez les femmes qui vivent en ville est 1,5 fois supérieure à celle observée chez les hommes vivant en zone urbaine, et 1,8 fois supérieure à celle relevée chez les femmes en zone rurale.

LES INÉGALITÉS EN SANTÉ TOUCHENT TOUT LE MONDE

Au bout du compte, les inégalités en santé en milieu urbain sont préjudiciables à tous les citoyens, qu'elles touchent notamment par le biais des flambées de maladies, des troubles sociaux, de la criminalité et de la violence. Ces menaces peuvent se propager facilement au-delà des limites d'un quartier ou d'un district, mettant en danger l'ensemble des citoyens et ternissant la réputation d'une ville.

Les inégalités en santé en milieu urbain menacent également la réalisation, d'ici 2015, de plusieurs cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liées à la santé. Ainsi, s'ils continuent d'avancer au rythme actuel, plus de 80 % des pays à revenu faible ou intermédiaire examinés ici n'accompliront pas les progrès nécessaires pour atteindre plusieurs OMD, comme en témoignent les indicateurs concernant le retard de croissance des enfants et la mortalité des enfants observés dans leurs populations urbaines pauvres. Cet échec compromettra la capacité de ces pays à atteindre les cibles nationales et empêchera la vision formulée par la communauté internationale, à savoir la santé et le développement pour tous, de se concrétiser.

Vaincre les inégalités en santé

Parce que les inégalités en santé existent partout, tous les responsables locaux et nationaux doivent se demander comment y remédier. Les autorités locales sont dans une position idéale pour coordonner les efforts, mais elles doivent le faire de façon à ce que tous les autres échelons de gouvernement et les populations participent. Elles doivent comprendre la nature et l'ampleur des inégalités en matière de santé au sein de leurs villes, sélectionner les interventions prioritaires, puis les surveiller et en évaluer les effets au fil du temps.

DÉSAGRÉGÉR LES DONNÉES POUR RÉVÉLER LA RÉALITÉ

Il faut, pour commencer, disposer d'une image précise des problèmes de santé et de leurs déterminants à l'intérieur de la ville. Il convient pour ce faire de recourir à des données désagrégées. En fonction du contexte, elles peuvent l'être suivant une distinction hommes/femmes, par tranche d'âge, selon les zones géographiques ou les quartiers de la ville, ou par catégorie socio-économique. Une fois les informations rassemblées, on peut les agencer de façon à identifier les sous-groupes de population et les problèmes de santé responsables des inégalités en santé les plus marquées en milieu urbain. Ces données désagrégées permettent également d'observer l'évolution de ces problèmes sur la durée ou de procéder

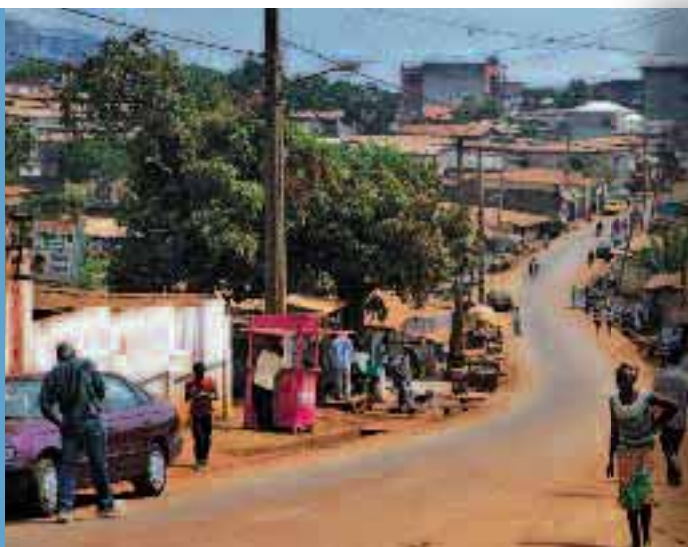
à des comparaisons entre villes. Elles peuvent provenir de sources locales aussi bien que nationales, mais, dans tous les cas, elles doivent présenter un haut niveau de fiabilité, de transparence et d'exhaustivité.

Forts de ces informations, de multiples secteurs peuvent agir de manière coordonnée sur le réseau complexe de déterminants de la santé pertinents. Les interventions porteront sur des domaines différents selon la nature des inégalités en santé et le mode d'organisation des pouvoirs publics, mais, classiquement, elles requièrent la participation de représentants de plusieurs départements de l'administration municipale, de ministères nationaux, de la société civile et du secteur privé. Des partenariats verticaux, entre autorités nationales, régionales et locales, doivent être complétés par des partenariats horizontaux entre les parties prenantes au sein des villes. Les autorités locales sont souvent bien placées pour mener le processus, mais il est crucial que politiques nationales et mise en œuvre locale concordent.

Outre les partenariats intersectoriels, une action efficace contre les inégalités en santé suppose plusieurs conditions préalables : l'engagement politique d'un vaste éventail de responsables locaux, une vision commune soutenue par toutes les parties prenantes, des mécanismes institutionnels qui renforceront la communication et la collaboration intersectorielles existantes, ainsi que des interactions avec d'autres acteurs, dans le pays ou en dehors, susceptibles d'appuyer les efforts grâce à leur expertise et à leur expérience du terrain. Chacun de ces acteurs est essentiel à la réduction durable des inégalités en santé.

ENGAGEMENT DE LA SPHÈRE POLITIQUE, VISION PARTAGÉE, PARTENARIATS ENTRE LES SECTEURS ET PARTICIPATION DE LA POPULATION LOCALE SONT INDISPENSABLES À UNE ACTION EFFICACE CONTRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

OMS/Anna Kari



DES DONNÉES FACTUELLES POUR AGIR

Il convient de prendre en compte divers facteurs lorsque l'on veut hiérarchiser et déployer des interventions spécifiques. Si des décisions peuvent être prises à partir de l'examen de profils des inégalités en santé, les interventions retenues doivent être réalisables, durables et fondées sur des données factuelles. Au lieu de ne s'appuyer sur aucune donnée factuelle pour prendre les décisions, mieux vaut recourir aux « meilleures données factuelles disponibles ». Avec cette solution, on utilise les données factuelles dont on dispose même si elles n'ont pas été produites suivant un protocole d'étude rigoureux. Le choix des interventions repose aussi sur d'autres considérations, notamment les capacités locales de mise en œuvre, l'impact probable, l'acceptabilité et l'appui politique.

Il importe en outre de tenir compte de la population cible. Il existe trois grandes approches : a) cibler les catégories de population ou les classes sociales défavorisées, b) réduire les disparités en santé, ce qui revient à se concentrer uniquement sur les citadins les mieux lotis et sur les plus défavorisés, c'est-à-dire sur les extrêmes de l'échelle sociale, et c) réduire les inégalités en santé dans l'ensemble de la population citadine, y compris au sein des classes moyennes.

Beaucoup sont d'avis que le meilleur moyen de parvenir à l'équité en santé réside dans la troisième approche, à savoir la réduction des inégalités dans l'ensemble de la population citadine. Néanmoins, la prudence est de

mise, car certaines interventions ayant une influence positive sur la santé de la population en général pourraient ne pas atteindre les catégories vulnérables, ce qui risquerait d'accentuer les inégalités. Il est indispensable de procéder à une analyse minutieuse pour déterminer si les interventions prioritaires doivent être conçues de façon à toucher uniquement les groupes de population désavantagés ou bien les habitants des villes dans leur ensemble. Quoi qu'il en soit, la solution retenue doit toujours viser la réduction des inégalités en santé au sein de la ville.

INTERVENTIONS ET OUTILS

Les domaines d'intervention spécifiques couvrent à la fois l'environnement naturel et bâti, l'environnement économique et social, la sécurité et la qualité des aliments, ainsi que les services et la gestion des urgences sanitaires. *La Face cachée des villes* propose des exemples pour chacun de ces domaines. Même si l'action initiale peut se cantonner à tel ou tel domaine, il est crucial que gouvernants et décideurs n'oublient jamais leur vision commune globale.

Après la mise en œuvre, il est nécessaire de procéder à un suivi et à une évaluation précis afin de savoir si les activités en rapport avec l'intervention ont été menées dans les délais requis, si l'on a pu disposer de tous les éléments nécessaires pour aboutir aux effets désirés, si les cibles ont été atteintes et si les résultats visés ont été obtenus. Un mécanisme de partage des résultats qui



IL EST INDISPENSABLE DE PROCÉDER À UNE ANALYSE MINUTIEUSE POUR DÉTERMINER SI LES INTERVENTIONS PRIORITAIRES DOIVENT ÊTRE CONÇUES DE FAÇON À TOUCHER UNIQUEMENT LES GROUPES DE POPULATION DÉSAVANTAGÉS OU BIEN LES HABITANTS DES VILLES DANS LEUR ENSEMBLE

UN Photo/Jawad Jalali

associe les partenaires de tous les secteurs et la population permet de renforcer la collaboration et de rester focalisé sur les résultats souhaités en termes d'équité. Il convient de communiquer les résultats disponibles et ceux qui se font jour d'une manière qui soit compréhensible et utile pour les utilisateurs finals.

Différents outils peuvent aider les pouvoirs publics et les responsables locaux dans ces processus. Simple d'utilisation et convivial, le nouvel outil de l'OMS dénommé Urban HEART (outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain) peut être utilisé par un large éventail de personnes en vue d'évaluer les inégalités dans le domaine de la santé et d'y remédier. Il milite pour l'utilisation des données déjà disponibles, qui sont ensuite désagrégées en fonction des catégories socio-économiques et des zones géographiques ou des quartiers. Urban HEART se penche sur les déterminants de la santé et leurs interactions dans de multiples domaines de la vie urbaine, et il encourage les réactions et les interventions qui seront tenables sur le long terme. Le logiciel UrbanInfo, d'ONU-Habitat, permet aux utilisateurs de stocker, d'analyser et de communiquer des résultats relatifs à toute une gamme d'indicateurs urbains, définis aussi bien à l'échelle mondiale que par l'utilisateur. Il permet aussi d'élaborer des tableaux, graphiques et cartes dans diverses langues, avec des intitulés, des logos et des illustrations personnalisés. *La Face cachée des villes* recense encore d'autres outils et ressources.

Conclusion

Le nombre de personnes qui vivent en zone urbaine ne cesse de croître. Au milieu du XXI^e siècle, la population des villes aura quasiment doublé, passant d'environ 3,4 milliards d'habitants en 2009 à 6,4 milliards en 2050. Sur la même période, la population rurale va, à l'inverse, décliner partout dans le monde. La quasi-totalité de la croissance démographique urbaine aura lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Certaines des villes à la croissance la plus rapide verront leur population doubler dans les sept prochaines années.

Globalement, l'urbanisation offre aux pays opportunités, prospérité et santé, mais, parallèlement, elle est source de disparités importantes et injustes dans l'état de santé des habitants des villes. Ces inégalités urbaines ne sont, pour l'essentiel, pas immédiatement visibles. Pourtant, aux quatre coins du monde, certains citoyens sont plus particulièrement affectés que d'autres par un mauvais état de santé, car ils pâtissent d'inégalités imputables à des disparités sociales et de conditions de vie. La triple

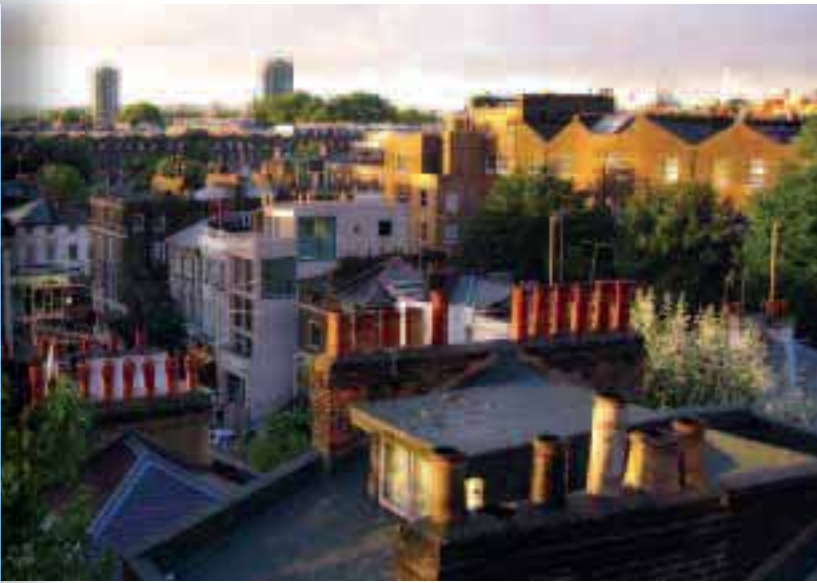
menace que constituent les maladies infectieuses, les maladies et affections non transmissibles, ainsi que les traumatismes (notamment dus aux accidents de la route) et la violence, résulte d'une interaction complexe entre différents déterminants, dont des conditions de vie insalubres et des infrastructures et des services insuffisants. Au rythme actuel, les avancées dans les interventions ciblant les citoyens pauvres ont peu de chances de permettre aux pays d'atteindre la plupart des cibles des OMD en relation avec la santé.

Les pouvoirs publics et les responsables locaux désireux de réduire les inégalités en santé doivent tout d'abord comprendre quels sont les citoyens touchés par des problèmes de santé, et pourquoi. Les données désagrégées sont essentielles dans cette optique. Des outils comme Urban HEART et UrbanInfo peuvent aider à rassembler les données factuelles à partir desquelles agir.

Une fois que la nature et l'ampleur des inégalités en santé seront comprises, il sera possible de prendre des mesures dans plusieurs domaines. Différentes options seront alors envisageables : améliorer l'environnement naturel et bâti, l'environnement social et économique, la sécurité et la qualité des aliments, ainsi que les services et la gestion des urgences sanitaires. Les priorités ne seront pas les mêmes d'une ville à l'autre, mais en tout état de cause, les interventions retenues devront être réalisables, durables et fondées sur des données factuelles.

Quel avenir attend notre monde urbain, et les villes qui le constituent ? Les tendances passées peuvent nous livrer quelques indices utiles, mais il reste difficile de prévoir l'impact de certains facteurs majeurs, qui façonneront le visage de nos villes : migrations, changements climatiques, mais aussi accès à l'information, technologie et mondialisation des marchés. Sans une planification ou une gouvernance adéquates, les villes auront de plus en plus de mal à proposer des terrains à un prix abordables, des logements décents et des services publics et de transport adéquats. Dans ce scénario, le sort des habitants des taudis n'intéressera toujours personne, et les disparités au sein des villes ne cesseront de s'accroître.

Dans le même temps, les villes offrent des opportunités substantielles pour demain. Les plus prospères seront celles qui auront su définir une vision durable et globale, et créer de nouvelles institutions, ou renforcer celles en place, afin de donner corps à cette vision. Pour ce faire, elles devront rechercher de nouveaux modes de coopération étroite avec les autorités régionales et centrales, ainsi qu'avec d'autres acteurs, tels que le secteur privé,



SI RIEN N'EST
ENCORE JOUÉ,
L'AVENIR RENFERME
À LA FOIS UN RISQUE
ET UNE PROMESSE

Rajja Ylonen/SXC.hu

tout en veillant à une distribution équitable des opportunités et à la pérennité du développement.

Si rien n'est encore joué, l'avenir renferme à la fois un risque et une promesse.

Le risque, si nous n'agissons pas, est de voir les inégalités se répandre encore parmi les citoyens, avec davantage de souffrances découlant de maladies et autres problèmes de santé, alors qu'elles étaient évitables. Ces souffrances empêcheront les pays d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et de réaliser pleinement leur potentiel économique et humain. De l'autre côté, il y a la promesse de villes saines pour tout le monde. L'équité en santé est avant tout une affaire de justice sociale, et un indicateur de la capacité des villes à offrir à leurs habitants les conditions nécessaires à leur santé et à

leur bien-être, et de les aider à concrétiser leurs aspirations et leurs talents.

Cette promesse pourra devenir réalité à partir du moment où nous réorienterons nos approches traditionnelles. Cela suppose de reconnecter le secteur public de la santé et l'urbanisme au sein d'un cadre de gouvernance urbaine à plusieurs niveaux. *La Face cachée des villes* montre quel rôle majeur peuvent endosser les responsables municipaux et les autorités locales pour combiner les talents et les pouvoirs de tous les secteurs en un effort coordonné de lutte contre les inégalités urbaines.

Il ne tient qu'à nous que se concrétise soit ce risque soit cette promesse. Il est de notre responsabilité collective de veiller à ce que les villes soient des lieux de vie sains pour tout un chacun, aujourd'hui et demain. Nous devons tous agir pour que cela devienne réalité.

**PARTIE
UN**

**L'AUBE D'UN
MONDE URBAIN**

INTRODUCTION À LA PARTIE UN

En 1990, moins de 4 habitants de la planète sur 10 étaient des citadins. En 2010, plus de la moitié de la population vit dans des villes, et d'ici 2050, cette proportion sera passée à 7 sur 10. La majeure partie de cette croissance explosive a lieu dans les pays en développement, où les municipalités et autres autorités sont souvent débordées par cette poussée démographique et se débattent pour y faire face.

Dans le monde entier, les villes modernes sont les centres de l'activité économique. Leurs gratte-ciel et leurs marchés animés témoignent de leur rôle moteur pour le développement. Globalement, l'urbanisation est source d'opportunités, de prospérité et de santé pour les pays.

Dans le même temps, les villes modernes regorgent de zones d'ombre. Au-delà des gratte-ciel, derrière les marchés animés, personne ne voit comment vivent vraiment les citadins. C'est particulièrement vrai de ceux qui vivent dans des bidonvilles ou dans des habitats informels, et qui sont souvent exclus des estimations du développement économique et de la santé en milieu urbain. Si l'on se fie aux moyennes calculées pour les villes, au lieu d'examiner les différences entre les quartiers et les sous-catégories de population urbaine, on ne fait que masquer davantage les inégalités qui règnent au sein des villes.

Les dernières sections de ce rapport exposeront au grand jour cette face cachée des villes. La Partie Un fait le point sur l'état des connaissances sur ce sujet. Le monde est urbanisé et va le devenir plus encore. L'augmentation rapide des populations citadines va compter parmi les principaux problèmes de santé mondiaux du XXI^e siècle. Les villes offrent à leurs résidents des opportunités uniques de s'instruire, de bénéficier de services sanitaires et sociaux et d'optimiser leur santé et leur qualité de vie. Dans le même temps, les risques pour la santé, tels que de mauvaises conditions de logement, l'absence d'accès à l'eau potable et à l'assainissement et les récessions économiques, favorisent une multitude de problèmes de santé. De plus, si rien n'est fait pour y remédier, le changement climatique va multiplier les risques planant sur la santé des citadins en raison des vagues de chaleur, des tempêtes et des altérations du climat qu'il provoque. Pendant ce temps, pris de court par la rapidité de l'essor démographique, les services de santé de nombreux environnements urbains sont mal équipés pour gérer les menaces actuelles sur la santé publique et pour parer à celles qui se préparent.

Chapitre 1. L'essor des villes modernes

Chapitre 2. La santé en milieu urbain

PRINCIPAUX MESSAGES DE LA PARTIE UN :

- Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la majorité de la population mondiale vit dans des zones urbaines, et cette proportion ne cesse de croître.
- Les villes concentrent les opportunités, les emplois et les services, mais également les risques et les dangers pour la santé.
- L'expansion rapide de la population citadine comptera parmi les principaux problèmes de santé mondiaux du XXI^e siècle.
- Débordés par le rythme de la croissance urbaine, les pouvoirs publics n'ont pas la capacité de construire l'infrastructure de base, si bien qu'un citadin sur trois vit dans un taudis ou dans un établissement informel.



CHAPITRE 1

L'ESSOR DES VILLES MODERNES

William Picard/SXC.hu

Le présent chapitre étudie les tendances et les projections de l'augmentation rapide de la population citadine dans le monde entier, ainsi que certaines des conséquences de ce phénomène.

Démographie et tendances de l'urbanisation

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la majorité de la population mondiale vit dans des zones urbaines, et cette proportion ne cesse de croître. Ce n'est qu'il y a quelques années que la population mondiale urbaine a dépassé la population rurale. Il y a cent ans, seules 2 personnes sur 10 vivaient en ville. En 2030, cette proportion s'établira à 6 sur 10, avant de passer à 7 sur 10 d'ici 2050. Selon les projections, la quasi-intégralité de la croissance démographique des trente prochaines années aura lieu dans les zones urbaines. Chaque année, la population urbaine s'accroît de près de 60 millions de personnes¹.

À mesure que les êtres humains évoluent, leur environnement de vie et de travail évolue aussi. Contrairement aux environnements ruraux agraires, les villes se caractérisent par une production de masse, des entreprises de services et des marchés. Leur échelle, leur densité, ainsi que la diversité de leurs catégories sociales, culturelles et ethniques les démarquent des zones rurales. Mais les aspects visibles de cet environnement de vie et de travail ne sont pas les seuls à changer. Leurs qualités intangibles, tels que les actifs intellectuels, la créativité, l'animation et l'identité commune, évoluent également. De manière générale, les citadins ont davantage de choix et d'opportunités que leurs ancêtres n'en ont jamais eus.

EXPLIQUER L'URBANISATION

Le terme urbanisation désigne l'augmentation générale de la proportion de la population vivant en zone urbaine, de même que le processus par lequel un grand nombre de personnes se concentrent de manière permanente dans des zones relativement restreintes, formant des villes². Si la définition précise de « urbain » diffère d'un pays à l'autre, dans toutes les régions, l'urbanisation se caractérise par un basculement démographique des zones rurales vers les villes, par une croissance de la population urbaine et par une évolution globale de l'économie, qui se détourne de l'agriculture pour s'orienter vers l'industrie, la technologie et les services.

TENDANCES ET PROJECTIONS MONDIALES

L'urbanisation s'est accélérée lorsque la mondialisation a diffusé l'industrie et la technologie jusqu'aux confins de la planète. Par exemple, s'il a fallu à Londres près de 130 ans pour passer de 1 à 8 millions d'habitants, Bangkok a fait ce bond en 45 ans, et Séoul en 25 ans seulement³. À l'échelle planétaire, la croissance urbaine a atteint son point culminant pendant les années 1950, avec un rythme de progression démographique de plus de 3% par an⁴.

Au milieu du XXI^e siècle, la population urbaine aura presque doublé, et sera passée d'environ 3,4 milliards d'habitants en 2009 à 6,4 milliards en 2050. En revanche, les populations rurales marqueront un déclin dans le monde entier sur cette même période.

Malgré cet essor spectaculaire du nombre total des citadins, le rythme global de l'urbanisation ne s'accélère pas. À l'échelle mondiale, on table sur une croissance de la population urbaine avoisinant les 1,5 % par an entre 2025 et 2030⁵.

Avec l'urbanisation de la planète, les êtres humains continueront de vivre dans des villes de toutes tailles, et dont la répartition selon la taille suivra le même schéma qu'aujourd'hui⁶. À l'heure actuelle, près de la moitié des citadins vivent dans des villes de 100 000 à 500 000 habitants, tandis que moins de 10 % d'entre eux résident dans des méga-villes (définies par ONU-Habitat comme des villes comptant plus de 10 millions d'habitants)¹. Toutefois, en bien des endroits, les villes fusionneront pour créer des établissements urbains d'une échelle inédite. Ces nouvelles configurations prendront la forme de méga-régions, de couloirs urbains et de villes-régions, donnant ainsi naissance à un nouveau paysage et à une nouvelle hiérarchie urbaine.

Aujourd'hui, les méga-régions regroupent davantage de population que les méga-villes. Ces méga-régions sont des unités économiques naturelles qui résultent de la croissance, de la convergence et de l'étalement territorial de zones métropolitaines et d'autres agglomérations géographiquement liées⁷. Elles grossissent nettement plus vite que la population totale des pays dans lesquels elles sont situées⁸. En Chine, la population de la méga-région de Hong Kong-Shenzhen-Guangzhou, par exemple, compte environ 120 millions de personnes, et on estime qu'au Japon, la conurbation de Tokyo-Nagoya-Osaka-Kyoto-Kobe totalisera 60 millions d'habitants en 2015^{1,9}.

Dans les couloirs urbains, des centres-villes de différentes tailles sont reliés le long des axes de transport. En Afrique, le couloir urbain Ibadan-Lagos-Accra, qui s'étend sur environ 600 km et traverse quatre pays, constitue le moteur de l'économie régionale de l'Afrique de l'Ouest¹⁰. En Inde, le couloir qui est en train de se développer entre Mumbai et Delhi couvrira plus de 1 500 km du port de Jawaharlal Nehru (Navi Mumbai) à Dadri puis à Tughlakabad (Delhi)¹¹. Les couloirs urbains changent la fonctionnalité des petites et des grandes villes, voire des métropoles, et accélèrent la croissance du commerce et le développement de l'immobilier, renchérissant le prix des terrains situés le long de leurs zones de développement, qui se déroulent comme un ruban.

À un autre niveau, des villes-régions se développent car les grandes villes débordent de leurs frontières administratives et absorbent des localités plus petites, les zones semi-urbaines et rurales avoisinantes, et fusionnent parfois avec d'autres villes de taille intermédiaire. De nombreuses villes-régions ont enregistré une croissance énorme sur les 20 à 30 dernières années. Ainsi, en Thaïlande, la grande région de Bangkok devrait s'étendre sur 200 km de plus à partir de son centre actuel d'ici 2020, et sa population dépassera largement les 17 millions d'habitants qu'elle compte aujourd'hui. Au Brésil, la métropole de São Paulo couvre déjà plus de 8 000 km², avec une population de 16,4 millions d'habitants⁶. En Afrique du Sud, la ville-région du Cap s'étend jusqu'à 100 km si l'on compte la distance que les habitants doivent parcourir chaque jour pour se rendre à leur travail¹².

La périurbanisation, encore appelée étalement urbain, est également en train de gagner du terrain dans le monde entier. Elle se caractérise par une population qui est largement dispersée dans des zones résidentielles à faible densité, par une séparation des zones commerciales et résidentielles, par un réseau de routes formées de longs tronçons et difficilement accessibles, ainsi que par l'absence d'un centre d'activité animé et bien défini, analogue à ceux des centres-villes. De plus, l'étalement urbain s'accompagne souvent d'une dépendance excessive vis-à-vis du transport motorisé, les autres solutions de transport faisant défaut, ainsi que d'espaces peu accueillants pour les piétons. Dans la plupart des cas, l'étalement urbain renchérit le coût de l'infrastructure publique. Les zones métropolitaines étalées consomment beaucoup plus d'énergie que les villes compactes et nécessitent davantage de matériaux tels que le métal, le béton et l'asphalte car les habitations, les bureaux et les services publics sont plus éloignés¹³.

LA CROISSANCE URBAINE N'EST PAS UNIFORME

Les tendances de l'urbanisation varient suivant les régions du globe. Certaines villes et régions connaissent une croissance rapide, tandis que d'autres voient leur population décliner. À l'heure actuelle, l'Afrique et l'Asie sont les régions les moins urbanisées, puisque respectivement 40 et 42 % de leur population vivent dans des zones urbaines. Pourtant, d'ici 2050, leur population citadine ressortira à 62 % en Afrique et à 65 % en Asie⁵. Pendant ce temps, en Europe, plus de la moitié de toutes les villes devraient enregistrer une diminution de leur population au cours des 20 prochaines années.

La quasi-totalité de la croissance de la population urbaine au cours des 30 prochaines années aura lieu dans les villes des pays en développement. Entre 1995 et 2005, la population urbaine des pays en développement a augmenté en moyenne de 1,2 million de personnes par semaine, soit environ 165 000 personnes par jour¹⁴. On estime qu'au milieu du XXI^e siècle, la population urbaine de ces pays aura plus que doublé, passant de 2,5 milliards en 2009 à près de 5,2 milliards en 2050⁵. Néanmoins, en moyenne, le taux de croissance de la population urbaine ralentit dans les pays en développement : d'un rythme annuel d'environ 4 % entre 1950 et 1975, on projette qu'il s'établira à 1,55 % par an entre 2025 et 2050⁵.

En revanche, dans le monde développé, la population urbaine totale devrait rester largement inchangée sur les deux prochaines décennies, passant de 920 millions de personnes en 2009 à un peu plus de 1 milliard en 2025⁵. L'immigration, légale et clandestine, représentera plus des deux tiers de cette progression dans les pays à revenu élevé. Sans l'immigration, la population citadine de ces pays stagnerait, voire reculerait probablement dans les prochaines décennies.

Dans les pays en développement, la croissance urbaine est loin d'être uniforme, et ces disparités ne feront que s'accroître à l'avenir. Si l'on table sur des taux de croissance élevés dans environ la moitié des zones urbaines au cours des 20 prochaines années, 16 % des zones urbaines enregistreront un ralentissement de leur taux de croissance, et 11 % assisteront même à un recul de leur population, et, très probablement, de leur économie¹⁵.

Des villes telles que Phnom Penh (Cambodge), Tijuana (Mexique), Marrakech (Maroc) et Lagos (Nigeria) devraient continuer de croître à un rythme annuel situé autour de 4 %, doublant ainsi leur population sur les

17 prochaines années. Certaines villes de Chine, telles que Shenzhen et Xiamen, afficheront, elles, des taux de croissance annuels supérieurs à 10 %, et multiplieront leur population par deux environ tous les sept ans¹⁵.

Pendant ce temps, d'autres villes situées dans des pays en développement devraient voir leur population décliner. Il s'agit de La Paz (État plurinational de Bolivie), de Belo Horizonte (Brésil), de Dengzhou (Chine), de Madurai (Inde), de Bandung (Indonésie), de San Luis Potosi (Mexique), de Rabat (Maroc) et de Manille (Philippines). Dans ces villes, les habitants partiront et laisseront derrière eux des maisons inoccupées, des commerces vacants, des infrastructures inutilisées et des quartiers à l'abandon^{16,17}.

L'aménagement du territoire des villes et des régions devra passer par des méthodes et des techniques nouvelles, qui permettront de réagir au développement urbain, à l'expansion et aux impératifs de la gestion de la croissance, mais aussi au déclin démographique ou à l'émigration. Il conviendra alors d'associer une planification intelligente de la croissance à une planification intelligente de la contraction si l'on veut favoriser un développement urbain et régional plus durable et équilibré.

Les bienfaits de l'urbanisation

Pour les riches comme pour les pauvres, et dans les pays développés comme en développement, les villes offrent à leurs résidents des opportunités uniques d'améliorer leur revenu, de se mobiliser autour d'une action politique, de s'instruire et de bénéficier de services sanitaires et sociaux. La densité des environnements urbains se prête à la construction de logements, de réseaux de transport et autres infrastructures physiques plus efficaces et respectueux de l'environnement.

Par ailleurs, l'urbanisation est liée au développement économique. La plupart des pays urbanisés affichent des revenus supérieurs, des économies plus stables et des institutions plus solides, et sont mieux parés pour faire face aux chocs et à la volatilité de l'économie mondiale. Inversement, la plupart de pays enregistrant un revenu par habitant élevé comptent parmi les plus urbanisés, tandis que la plupart de pays à faible revenu par habitant se classent parmi les moins urbanisés. Dans les pays développés et en développement, les villes génèrent une part

non négligeable du produit intérieur et de la richesse nationale, et créent des opportunités de développement, des emplois et des investissements. Dans les années à venir, les villes devraient occuper une plus grande place en tant que moteurs de la croissance et du développement national, surtout si elles font partie des agglomérations urbaines telles que les méga-régions ou les couloirs urbains. À l'avenir, développement régional et développement urbain seront plus étroitement liés, si bien que les villes prospères seront situées dans les régions prospères.

L'urbanisation n'est pas seulement bénéfique au développement économique, elle peut aussi avoir des conséquences favorables sur le plan social et sanitaire. Les populations urbaines sont généralement mieux loties que les habitants des zones rurales : elles ont plus facilement accès aux services sociaux et sanitaires, et bénéficient d'un meilleur taux d'alphabétisation ainsi que d'une espérance de vie plus longue¹⁸.

Dans le monde entier, de nombreuses villes capitalisent sur les opportunités offertes par l'urbanisation pour se doter d'un environnement plus propice à la santé. Dans toutes les régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des réseaux villes-santé sont organisés. Lancés par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS en 1986, ces réseaux rassemblent aujourd'hui des milliers de villes, de métropoles et de régions dans des dizaines de pays du monde entier¹⁹. Certains de ces réseaux sont propres à un pays, et d'autres sont régionaux. Généralement, chaque réseau élabore sa propre méthode, en fonction des besoins et des préoccupations locaux (encadré 1.1), mais tous partagent un même principe : la ville constitue un cadre essentiel pour la promotion de la santé, un lieu où l'environnement favorise la santé, où les autorités municipales, régionales, provinciales et nationales définissent et mettent en œuvre des mesures favorables à la santé et où les citoyens participent à la création de quartiers et de villes où ils vivront en bonne santé grâce à une meilleure maîtrise de la santé et de ses déterminants

Les défis d'une croissance rapide et anarchique

Malgré les opportunités et les avantages qu'elles offrent, bien des villes génèrent des inégalités, diverses formes d'exclusion et de marginalisation ainsi que de graves problèmes environnementaux.

ENCADRÉ 1.1 LES VILLES-SANTÉ DANS LE MONDE (PAR RÉGION DE L'OMS)

VILLES-SANTÉ EN AFRIQUE.

Introduit en 1999, le réseau villes-santé reste relativement récent en Afrique. Bien que ses activités soient limitées à des projets isolés, il n'en dégage pas moins des résultats encourageants pour le développement à venir du programme. En Afrique, de nombreux projets villes-santé visent à améliorer les conditions de vie et la santé des citoyens pauvres. Ces projets s'occupent en général des besoins urgents de la population, par exemple l'accès à l'eau et à l'assainissement.

VILLES-SANTÉ DANS LES AMÉRIQUES.

Depuis plus de 20 ans, l'OMS fait la promotion de l'initiative Municipalités-santé en Amérique latine. Ce mouvement est né de la nécessité de traiter efficacement les déterminants économiques, sociaux et politiques de la santé. Il doit l'essentiel de son succès au travail en réseau au niveau des régions, ainsi qu'au partage du savoir et de l'expérience entre les communes et les pays.

VILLES-SANTÉ EN ASIE DU SUD-EST.

Le programme villes-santé de l'OMS a été lancé en Asie du Sud-Est en 1994. En 2003, 40 villes de la région y participaient. Le programme villes-santé est désormais relayé par l'initiative environnements-santé (Healthy Settings). Les mesures prises dans tous les contextes sont guidées par une appréciation des interactions complexes entre les établissements humains et la santé.



VILLES-SANTÉ EN EUROPE. Le réseau européen des villes-santé rassemble plus de 1 300 villes dans toute la région, lesquelles ont toutes pris des engagements dans les domaines de la santé et du développement durable. Ces villes sont admises au sein du réseau européen de l'OMS sur la base de critères renouvelés tous les cinq ans. Chaque phase quinquennale s'attache à un ensemble de priorités et est lancée par une déclaration politique énonçant une série d'objectifs stratégiques. La Phase V (2009–2013) a ainsi retenu pour objectif premier la santé et l'équité en santé dans toutes les mesures de la politique locale.

VILLES-SANTÉ EN MÉDITERRANÉE ORIENTALE.

Dans la région de la Méditerranée orientale, des projets villes-santé sont mis en œuvre en Arabie saoudite, à Bahreïn, en Iraq, à Oman, au Pakistan, en République islamique d'Iran, en Somalie, au Soudan et en Tunisie et couvrent une population de près de 13 millions de personnes. Nombre de ces projets

cherchent à améliorer le régime alimentaire des citoyens, ce qui permettra de réduire l'incidence du diabète, de l'hypertension et d'autres affections induites par l'alimentation, comme les maladies cardiovasculaires et le cancer.

VILLES-SANTÉ DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL.

Le programme villes-santé de l'OMS a été adopté dans la région du Pacifique occidental en 1992. Actuellement, quelque 170 villes de cette région sont en train de mettre en œuvre des projets villes-santé. L'OMS apporte ainsi son concours à l'élaboration de 18 projets au Cambodge, en Chine, en Malaisie, en Mongolie, en République de Corée, en République démocratique populaire lao, aux Philippines et au Viet Nam. L'Alliance des villes-santé a été créée en 2003 et regroupe des villes et d'autres organisations attachées à l'initiative villes-santé. Ce réseau, qui comptait 25 villes au départ, en réunit aujourd'hui 120, auxquelles s'ajoutaient en décembre 2008 des organisations de 10 pays.

Kursad Keteci/SXC.hu

Une croissance démographique rapide peut peser sur la capacité de la municipalité à surveiller la qualité de l'air et de l'eau, à fournir des services d'assainissement, à veiller à l'approvisionnement alimentaire et à préserver la salubrité des aliments ainsi que la qualité des soins de santé dispensés par le secteur public comme privé. Les logements insalubres, les problèmes de salubrité des aliments et de l'eau, l'encombrement de la circulation routière, la pollution atmosphérique et la délinquance sont alors monnaie courante.

Bien souvent, la croissance est si rapide que les responsables municipaux de l'urbanisme ignorent même le nombre d'habitants dans leur ville, leur

adresse et le type d'aide dont ils ont besoin. Du fait de cette absence des informations les plus élémentaires, il arrive que les ressources publiques n'atteignent jamais ceux qui en ont le plus besoin.

Une urbanisation rapide et anarchique contribue également à la pauvreté urbaine, laquelle est en train de devenir une caractéristique grave, très répandue et largement ignorée de la vie urbaine. On peut en effet trouver de la pauvreté dans toutes les régions du globe, y compris dans les villes de Suède, du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique²⁰. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les citoyens pauvres vivent surtout dans les bidonvilles très étendus.



ENCADRÉ 1.2 GROS PLAN SUR LES BIDONVILLES DE NAIROBI

Selon JHPIEGO, une organisation non gouvernementale qui travaille dans ce domaine, plusieurs facteurs menacent la santé des populations urbaines vivant dans les bidonvilles de Nairobi.

L'INSUFFISANCE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE L'ACCÈS À CES SERVICES. En général, les habitants des bidonvilles n'ont pas accès aux services de santé. Les prestataires privés qualifiés sont trop onéreux, les prestataires non agréés peuvent être dangereux et les établissements publics sont souvent dans un état de délabrement avancé. De plus, des rumeurs circulent à leur propos et la population s'en méfie. Par ailleurs, à Nairobi, les pauvres sont rarement bien informés des problèmes de santé et ne savent pas où s'adresser pour obtenir des services.

DES MODES DE VIE RISQUÉS ET LE MANQUE DE STABILITÉ DES STRUCTURES SOCIALES. L'accès limité à des aliments et à de l'eau salubres, le manque d'assainissement, l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle et le taux de chômage élevé pèsent sur la santé des habitants des bidonvilles. L'économie monétaire les contraint à un choix difficile, à savoir dépenser le peu d'argent qu'ils ont pour se soigner ou pour satisfaire d'autres besoins essentiels.

L'INSÉCURITÉ ET LA NÉGLIGENCE. Les habitants des bidonvilles vivent dans des logements surpeuplés et mal construits, souvent sur des terrains dont les droits de propriété ne sont pas définis. Le taux de délinquance élevé, associé au mépris dont font preuve à leur égard les autorités locales, entraîne une marginalisation de ces populations, qui se méfient des services formels quels qu'ils soient, y compris des services de santé.

Aujourd'hui, on estime que 828 millions de personnes, soit un tiers de la population urbaine de la planète, vivent dans des taudis. Dans leur grande majorité (plus de 90 %), ces taudis sont situés dans les pays en développement. Ce sont fréquemment les villes enregistrant l'essor le plus rapide qui affichent les plus fortes concentrations de ces établissements informels¹⁴.

Les habitants des taudis souffrent souvent d'une précarité sociale et économique qui se manifeste par diverses formes de carences (matérielles, physiques, sociales et politiques). L'encadré 1.2 décrit à ce sujet les bidonvilles de Nairobi, au Kenya²¹. Ces habitants vivent dans des logements surpeuplés et mal construits, souvent sur des terrains dont les droits de propriété ne sont pas définis. Leur santé est mise à mal par un accès limité à de l'eau et à des aliments salubres, par un assainissement insuffisant, un éclatement des structures familiales traditionnelles, une forte délinquance et un taux de chômage élevé. Ces bidonvilles, dont la population est très concentrée, sont un terreau propice à la propagation des maladies infectieuses (dont la tuberculose, l'hépatite, la dengue, la pneumonie, le choléra et le paludisme). Alors que les besoins sont énormes, les services de santé sont en général difficilement accessibles dans ces zones.

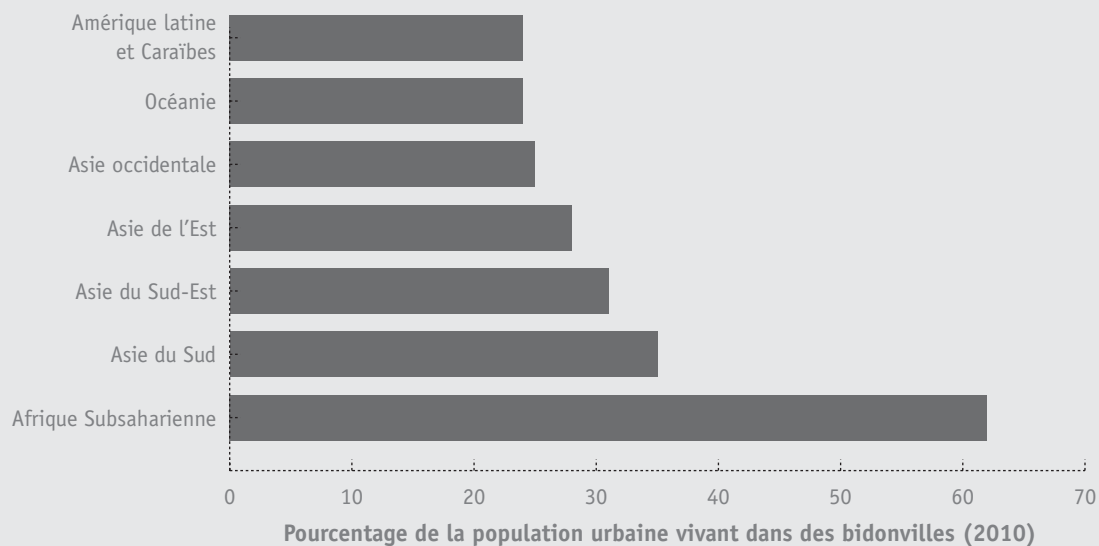
Les bidonvilles ne sont plus simplement des quartiers marginalisés rassemblant une proportion relativement modeste de la population urbaine. Dans de nombreuses villes modernes, il s'agit de la principale catégorie d'établissements humains (figure 1.1), qui grignote chaque jour un peu plus de terrain. Ils deviennent ainsi de plus en plus une catégorie d'établissements humains à part entière, caractéristique de tant de villes dans le monde en développement.

Les villes, surtout lorsqu'elles sont situées dans des régions riches, contribuent de façon significative au changement climatique. Collectivement, les villes représentent 75 % de la consommation mondiale d'énergie et une proportion analogue de la production de l'ensemble des déchets. Selon les dernières estimations en date, les zones urbaines sont directement responsables de plus de 60 % des émissions des gaz à effet de serre²². Ce n'est donc pas une coïncidence si le changement climatique monopolise les débats internationaux précisément au moment où la planète devient majoritairement urbaine.

Ironie du sort, les villes compteront aussi parmi les zones les plus touchées par les effets du changement climatique. Une élévation du niveau de la mer d'à peine 1 mètre ferait planer une menace sur des grandes villes côtières telles que Buenos Aires (Argentine), Rio de Janeiro (Brésil), Shanghai (Chine), le Caire (Égypte), Los Angeles et New York City (États-Unis), Osaka-Kobe et Tokyo (Japon) ainsi que Lagos (Nigeria)²³. L'encadré 1.3 évoque d'autres villes exposées à une montée du niveau de la mer.

Ce sont les populations rurales pauvres, et en particulier les 900 millions d'habitants des bidonvilles, qui souffri-

FIGURE 1.1 DANS QUELLES RÉGIONS TROUVE-T-ON DES BIDONVILLES ?



Source : State of the world's cities 2010/2011 – cities for all : bridging the urban divide. Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat)/Earthscan, 2010 (<http://www.unhabitat.org/pms/listItemDetails.aspx?publicationID=2917>).

ENCADRÉ 1.3 GROS PLAN SUR QUELQUES VILLES EXPOSÉES À UNE ÉLÉVATION DU NIVEAU DE LA MER

Plusieurs villes sont menacées par une montée du niveau de la mer :

COTONOU, BÉNIN. Le plus grand centre urbain du Bénin, qui compte environ 700 000 habitants, est exposé à une élévation du niveau de la mer et aux marées de tempête. La majeure partie de la population de Cotonou vit dans des taudis, ce qui la rend particulièrement vulnérable face à ces changements. Dans cette ville, des plages, des routes et des bâtiments ont déjà été détruits²⁴.

ALEXANDRIE, ÉGYPTE. En Égypte, le long de la côte méditerranéenne, une augmentation de 50 centimètres du niveau de la mer entraînerait plus de 2 millions de personnes à abandonner leur logement. Des sites historiques, culturels et archéologiques mondialement connus seraient également détruits²⁵.

DHAKA, BANGLADESH. Dhaka, la capitale du Bangladesh, compte plus de 13 millions d'habitants. Comme d'autres régions de ce pays, Dhaka court un grand risque d'inondation car

elle est située au croisement de plusieurs bassins fluviaux. Ses zones les plus urbanisées ne se trouvent qu'à 6 à 8 mètres au-dessus du niveau de la mer. Cette ville, qui a déjà à son actif un long historique d'inondations catastrophiques, risque d'être inondée plus fréquemment du fait de la fonte des glaciers et des neiges de l'Himalaya, et d'enregistrer des pluies plus abondantes et concentrées sous l'effet du changement climatique. L'engorgement des sols et des systèmes d'évacuation devrait encore aggraver la situation, ce qui portera atteinte à l'infrastructure, à l'économie et à la santé publique. Les autorités nationales et locales ont pris des mesures visant à gérer les inondations et à remédier à l'engorgement du drainage, tout en améliorant la qualité de l'environnement et en réduisant les émissions de gaz à effet de serre²⁶.

VENISE, ITALIE. Désormais située à moins d'un mètre au-dessus du niveau de l'Adriatique, Venise est exposée à des affaissements de terrain et à une élévation du niveau de la mer sous l'effet du changement climatique. Ces deux facteurs ont contribué à une augmentation relative du niveau de la mer d'environ 25 centimètres au total au XXe siècle (13 centimètres dus aux affaissements de terrain et 12 centimètres résultant d'une véritable montée des eaux). Son patrimoine urbain en a gravement souffert. Les experts estiment que les barrières mobiles installées pour endiguer les inondations ne suffiront pas à protéger la ville face aux nouvelles progressions du niveau de la mer que l'on peut présager du fait du changement climatique²⁷.



OMS/Anna Karit

ront probablement le plus du changement climatique. Ces citoyens vivent dans des sites vulnérables, par exemple au bord de plages risquant d'être submergées ou sur des pentes menacées de glissement de terrain. Ils habitent en outre dans des constructions de mauvaise qualité qui ne résisteraient pas à des événements majeurs tels que des ouragans.

Parallèlement, les villes peuvent jouer un rôle significatif dans la réduction des émissions de gaz à effet de serre et du changement climatique. Les centres urbains peuvent dégager une meilleure efficacité énergétique que les zones rurales s'ils capitalisent sur leur densité de population pour créer des logements, des réseaux de transport et d'autres infrastructures physiques affichant une bonne efficacité énergétique. L'annexe C du présent rapport présente des informations supplémentaires sur le changement climatique et ses conséquences pour la santé dans les zones urbaines.

Les villes de demain

Que l'avenir réserve-t-il à notre univers urbain et aux villes qui le composent ?

Il n'est pas inutile de s'intéresser aux tendances passées pour imaginer l'avenir, mais des événements imprévus se produiront inévitablement, qui détermineront forcément l'avenir des villes d'une manière que l'on ne peut pas entièrement entrevoir aujourd'hui. Les villes différeront les unes des autres à plusieurs égards. Elles seront façonnées par leur accès à l'information, à la technologie et aux marchés mondiaux, ainsi que par leur mode

de gouvernance. La migration continuera d'exercer une influence sur la taille et la nature de leur population. Les effets du changement climatique et les pandémies de nouvelles maladies pourraient entraîner des mouvements migratoires massifs, d'une échelle sans précédent, infléchissant la démographie dans les pays et les villes, déplaçant les frontières ou engendrant des conflits.

Les villes qui ne disposent pas de services d'urbanisme ou de systèmes de gouvernance dignes de ce nom auront de plus en plus de difficultés à procurer à leur population des terrains à des prix abordables, des logements décentes, ainsi que des transports en commun et des services publics adéquats. Leur légitimité politique finira donc fatalement par s'éroder tôt ou tard. Les organisations non gouvernementales ou le secteur privé pourront tenter de reprendre les fonctions autrefois dévolues aux autorités locales, ce qui se traduira par une fragmentation. Dans un tel scénario, les habitants des taudis et les citoyens pauvres resteront quantité négligeable, et les disparités au sein des villes ne feront que se creuser.

Dans le même temps, les villes renferment des opportunités formidables pour l'avenir. Les villes les plus prospères seront celles qui auront élaboré une vision globale et durable, et se qui dotent de nouvelles institutions, ou renforcent leurs institutions existantes, afin de concrétiser cette vision. Elles seront ainsi amenées à rechercher de nouvelles méthodes de coopération étroite avec les autorités régionales et centrales ainsi qu'avec les autres acteurs, tels que le secteur privé, tout en veillant à une répartition équitable des opportunités et en favorisant le développement durable²⁸.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre expose les tendances de l'urbanisation et les projections que l'on peut établir à partir de ces tendances. Il révèle que la quasi-totalité de la croissance de la population au cours des 30 prochaines années aura lieu dans les zones urbaines. En 2050, 7 personnes sur 10 vivront dans des villes. ■ Intrinsèquement, l'urbanisation n'est ni positive ni négative. Historiquement, elle produit des effets bénéfiques et des effets indésirables : si c'est un moteur pour le développement économique des pays, elle engendre aussi des inégalités considérables entre les citoyens, et bon nombre de villes comptent désormais des bidonvilles. L'urbanisation contribue par ailleurs de manière non négligeable aux émissions de gaz à effet de serre, ce qui n'est pas une fatalité à condition que les villes s'emploient à œuvrer au développement durable. ■ Le chapitre suivant montre qu'il est possible de rattacher les déterminants sous-jacents de la santé des populations urbaines à des facteurs communs à toutes les villes.

CHAPITRE 2.

LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN



OMS/Anna Kari

Depuis sa création en 1948, l'Organisation mondiale de la Santé a adopté une définition large de la santé qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », mais plutôt en « un état de complet bien-être physique, mental et social »²⁹. Aujourd'hui, des preuves scientifiques irréfutables montrent que la santé et le bien-être physiques, mentaux et sociaux sont étroitement imbriqués et profondément interdépendants³⁰, et que la santé est influencée par de nombreux facteurs qui ne se limitent pas au secteur de la santé.

Ce chapitre présente les facteurs sous-jacents de la santé dans les zones urbaines et décrit certains problèmes de santé couramment rencontrés par les citoyens.

Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui influent sur la santé des individus et des populations. Ils incluent les conditions de vie quotidiennes et les influences plus larges qui s'exercent sur ces conditions.

Comme le montre la figure 2.1, les caractéristiques individuelles telles que l'âge et le sexe s'intègrent dans des déterminants plus vastes de l'état de santé, qui découlent de la situation sociale, environnementale et économique. Parmi ceux-ci figurent les conditions de vie des ménages, les conditions de vie au sein du quartier et les conditions de travail, ainsi que les soins de santé, mais aussi les mesures et les programmes qui influent sur ces facteurs.

Les recherches dans ce domaine ont été menées par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, qui a analysé les données relatives à de nombreux déterminants sociaux³¹. Cet organe de l'OMS a organisé ces déterminants dans un cadre plus détaillé comprenant à la fois les moteurs structurels sous-jacents (revenu, niveau d'instruction et genre) et les aspects liés à la vie quotidienne (accès à l'eau et à l'assainissement, conditions de vie et de travail ou encore accès aux services de santé).

FIGURE 2.1
DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



Source : d'après Whitehead M., Dahlgren G., What can we do about inequalities in health? Lancet, 1991, 338, pp. 1059-1063.

L'étude des questions de santé du point de vue des déterminants facilite l'identification des causes originelles des problèmes de santé. Dans cette perspective, les maladies transmises par l'eau sont non seulement provoquées par des microorganismes, mais aussi par les forces politiques, sociales et économiques qui concourent à priver certains pans de la population d'un accès à l'eau potable. Les maladies cardiovasculaires ne sont pas uniquement dues à des artères bouchées, mais résultent du régime alimentaire, du manque d'activité physique et du tabagisme, qui sont à leur tour influencés par l'environnement dans lequel vivent les gens.

Déterminants de la santé en milieu urbain

Les villes offrent le meilleur comme le pire des environnements pour la santé et le bien-être. De multiples déterminants conditionnent l'état de santé des citoyens, et les influences positives et négatives se cumulent en fonction du quartier ou de l'endroit où l'on habite dans la ville.

En milieu urbain, les environnements physiques et sociaux sont déterminés par de multiples facteurs et de multiples acteurs à de multiples niveaux. Les tendances mondiales, les échelons de gouvernement nationaux et locaux, la société civile, les marchés financiers et le secteur privé déterminent le contexte dans lequel opèrent les facteurs locaux. Et chacun de ces facteurs peut grandement améliorer ou dégrader l'état de santé des habitants.

Les déterminants spécifiques de la santé en milieu urbain couvrent les caractéristiques de la population, la gouvernance urbaine, l'environnement naturel et l'environnement bâti, le contexte social et économique, la sécurité alimentaire et la qualité des aliments, ainsi que la gestion des services et des urgences sanitaires (figure 2.2). Nous examinons chacun de ces aspects plus en détail dans les sections suivantes.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Les caractéristiques démographiques de la population d'une ville ou d'une agglomération urbaine étudiées à un moment précis reflètent des tendances historiques, des profils de fécondité et des tendances migratoires. L'âge, le genre et le niveau de handicap des citoyens affectent la santé de l'individu et de l'ensemble de la population.

FIGURE 2.2
FACTEURS INFLUENÇANT LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN



1-3 à gauche : OMS/Anna Kari; 4 : UN Photo/Jawad Ja-

Certaines catégories de population nécessitent une attention particulière, car elles présentent des problèmes de santé ou des besoins spécifiques dans un environnement urbain, sous peine d'être exclues de l'amélioration générale de la santé.

LES ENFANTS Les enfants forment une part importante de la population urbaine : on estime que 60 % des citadins auront moins de 18 ans d'ici 2030³². Bien que les enfants vivant en milieu urbain soient souvent considérés comme mieux lotis que ceux vivant en zone rurale, ce n'est pas toujours le cas. En effet, nombreux sont ceux qui habitent dans des taudis ou dans d'autres environnements insalubres³³.

Dans les villes, les décès d'enfants sont souvent directement liés à la consommation d'eau contaminée, au manque d'assainissement et à l'absence d'évacuation des déchets solides, ce qui favorise l'occurrence et la gravité des maladies diarrhéiques et connexes. Certaines maladies gastro-intestinales peuvent entraîner la malnutrition et la mort, en particulier chez les enfants jeunes et sous-alimentés, dont les défenses immunitaires sont encore peu développées.

La pneumonie et la diarrhée sont les principales causes de mortalité infantile dans le monde³⁴, et elles peuvent poser un problème particulier en milieu urbain en raison de la promiscuité, de la pollution à l'intérieur des habitations et du manque d'accès aux soins de santé caractéristiques des bidonvilles urbains. Pour des raisons analogues, les enfants vivant en ville risquent de succomber au paludisme et à des maladies que la vaccination permet d'éviter, comme la rougeole.

Les traumatismes liés aux accidents de la circulation chez les enfants constituent un problème majeur dans les zones urbaines. La non-prise en compte des enfants dans l'urbanisme et la planification des transports contribue à ce problème³⁵. En 2004, les traumatismes liés aux accidents de la route constituaient la première cause de mortalité des jeunes de 15 à 24 ans dans le monde, et la deuxième pour les 10-14 ans³⁶.

Les enfants sont aussi particulièrement exposés à l'exploitation et à la criminalité des autres enfants et des adultes. Par rapport aux enfants des zones rurales, ceux des milieux urbains défavorisés présentent davantage de problèmes psychologiques et comportementaux^{37,38}, et ont moins d'ambitions³⁹ pour les études et la vie professionnelle.

LES PERSONNES ÂGÉES Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, l'urbanisation va concentrer une proportion croissante de la population vieillissante dans les villes. New York, Londres, Paris et Tokyo affichent déjà les plus fortes concentrations de personnes âgées de leur pays. Les « plus âgés » (85 ans et plus) forment le segment à plus forte croissance de cette population⁴⁰. En Afrique et en Asie, les personnes âgées vivent toujours essentiellement dans les zones rurales, mais cette situation devrait s'inverser d'ici 2020³².

Dans les villes, les personnes âgées sont souvent invisibles ou ne figurent pas parmi les priorités. Elles risquent de se retrouver confinées chez elles du fait de leurs déficiences physiques et de systèmes de transport inadaptés. Par fierté, certaines renoncent à demander de l'aide. Il est nécessaire de veiller à ce que les personnes âgées puissent conserver leur autonomie et leur indépendance aussi longtemps que possible, mais aussi à ce qu'elles aient accès aux services de santé et aux autres services sociaux, y compris les soins à domicile.

LES FEMMES Si les villes offrent aux femmes de nombreuses possibilités pour se retrouver entre elles, travailler et constituer des réseaux de solidarité sociale, les citadines rencontrent aussi des difficultés spécifiques. Ainsi, elles courent un risque accru d'être victimes de violences physiques, sexuelles et psychologiques ; elles se heurtent à des obstacles dans l'accès aux services de santé et sociaux car elles ne maîtrisent pas les ressources financières de la famille, doivent s'occuper des enfants, ont une mobilité restreinte et un pouvoir de décision limité ; et enfin elles ont un niveau d'instruction et de sécurité économique inférieur à celui des hommes⁴¹.

La pauvreté urbaine s'est fortement féminisée. Les citadines pauvres ont généralement des métiers moins

bien rémunérés et des taux d'analphabétisme plus élevés que les hommes dans la même situation. Elles sont, en outre, exclues de certains emplois en raison de leur manque d'instruction ou des pratiques discriminatoires dont elles sont victimes. De plus, très souvent, les femmes ne sont pas autorisées à posséder des terres ou un logement, ni à en hériter⁴². Tous ces facteurs font courir aux citadines pauvres et aux personnes à leur charge un risque accru de développer divers problèmes de santé.

LES MIGRANTS L'immigration est souvent définie comme un mouvement de population d'un endroit pauvre vers un endroit plus riche, ou d'une zone rurale vers une zone urbaine. Un ensemble complexe de facteurs contextuels (économiques, politiques et sociaux) permettent de comprendre pourquoi certaines villes attirent davantage de migrants que d'autres. Ces migrants sont attirés par les possibilités que la ville peut leur offrir. Bien souvent, ils sont en quête d'un emploi et d'opportunités économiques meilleures, ou bien ils fuient la persécution et la violence.

Ceux qui migrent pour échapper à des difficultés économiques sont souvent victimes d'un double danger dans les villes : ils présentent des vulnérabilités préexistantes qui vont se conjuguer à une plus grande exposition aux problèmes associés à la migration. Un fossé social et économique se creuse souvent entre les citoyens établis de longue date et les migrants⁴³.

LES HANDICAPÉS Les personnes présentant des handicaps sont fortement affectées par l'environnement physique et social des villes. Suivant leurs caractéristiques particulières, les environnements urbains peuvent grandement faciliter ou entraver l'indépendance et la qualité de vie des personnes handicapées⁴⁴.

L'environnement physique des villes et leur infrastructure revêtent une importance particulière pour les personnes présentant des handicaps locomoteurs ou sensoriels. Parmi les nombreux facteurs qui ont une incidence majeure sur la vie quotidienne de ceux qui se déplacent à l'aide d'une canne, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant, on peut citer les réseaux de transport, les trottoirs, les passages protégés et les entrées d'immeubles adaptés aux personnes handicapées. Les personnes présentant des déficiences auditives ou visuelles ont souvent besoin d'aménagements supplémentaires, et il faut leur présenter des informations indispensables dans de multiples formats auditifs et visuels.

L'environnement social des villes influe sur le degré de stigmatisation et de discrimination dont sont victimes les handicapés. En particulier, les personnes atteintes de



OMS/Anna Kari



**Dina, 16 ans
JAKARTA, INDONÉSIE
COMBATTRE LA MALADIE À LA SOURCE :
LA DENGUE ET LES CONDITIONS DE VIE**

Dina vit avec son père, sa mère et son petit frère. Elle aime le quartier où elle vit parce qu'elle y connaît tout le monde et qu'elle trouve les habitants gentils. Ses oncles, ses tantes et son grand-père habitent à deux pas de chez elle.

« Je suis tombée malade en 2009, raconte Dina. J'avais mal à la tête, la nausée, des tremblements et beaucoup de fièvre. » Elle est allée consulter le médecin, mais une semaine plus tard, elle était

pour quatre jours. Je me sentais affreusement mal et j'avais beaucoup de fièvre. On m'a fait des analyses de sang, et le médecin m'a dit qu'il s'agissait de la dengue. »

« J'étais inquiète quand le médecin m'a annoncé cela, poursuit-elle, parce que je connaissais une fille de mon âge qui était morte de la dengue, quelques années auparavant. Je voulais vraiment me rétablir rapidement. »

toujours aussi malade, si bien qu'elle est allée à l'hôpital accompagnée de sa mère. « J'ai été admise à l'hôpital

Après que Dina est sortie de l'hôpital, elle a remarqué que les habitants du quartier procédaient à des pulvérisations d'insecticide. « Désormais, ils font des pulvérisations pour éradiquer les moustiques à quelques mois d'intervalle. » La population locale intensifie ses efforts. « Dans le quartier, certaines personnes sont chargées de surveiller les larves. Elles mettent de la poudre dessus dès qu'elles en repèrent pour les tuer. S'il n'y a pas de larves, il n'y aura pas de moustiques. »

Pourtant, Dina reste prudente : « Les gens ne font pas assez attention. Ils laissent des récipients ouverts avec de l'eau dedans, et il y a beaucoup de débris jetés ici. »

OMS/Anna Kari

maladies mentales chroniques ou de déficiences intellectuelles peuvent être pénalisées dans des environnements hostiles si elles ne sont pas spécifiquement ciblées par des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique et une réglementation contre la discrimination.

Pour les personnes présentant toutes sortes de handicaps, il est particulièrement important de pouvoir accéder à des services de santé et à la solidarité de la collectivité.

LA GOUVERNANCE URBAINE

La gouvernance urbaine englobe les mécanismes, processus et institutions par lesquels les habitants et les groupes expriment leurs intérêts, exercent leurs droits, remplissent leurs obligations et aplanissent leurs différences⁴⁵. Il est important de noter que la gouvernance ne se limite pas à l'État. Selon bon nombre de définitions, elle comprend certes l'État, mais aussi le secteur privé, la société civile et les collectivités. Par ailleurs, la gouvernance privilégie les processus. Elle reconnaît que les décisions sont prises sur la base de relations complexes entre de nombreux acteurs aux priorités différentes⁴⁶.

La gouvernance urbaine est inextricablement liée à la bonne santé et au bien-être des citoyens. Lorsque la gouvernance urbaine est de qualité, personne ne doit se voir refuser l'accès aux éléments essentiels de la vie urbaine. Elle donne à tous les citoyens la possibilité d'exploiter leurs talents pour améliorer leur situation sociale et économique⁴⁶. Dans les pays en développement, lorsque la gouvernance urbaine est optimale, l'espérance de vie peut atteindre 75 ans ou plus. En revanche, si la gouvernance urbaine est médiocre, l'espérance de vie risque de ne pas dépasser les 35 ans⁴⁷.

La Partie Trois du présent rapport traite plus en détail de la gouvernance urbaine propice à la santé.

L'ENVIRONNEMENT NATUREL ET L'ENVIRONNEMENT BÂTI

Les termes environnement naturel et environnement bâti désignent les aspects naturels et anthropiques des villes et les interactions en leur sein. Plusieurs éléments de cet environnement influent sur la santé : la géographie et le climat, les conditions de logement, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, les systèmes de transport et la qualité de l'air.

GÉOGRAPHIE ET CLIMAT La santé des populations urbaines est directement liée à la situation géographique et au climat. Ces derniers influent sur la vulnérabilité des habitants aux catastrophes naturelles, comme les tornades, les ouragans ou les cyclones, les inondations, les tremblements de terre, les glissements de terrain et les incendies. Ils affectent également la santé des habitants via les vagues de chaleur, les sécheresses et la sensibilité aux maladies véhiculées par les moustiques ou d'autres nuisibles.

Les conséquences des changements climatiques sur la santé se manifestent déjà. Selon une évaluation de l'OMS, les effets des changements climatiques qui s'exercent depuis le milieu des années 1970 pourraient avoir causé 150 000 décès supplémentaires en 2000⁴⁸. Et encore s'agit-il probablement d'une sous-estimation car l'étude n'a pris en compte qu'un sous-ensemble d'impacts potentiels sur la santé. Cette étude a également conclu que ces impacts étaient susceptibles d'augmenter à l'avenir. Les risques sanitaires les plus importants concernent les enfants des populations les plus pauvres, c'est-à-dire la catégorie de population qui contribue le moins aux émissions de gaz à effet de serre⁴⁹.

Il se pourrait que les changements climatiques produisent leurs effets les plus délétères dans les zones urbaines où se concentrent la population, les ressources et les infrastructures. À l'avenir, les changements climatiques ne cesseront de multiplier les risques sanitaires existants, par leurs conséquences sur l'accès à l'eau et à l'assainissement, sur la sécurité alimentaire et sur les conditions de vie, notamment. Les vagues de chaleur, la pollution atmosphérique, les fortes tempêtes et les maladies infectieuses seront plus fréquentes (encadré 2.1). Les risques sanitaires liés au changement climatique frapperont en premier lieu les citoyens pauvres, souvent privés d'abri adéquat ou d'accès aux services de santé²³.

Les mégapoles et les villes côtières des zones tropicales seront particulièrement touchées. Les habitants de ces villes seront exposés à une combinaison de risques sanitaires tels que les vagues de chaleur, les inondations, les maladies infectieuses et la pollution atmosphérique. L'élévation attendue du niveau de la mer (entre 18 et 59 centimètres) d'ici la fin de ce siècle⁵⁰ exercera des tensions sur certaines des villes les plus grandes et à la croissance la plus rapide, situées le long des côtes des pays en développement. La dégradation des protections naturelles (via la déforestation et les constructions sur des plaines inondables), de vastes zones de constructions de mauvaise qualité, et de vastes

ENCADRÉ 2.1 LE CHANGEMENT CLIMATIQUE DÉMULTIPLIE LES RISQUES SANITAIRES

Le changement climatique exacerbera l'impact du climat sur la santé de la population urbaine, sous l'effet des vagues de chaleur, de la pollution atmosphérique, des fortes tempêtes et des maladies infectieuses⁵¹.

La fréquence et l'intensité des vagues de chaleur s'accroîtront dans un avenir proche, provoquant des problèmes particuliers dans les villes à cause de l'effet des îlots de chaleur urbains. Ce phénomène désigne un niveau de température plus élevé dans les villes que dans les zones rurales environnantes en raison de la densité des bâtiments et de l'absence de végétation.

Des inondations et des tempêtes de plus en plus violentes et intenses détruiront des habitations, des infrastructures de santé et d'autres services essentiels, en particulier dans les bidonvilles. La montée progressive du niveau de la mer, conjuguée à des tempêtes plus violentes, renforcera la fréquence et la gravité des inondations côtières et la contamination des réserves d'eau des villes. La destruction des habitations et des quartiers contraindra in fine les populations sans abri à rechercher un endroit plus sûr, ce qui amplifiera les tensions environnementales et sociales qui s'exerceront sur leurs nouveaux lieux d'installation.

Dans de nombreuses régions en développement tropicales, l'élévation des températures en hausse et la plus grande variabilité des précipitations risquent également de comprimer le rendement des cultures, aggravant la malnutrition dans de nombreuses villes de ces régions.

Sur l'ensemble de la planète, la hausse des températures mettra en péril la disponibilité et la qualité de l'eau dans les villes. Le manque d'eau a des conséquences sur l'hygiène et favorise les maladies diarrhéiques. À l'inverse, les inondations provoqueront la contamination des réserves d'eau douce. Dans les cas extrêmes, une pénurie d'eau peut entraîner la famine.

La propagation des maladies véhiculées par les moustiques ou d'autres insectes et petits animaux devrait

elle aussi évoluer à mesure que le climat modifiera leur habitat, leur activité saisonnière et leur cycle de reproduction. En tant que tel, le changement climatique peut ralentir, stopper ou inverser les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses, telles que les maladies diarrhéiques, le paludisme et la dengue.

Enfin, la hausse des températures relèvera les niveaux des polluants atmosphériques, comme l'ozone terrestre. En 2004, la pollution atmosphérique extérieure en milieu urbain a fait plus de 1,1 million de décès, essentiellement de maladies cardiovasculaires et pulmonaires. Si la température augmentait d'un degré Celsius, la pollution atmosphérique tuerait plus de 20 000 personnes de plus par an dans le monde .



UN Photo/Fardin Waezi

étendues de sols bétonnés et dépourvus de systèmes d'évacuation des eaux adéquats contribueront à la vulnérabilité de ces villes. En outre, de fortes pluies provoqueront des inondations soudaines et parfois meurtrières, comme ce fut le cas à Caracas (Venezuela) et dans sa banlieue en 1999 ou à Mumbai (Inde) en 2005⁵¹.

CONDITIONS DE LOGEMENT Avoir un toit au-dessus de la tête et une adresse dans un quartier habitable constituent un point de départ vital pour les citoyens, à partir duquel ils peuvent exploiter ce que la ville a à leur offrir en termes d'emplois, de revenu, d'infrastructures et de services. Lorsqu'ils ont un abri décent, les individus disposent d'un foyer, peuvent mettre leurs biens et leur famille en sécurité, renforcer leurs relations et réseaux sociaux, faire du commerce et se procurer des services, et accéder aux services de base.

Pourtant, comme l'explique le chapitre 1, près de 900 millions de citoyens vivent dans des taudis et des bidonvilles. Ils peuvent aussi bien habiter dans des tours que dans des baraques, mais aussi dans des tentes en plastique installées sur les trottoirs. Ces logements sont généralement surpeuplés et de construction anarchique et situés dans des zones désagréables de la ville, comme les flancs de coteaux pentus, les berges des fleuves inondables ou les zones industrielles.

Outre les habitants des taudis, d'innombrables citoyens vivent dans des conditions inadéquates : immeubles présentant des défauts, mauvaise extraction de la fumée provenant des combustibles utilisés pour la cuisine et le chauffage, réfrigération ou installations d'entreposage des aliments insuffisantes ou inexistantes, et emplacements dangereux (proximité des autoroutes ou des



**Elisa, 35 ans, et Kimberly, 5 ans
MANILLE, PHILIPPINES
UNE INONDATION DÉPLACE LES
CITADINS PAUVRES DE MANILLE**

Elisa se souvient du jour où les eaux sont montées. « Ce jour-là, le ruisseau débordait depuis le matin. Je préparais le riz chez moi. Je gagne ma vie en vendant de la nourriture. » Au début de l'après-midi, Elisa a mis la nourriture sur le toit pour essayer de la sauver, mais les eaux sont montées trop vite et ont tout emporté. Elle s'est enfuie de sa maison avec sa fille Kimberly, en fabriquant une passerelle entre son

toit et celui de son voisin avec du bois qu'elle a attrapé dans l'eau. Elle a passé la nuit sur le toit en compagnie de 20 autres personnes, jusqu'à ce qu'on vienne les sauver le lendemain.

« J'ai tout perdu, ce jour-là, raconte Elisa. Tout ce que j'ai pu sauver, c'est une chaise et mon téléphone portable. » Vu l'état dans lequel elle était, sa maison a été démolie. Une maison qu'elle avait payé 40 000 pesos (857 dollars) en 1989. Le rez-de-chaussée était en ciment, mais l'étage était en bois. Les autorités vont reloger Elisa et d'autres personnes touchées par

l'inondation dans la province de Bulacan.

Entre-temps, elle habite dans un gymnase ouvert. « Ils nous ont dit qu'ils allaient nous réinstaller cette semaine, parce qu'ils ont besoin du gymnase. La mission médicale m'a dit que nous étions en bonne santé. »

Elisa avoue être un peu inquiète de ce qui va lui arriver, mais elle pense qu'il y a sûrement une raison pour laquelle est encore en vie.

« Aujourd'hui, je n'ai plus un sou, je ne peux rien me payer, mais au moins, je suis en vie. Tout ce que je souhaite, c'est de poursuivre ma vie. »

OWS/Anna Kart

décharges de produits dangereux)⁴⁷. Les logements inadaptés, en particulier ceux qui ne sont pas assortis de droits d'occupation garantis, peuvent entraîner des blessures, des problèmes respiratoires, des maladies infectieuses et des troubles mentaux⁵⁴.

La surpopulation constitue un danger supplémentaire pour la santé. Relativement rare dans les pays à revenu élevé, ce phénomène est répandu dans les villes des pays à revenu faible et intermédiaire. C'est en Afrique et en Asie que l'on observe les plus fortes proportions de citoyens privés d'espace vital suffisant. Ce sont aussi les régions qui comptent le plus de bidonvilles¹. La concentration d'individus dans des espaces petits et mal aérés augmente le risque de transmission de maladies et d'autres problèmes de santé. Les maladies infectieuses se propagent dans les endroits surpeuplés en raison de l'absence de ventilation, du manque d'hygiène et de l'exposition à un environnement insalubre. La surpopulation contribue également au stress et à la violence domestique, y compris la maltraitance des enfants, la violence exercée par un partenaire intime, la violence sexuelle et la maltraitance des personnes âgées^{55,56}.

Les handicapés ont besoin de logements adaptés qui leur permettent de vivre de manière autonome au sein de leur communauté. L'accessibilité est fonction de la nature et du degré de l'incapacité. Pour certains, il suffira d'apporter de petites modifications, par exemple d'installer des barres d'appui, tandis que d'autres, comme les personnes en fauteuil roulant, auront besoin de rampes d'accès, de portes larges et de mobilier surbaissé.

ACCÈS À L'EAU POTABLE ET À L'ASSAINISSEMENT À la fin du XIXe siècle et au début du XXe, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement a permis une réduction spectaculaire du nombre des décès dus aux maladies infectieuses dans les pays développés. Aujourd'hui, les villes des pays en développement se retrouvent face à des problèmes et à des opportunités analogues⁵⁴.

En Afrique, en Asie et en Amérique latine, près de la moitié des citoyens souffrent d'au moins une maladie provoquée par l'absence d'eau potable et d'assainissement⁵⁷. En Afrique subsaharienne, les pauvres consacrent au moins un tiers de leur revenu au traitement des maladies à transmission hydrique ou liées à l'eau, comme le paludisme, la diarrhée et les infestations par les vers⁵⁸.

Bien que la plupart des statistiques officielles fassent état d'une couverture meilleure dans les zones urbaines que dans les zones rurales, diverses enquêtes montrent que, dans de nombreuses villes, la quantité et le volume de l'eau disponible pour les pauvres est loin des niveaux

acceptables. Des centaines de millions de personnes qui sont censées avoir accès à l'eau n'ont en fait accès qu'aux conduites communales que se partagent des dizaines d'habitants. De nombreuses familles urbaines pauvres consacrent plusieurs heures chaque jour à aller chercher de l'eau loin de chez elles. D'autres utilisent l'eau provenant de camions citernes ou de bouteilles vendues par des commerçants, à des prix souvent largement supérieurs à ceux payés par les habitants plus aisés, qui ont eux accès aux réseaux d'eau publics.

Pour prévenir les maladies infectieuses, il importe également de disposer d'un système d'assainissement correct. Si les citoyens sont proportionnellement plus nombreux que les habitants des zones rurales à accéder aux services d'assainissement de base, l'exposition globale au risque est plus forte en ville en raison de la densité de population. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la plupart des villes ne disposent pas d'égouts. Par conséquent, entre un quart et la moitié de ces citoyens sont privés d'assainissement, alors que cette infrastructure diminuerait grandement le risque qu'ils tombent malades⁵⁹. Dans de nombreuses zones urbaines, en particulier lorsqu'elles sont densément peuplées, les latrines ne réduisent pas significativement le risque de maladie car elles sont insalubres.

SYSTÈME DE TRANSPORT Les modes de transport utilisés quotidiennement par les citoyens ont des conséquences majeures sur leur santé, et sur celle de l'ensemble de la population^{60,61}. Les systèmes de transport influent directement et indirectement sur la santé, via leur impact sur l'activité physique, la sécurité de la circulation routière, la qualité de l'air et le stress psychosocial. Cependant, les menaces que les transports font planer sur la santé ont beau être nombreuses, on n'en tient souvent pas compte, ou on les ignore.

Les systèmes de transport ont une incidence sur le degré d'activité physique régulière des citoyens. Les villes qui laissent une place aux piétons et aux cyclistes, ainsi que celles qui offrent de bonnes possibilités de transport public, encouragent l'activité physique. À l'inverse, une utilisation excessive des modes de transport motorisés privés freine l'activité physique régulière. En 2004, le manque d'activité physique a coûté la vie à 3,2 millions de personnes dans le monde⁶².

En l'absence d'un urbanisme digne de ce nom, des zones résidentielles risquent d'être traversées par une intense circulation de véhicules, qui roulent vite et se mêlent aux piétons⁶³. Lorsque l'urbanisme est mal réfléchi, les passages piétons sont peu nombreux, les piétons ont du mal à

accéder aux infrastructures, il n'y a pas de séparation entre les piétons et les véhicules, et les systèmes de transport en commun sont mal régulés^{64,65}. Tous ces facteurs favorisent les traumatismes liés aux accidents de la circulation.

Les réseaux de transport influent aussi sur la santé par l'intermédiaire de la qualité de l'air. Le nombre total de véhicules à moteur et le degré de congestion du trafic contribuent fortement à la pollution atmosphérique dans les zones urbaines. Cet aspect est traité plus en détail dans la section suivante.

La santé publique et le bien-être social sont également en jeu. Les systèmes de transport peuvent nuire à la santé mentale et physique via la pollution sonore, le stress chronique et l'isolement social. En outre, l'absence de transports fiables peut empêcher les individus d'accéder aux services de santé et favoriser la violence.

Lorsque les systèmes de transport sont mal conçus, ce sont les citoyens pauvres qui en pâtissent le plus. Ce sont en effet eux qui dépendent généralement le plus des transports non motorisés et des transports publics, dont se soucient souvent peu les responsables du développement des transports. Les familles pauvres travaillent et habitent souvent le long de rues congestionnées, et sont donc les plus directement exposées aux dangers de la circulation. En particulier, les enfants défavorisés, qui jouent habituellement dans la rue, risquent d'être victimes des traumatismes liés aux accidents de la circulation, mais aussi de souffrir des conséquences sur la santé et le développement de la pollution atmosphérique et acoustique.

Les citoyens pauvres risquent également d'être victimes d'autres types de traumatismes liés aux accidents de la

circulation. Aux premiers stades de l'urbanisation, les piétons et les cyclistes risquent beaucoup plus d'être blessés que ceux qui peuvent se permettre d'utiliser des véhicules à moteur⁶³. À mesure que les économies se développent, les citoyens pauvres achètent des motos, tandis que les citoyens plus aisés acquièrent des automobiles. Le risque de subir un traumatisme est plus élevé avec un motorcycle qu'avec une voiture, et donc une autre source d'inégalité apparaît entre citoyens riches et citoyens pauvres.

Les pauvres ne sont toutefois pas l'unique catégorie de population à souffrir des conséquences de la mauvaise conception des systèmes de transport. Les handicapés sont particulièrement pénalisés par les systèmes de transport qui ne permettent pas aux personnes ayant besoin d'accessoires fonctionnels ou d'équipements pour les troubles sensoriels de les fréquenter. En fin de compte, la congestion de la circulation, la pollution atmosphérique due aux véhicules et les traumatismes liés aux accidents de la route touchent l'ensemble des citoyens.

QUALITÉ DE L'AIR Tous les citoyens sont concernés par la qualité de l'air à l'intérieur comme à l'extérieur des bâtiments. La pollution atmosphérique a des effets néfastes sur les poumons et augmente le nombre de crises cardiaques⁶⁶. En outre, une pollution atmosphérique importante nuit directement aux asthmatiques et à tous ceux qui souffrent d'affections respiratoires ou cardiaques.

Selon les estimations de l'OMS, en 2004, la pollution de l'air extérieur en milieu urbain a été responsable d'environ 1,1 million de décès dans le monde⁶². L'air que respirent les citoyens est souvent pollué par des sources



UNDP

extérieures, telles que les véhicules motorisés, les usines et l'incinération des ordures. Les habitants des quartiers défavorisés sont davantage exposés à la pollution atmosphérique que ceux qui vivent dans des quartiers plus aisés⁶⁷. Une enquête menée à Rome, par exemple, a montré que les personnes de conditions socio-économiques modestes étaient plus susceptibles de vivre à proximité de routes très fréquentées et de souffrir des conséquences délétères de la pollution atmosphérique⁶⁸.

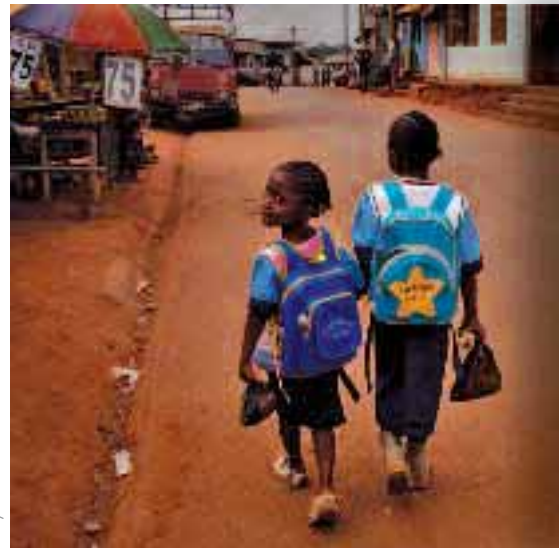
Les sources intérieures de pollution de l'air sont la fumée des poêles, les émanations nocives dans les petits ateliers mal ventilés et le tabagisme passif. Selon les estimations de l'OMS, en 2004, la fumée dégagée à l'intérieur des bâtiments par des combustibles solides a fait près de 2 millions de morts, tandis que 457 000 décès supplémentaires étaient imputables à l'exposition aux particules en suspension dans un cadre professionnel⁶². Les conditions de vie dans les villes favorisent grandement le tabagisme passif⁶⁹, en particulier pour les personnes qui ont un emploi mal rémunéré et précaire.

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

L'environnement social et économique exerce un impact majeur sur la santé des citoyens. Son influence se fait sentir au niveau local comme au niveau mondial. Par exemple, la crise financière mondiale de 2007, précipitée par le repli du marché immobilier américain et l'effondrement d'établissements financiers de premier plan qui a suivi, a affecté la vie d'un nombre incalculable de citoyens, y compris parmi ceux qui se croyaient à l'abri des marchés financiers mondiaux. Dans de nombreuses villes de la planète, le chômage a progressé, les services sociaux et les prestations publiques ont été comprimés, les salaires ont été revus à la baisse et les prêts sont devenus difficiles à obtenir.

Nous évoquons, dans les sections suivantes, les facteurs sociaux et économiques particuliers que sont l'accès aux opportunités économiques et éducatives, la sécurité et la sûreté, la solidarité et la cohésion sociale, ainsi que l'égalité entre hommes et femmes.

OPPORTUNITÉS ÉCONOMIQUES ET ÉDUCATIVES L'accès qu'ont les citoyens aux opportunités économiques, qu'il s'agisse de l'emploi ou d'autres activités génératrices de revenu, influe fortement sur leur état de santé. Au niveau matériel, l'accès aux opportunités économiques se traduit par un accès à l'eau, à l'assainissement, à un logement de qualité, ainsi qu'à d'autres éléments néces-



OMS/Anna Kari

saires à la vie quotidienne. L'accès aux opportunités économiques permet non seulement aux individus de satisfaire leurs besoins matériels, mais également de participer pleinement à la vie locale et de la société dans son ensemble.

La mondialisation, et en surtout la libéralisation des échanges, les flux financiers transfrontières et l'apparition d'un gisement de main-d'œuvre mondiale, présente des opportunités et des risques pour les citoyens. Pour certains, la mondialisation est responsable de la précarité de l'emploi et de la pauvreté, alors que pour d'autres, elle ouvre des opportunités économiques nouvelles⁷⁰.

Dans la plupart des pays, les travailleurs de l'économie informelle constituent la majorité des travailleurs. Par ailleurs, le nombre de travailleurs informels, non protégés et peu rémunérés augmente rapidement dans les pays en développement comme dans les pays développés. Les risques que ces emplois entraînent pour l'hygiène et la sécurité se conjuguent souvent à ceux liés aux mauvaises conditions de vie, à la malnutrition et à l'insalubrité des logements. Ces individus ne bénéficient pas d'une couverture sociale ou de santé complète et, outre les traumatismes et les maladies d'origine professionnelle, ils sont souvent touchés par des affections liées à la pauvreté⁷¹.

Au niveau local, l'environnement économique influe aussi sur la santé en raison des écarts de richesse dans une ville. On a démontré que la pauvreté relative, souvent définie comme le fait de vivre avec moins de 60% du revenu national médian, s'accompagne d'un mauvais état de santé et d'un risque de décès prématuré, résultant probablement du stress psychoso-

cial causé par les conditions socio-économiques défavorables et la mauvaise qualité des relations sociales.

L'accès aux opportunités éducatives conditionne l'accès futur aux opportunités économiques. L'éducation dote les individus du savoir et des compétences qui leur servent dans leur vie de tous les jours, augmente leurs opportunités de percevoir un revenu et de bénéficier de la sécurité de l'emploi, leur confère le sentiment de maîtriser leur vie et leur permet de participer à la vie de la société. Les enfants et les adolescents qui reçoivent une éducation de qualité se retrouvent sur une voie qui aura des incidences sur leur santé et leur bien-être au fil du temps. À l'inverse, les enfants qui font peu d'études sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé à l'âge adulte⁷².

SÛRETÉ ET SÉCURITÉ Les trois principales menaces qui pèsent sur la sécurité et la sûreté des individus en ville sont la délinquance et la violence urbaines, l'absence de protection des droits fonciers et les expulsions, ainsi que les catastrophes d'origine naturelle et anthropique⁷³. Ces deux derniers aspects sont abordés dans une autre partie du rapport. Nous décrivons ici la délinquance et la violence urbaines.

La délinquance et la violence sont généralement plus graves dans les zones urbaines et exacerbées par la croissance rapide de ces zones. Dans les pays en développement et en transition, sur une période de cinq ans, quelque 60 % des citoyens ont été victimes d'actes de délinquance. Le taux de victimisation atteint 70 % dans certaines régions d'Amérique latine et d'Afrique. En Amérique latine, plus de la moitié des actes de violence commis au Brésil, au Mexique et au Venezuela le sont dans les zones métropolitaines en expansion rapide, à savoir Rio de Janeiro, São Paulo, Mexico et Caracas. Depuis les années 1970, le taux d'homicide a été multiplié par trois à Rio de Janeiro et par quatre à São Paulo. En Afrique, les actes délictueux se concentrent dans une large mesure dans des villes comme Lagos, Johannesburg, le Cap, Durban et Nairobi⁷³.

Le niveau aussi bien perçu que réel de la délinquance et de la violence dans les zones urbaines a une influence sur la santé. La délinquance affecte la qualité de vie non seulement des victimes, mais aussi de leurs amis, de leur famille et du quartier dans lequel elles vivent⁷². Les enquêtes d'opinion menées au Royaume-Uni et aux États-Unis montrent inlassablement que les individus classent la délinquance parmi leurs principales préoccupations quotidiennes. Plus de la moitié des habitants de Nairobi, au Kenya, déclarent s'en inquiéter très souvent, voire constamment. De même, à Lagos, au Nigeria, 70 %

des personnes interrogées déclarent craindre être victimes d'un acte délictueux, et 90 % d'entre elles redoutent de se faire tuer lors d'une attaque⁷³.

La peur de la délinquance isole les communautés et a des répercussions financières pour les individus, l'État et le secteur privé⁷². La crainte de la violence contraint les pauvres à rester chez eux et les riches à ne pas quitter leurs quartiers fermés⁷⁴. La peur et l'insécurité sont omniprésentes dans la vie de tous, et ont des conséquences graves sur la confiance et le bien-être au niveau local⁴⁷.

Dans les zones urbaines, la violence revêt des formes très diverses : violence dirigée contre soi-même, violence interpersonnelle et violence collective⁷⁵. Dans de nombreuses zones urbaines, les actes de violence ont un effet dévastateur sur la santé et les moyens de subsistance des individus⁷⁶. Ils s'accompagnent aussi de nombreux autres coûts, et amoindrissent par exemple les perspectives économiques d'une ville. Dans certains pays à revenu élevé, la situation est aussi déplorable que dans de nombreux pays en développement, et les principaux déterminants sociaux sous-jacents sont identiques⁴⁷ : exclusion sociale, pauvreté, chômage et mauvaises conditions de logement.

SOLIDARITÉ ET COHÉSION SOCIALE L'environnement social influence la santé dans les zones urbaines car il atténue ou renforce l'impact des facteurs de stress, et régule l'accès aux biens affectifs et matériels qui influent sur la santé⁵⁴.

Il est prouvé qu'un niveau élevé de solidarité contribue à générer divers résultats positifs pour la santé. La solidarité apporte aux individus les ressources affectives et pratiques dont ils ont besoin, et peut avoir un puissant effet protecteur sur la santé. À l'inverse, l'isolement et l'exclusion sociale peuvent entraîner un mauvais état de santé, voire un décès prématuré⁷⁷.

La cohésion sociale (la qualité des relations sociales et la confiance, les obligations ainsi que le respect mutuels au sein du quartier ou de la ville) contribue à protéger les individus et leur santé. Les sociétés affichant de fortes inégalités de revenus se caractérisent en général par une moindre cohésion sociale et davantage de violence. Un niveau élevé de solidarité préserve la santé, tandis que le délitement des relations sociales sape la confiance et exacerbe la violence⁷⁷.

ÉGALITÉ ENTRE HOMMES ET FEMMES Si le mot « sexe » renvoie aux différences biologiques entre les hommes et les femmes, le terme « genre » décrit des rôles, des droits et des responsabilités, socialement construits, que



la communauté et la société considèrent comme appropriés pour les hommes et les femmes⁷⁸. Les normes et les valeurs genrées peuvent donner naissance à des inégalités genrées, c'est-à-dire des différences entre les hommes et les femmes qui donnent systématiquement des pouvoirs à un genre aux dépens de l'autre. Le fait que, de par le monde, les femmes perçoivent en moyenne un revenu inférieur à celui des hommes constitue un exemple d'inégalités genrées⁷⁹.

Les femmes qui vivent dans les zones urbaines rencontrent des inégalités genrées analogues à celles que connaissent les femmes en général. Conjuguées à d'autres déterminants de la santé, comme l'accès aux opportunités économiques, les inégalités genrées influent sur l'état de santé des femmes. Parmi les déterminants identifiés, on peut citer :

- Des opportunités limitées d'accès à l'éducation et à l'emploi rémunéré ;
- Un statut social inférieur au sein de la famille, de la communauté et de la société ;
- Un accès limité aux ressources et une maîtrise limitée de ces ressources ;
- Un pouvoir de décision restreint ;
- Un risque accru d'être victimes de violences sexuelles et genrées du fait de normes genrées inégalitaires ;
- Une importance moindre accordée à la santé et à la vie des femmes en dehors de leurs années de fécondité.

Le manque d'attention accordée à ces déterminants produit une dégradation et une négligence systématiques de la santé des femmes, y compris en zone urbaine. Ainsi, au sein du ménage, les filles et les garçons, les femmes et les hommes ne bénéficient pas d'un accès identique aux aliments les plus nutritifs et aux soins de santé. Les normes et les valeurs qui conduisent à l'acceptation sociétale de la violence à l'encontre des femmes ou du pouvoir sur la procréation et la sexualité des femmes favorisent divers états relatifs à la santé reproductive et sexuelle des femmes⁸⁰.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET QUALITÉ DES ALIMENTS

La flambée des prix des denrées alimentaires depuis la fin de 2006 favorise la montée de la famine dans les pays les plus pauvres du monde et rend la sécurité alimentaire plus précaire dans les villes. Les familles pauvres vivant en ville consacrent jusqu'à 70 % de leur revenu à l'achat de nourriture, souvent au détriment de l'éducation ou des soins aux enfants. Dans les pays profondément touchés par la famine ou la sécheresse, les familles prennent moins de repas et n'envoient plus les enfants à l'école afin d'économiser sur les frais scolaires pour acheter de la nourriture. La multiplication

par deux des prix des denrées dans le monde au cours des trois dernières années risque d'appauvrir encore 100 millions d'habitants de ces pays à faible revenu⁸¹. On assistera par conséquent à une progression de la malnutrition et des cas de retard de croissance.

Paradoxalement, l'urbanisation est aussi associée à l'adoption de régimes hypercaloriques, caractérisés par de grandes quantités de graisse, de sucre et de sel. Les marchands ambulants, restaurants et commerces de restauration rapide vendant des aliments transformés, des plats cuisinés et des en-cas se multiplient dans la plupart des villes, offrant à leurs habitants de nouvelles possibilités de consommer des aliments à forte teneur en graisses et en calories. En conséquence, l'obésité progresse dans les villes du monde entier.

Dans les pays à revenu intermédiaire et élevé, les obèses sont plus nombreux dans les populations pauvres que riches, ce qui peut sembler paradoxal. Il est probable que plusieurs facteurs soient responsables de cette situation, mais selon l'une des explications, les aliments caloriques, tels que les aliments frits ou transformés, coûtent généralement moins cher, à apport calorique équivalent, que les fruits et les légumes frais^{82,83}.

GESTION DES SERVICES ET DES URGENCES SANITAIRES

Divers services sanitaires et sociaux influencent la santé en milieu urbain, notamment les services directs tels que l'éducation, les soins de santé et la solidarité locale, ainsi que la capacité de l'État à réagir à une multitude de menaces de santé publique susceptibles de frapper les centres urbains. Nous examinons plus en détail certains aspects essentiels des systèmes de santé urbains qui peuvent avoir une incidence sur la santé des citoyens : accès à des services de santé primaires de qualité, couverture universelle et gestion des urgences sanitaires.

ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DE QUALITÉ

Les villes donnent au moins quelques possibilités d'accès à des soins de santé de qualité : les centres de santé sont principalement situés dans les villes, et les professionnels de santé qualifiés ont tendance à s'installer dans les zones urbaines, en particulier celles où ils trouvent des hôpitaux universitaires et des revenus élevés.

Dans le même temps, de nombreuses villes comptent une gamme complexe de prestataires publics, privés et à



UN Photo/Eskinder Debebe

but non lucratif, avec des établissements de santé régis par diverses instances, depuis le ministère de la Santé au niveau national jusqu'aux autorités municipales. Les hôpitaux et les spécialistes ont acquis un rôle pivot, souvent aux dépens des services de soins primaires. Dans de nombreuses villes, le manque de services de soins primaires a entraîné l'émergence d'un secteur informel de prestations de soins de santé payants non réglementés. Ainsi, en Afrique, dans certaines villes, les soins de santé primaires ont quasiment ou complètement disparu et ont été remplacés par des prestataires commerciaux non réglementés.

La prestation de soins payants non réglementés pose de sérieux problèmes de qualité. Dans la plupart des cas, les patients soit ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin, soit reçoivent des soins dont ils n'ont pas besoin, et, dans tous les cas, les payent trop cher. Ces soins sont souvent de qualité insuffisante, et peuvent être inefficaces, voire dangereux. Les effets indésirables ou les complications placent les patients dans un cercle vicieux, où leurs besoins en soins s'accroissent, ce qui les appauvrit encore davantage.

Des facteurs sociaux, comme l'absence de services culturels adaptés, la barrière de la langue et les préjugés de la part des professionnels de santé peuvent également empêcher les citoyens pauvres et marginalisés, en particulier les migrants, d'accéder aux soins. Ces catégories de personnes ne comprennent souvent pas les rouages du système de santé et constituent par conséquent une proie facile pour des agents de santé peu scrupuleux ou incompetents, qui leur fournissent des soins de mauvaise qualité, voire dangereux.

Les soins primaires de qualité permettent de faire reculer l'exclusion et les disparités en santé et d'organiser les services de santé selon les besoins et les attentes des individus. Lorsque l'on compare des pays se trouvant à un même niveau de développement économique, ceux dans lesquels la santé est organisée selon le principe des soins de santé primaires affichent un niveau de santé supérieur pour un investissement analogue⁸⁴.

COUVERTURE UNIVERSELLE Telle qu'elle est définie par les États Membres de l'OMS, la couverture universelle voudrait que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin (prévention, promotion, traitement et réadaptation) sans risquer que l'accès à ces services ne leur pose des difficultés financières. La couverture universelle englobe non seulement la protection contre le risque financier, mais aussi les réseaux de soins primaires (voir section précédente). Elle évite aux citoyens de devoir se priver des soins

de santé essentiels pour des raisons financières, ou de rencontrer de graves difficultés financières, voire de sombrer dans la pauvreté⁸⁵. Dans de nombreuses villes, les citoyens pauvres accèdent difficilement aux services de santé car ils n'ont pas les moyens de les payer directement. (Dans les zones rurales, en revanche, le principal problème d'accès rencontré par les habitants tient à la distance qui les sépare des établissements de santé). Même dans de nombreuses cliniques publiques « gratuites », les patients doivent payer les médicaments et les fournitures, voire la consultation.

De nombreux citoyens se verront tôt ou tard confrontés à un choix difficile : soit se passer d'un traitement essentiel, soit se faire soigner et tomber dans la pauvreté. Même si la première solution semble plus viable financièrement à court terme, au fil du temps, elle conduit souvent à un appauvrissement encore plus grave résultant d'une incapacité, de la perte de revenu ou d'un décès prématuré⁸⁶.

Il incombe à l'État de veiller, le plus souvent au niveau national, à ce que tous les individus puissent recevoir les services dont ils ont besoin et soient protégés contre les risques financiers associés à l'utilisation de ces services. Au cours du siècle dernier, un certain nombre de pays ont atteint ce niveau de protection. Ainsi, les pays européens ont commencé à mettre en place des mécanismes de protection sociale à la fin du XIXe siècle, avant de passer à la couverture universelle après la deuxième guerre mondiale en instaurant des dispositifs financés par l'impôt ou une assurance-maladie universelle, ou, le plus souvent, en combinant les deux. Plus récemment, tous les habitants du Chili, du Costa Rica, de Cuba, de la République de Corée, de la Thaïlande et de la Turquie ont reçu un accès aux services de base et une protection contre le risque financier. La Chine, la Colombie et le Mexique, entre autres, sont, à des degrés divers, en train d'instaurer des plans ambitieux afin d'aboutir à une couverture universelle dans un avenir proche.

PRÉPARATION ET ACTION FACE AUX URGENCES

SANITAIRES Le degré de préparation d'une ville face à une urgence sanitaire et la résilience de sa population exercent une influence majeure sur la santé de ses habitants lorsque la catastrophe frappe. L'impact des catastrophes naturelles (comme les phénomènes climatiques extrêmes et les tremblements de terre), des accidents chimiques et radiologiques, des incendies, des accidents liés aux transports et des épidémies est amplifié par la densité de population et l'environnement bâti dans les zones urbaines. Les établissements de santé peuvent être endommagés, détruits ou surchargés et les personnels de santé peuvent avoir disparu, ce qui limite l'accès des victimes aux services de



**Théophile, 62 ans
Yaoundé, Cameroun
LA RÉALITÉ DU COÛT
DES SOINS DE SANTÉ**

Théophile est parti en retraite de la fonction publique il y a 10 ans de cela. Depuis, pour gagner un peu d'argent, il loue une pièce, à l'arrière de sa maison, pour 15 000 francs CFA par mois (29 dollars). Il n'est pas resté suffisamment longtemps à un poste pour recevoir une pension de retraite, alors l'argent se fait rare. « J'ai d'autres personnes à ma charge, alors ce n'est pas facile. »

« Mon plus gros problème, c'est ma santé. J'ai une inflammation

chronique de la jambe depuis une quinzaine d'années, mais cela empire. On m'a diagnostiqué des rhumatismes, mais je n'ai reçu que des soins de base. » D'après Théophile, d'autres affections sont rapidement apparues ensuite, notamment de l'hypertension.

« Des amis et des membres de ma famille m'aident. Au fil des ans, j'ai déjà dépensé environ un million de francs CFA (1 940 dollars) pour essayer de me guérir. Le médecin pense qu'il faudrait opérer ma jambe. Cela fait deux ans qu'il me le dit, mais je n'ai pas l'argent pour cette opération. Si j'avais eu l'argent, je pourrais marcher correctement, à l'heure qu'il est. »

Pour traiter son hypertension, il achète des médicaments qui coûtent 22 000 francs CFA (42 dollars). Lorsqu'il ne parvient pas à les acheter, son état de santé se dégrade rapidement. « J'achète aussi des anti-inflammatoires, mais seulement quand j'en ai besoin. J'achète mes médicaments dans la rue, parce que je n'ai pas les moyens d'aller à la pharmacie. C'est dangereux, mais je n'ai pas d'autre choix. »

« Aujourd'hui, je suis obligé de mendier, et c'est le pire de tout. De toute ma vie, je n'avais jamais mendié. C'est la maladie qui a fait de moi un mendiant. »

OMS/Anna Kari

ENCADRÉ 2.2 GROS PLAN SUR LE SÉISME D'HAÏTI

Le tremblement de terre qui a frappé Haïti le 12 janvier 2010 a provoqué d'immenses dégâts dans les zones urbaines. Dans la capitale, Port-au-Prince, quelque 30 % des bâtiments ont été détruits et d'autres villes ont été sévèrement touchées. Le séisme a perturbé les services censés sauver des vies et prendre en charge les blessés. De nombreux bâtiments officiels et hôpitaux ont été détruits, et d'innombrables fonctionnaires et agents de santé ont été tués. Même avant le tremblement de terre, la population de ce pays pâtissait déjà de l'état de santé le plus médiocre de l'hémisphère occidental, et plus de 70 % des Haïtiens vivaient avec moins de 2 dollars par jour.

Le déploiement d'une aide internationale de grande ampleur a été entravé par de multiples problèmes de logistique et d'infrastructure. Les autorités ne savaient notamment pas comment recevoir et distribuer d'importantes quantités d'aide à 3 millions de personnes dans un pays dont les aéroports et les ports étaient endommagés et les routes bloquées par des décombres. Pendant les premières heures qui ont suivi le séisme, avant l'arrivée dans le pays des équipes internationales, des Haïtiens ont sorti à mains



nues des dizaines de milliers de personnes des décombres.

Malgré les dégâts considérables subis par les principaux bâtiments officiels, les autorités nationales ont souhaité reprendre le contrôle de la coordination globale de l'aide humanitaire, avec le concours des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux. Les organisations locales, comme la Croix-Rouge haïtienne, ont grandement contribué à secourir les victimes, et les survivants eux-mêmes ont largement aidé leurs concitoyens à trouver un abri, un soutien et des soins.

Entre autres problèmes urgents, les Haïtiens doivent à présent réfléchir aux moyens d'apporter aux milliers d'amputés des soins de réadaptation et un soutien continu au sein de leur communauté. Les urbanistes devront déterminer comment ils peuvent aider les personnes amputées à vivre et à se déplacer facilement dans les villes. Plus généralement, Haïti et ses partenaires devront passer de la phase d'aide humanitaire à une véritable stratégie de développement qui puisse assurer un avenir meilleur aux générations futures.

UN Photo/Sophia Paris

santé et d'urgence lorsqu'ils en ont le plus besoin (cf. encadré 2.2 pour un exemple décrivant la réaction au tremblement de terre d'Haïti, en janvier 2010)⁹⁷.

Dans le monde actuel, extrêmement interconnecté, les maladies infectieuses sont facilement importées dans les villes. Les voyageurs d'affaires et les touristes, les migrants, ainsi que les importations d'animaux et de produits animaliers sont autant de vecteurs potentiels d'agents infectieux. Les villes sont aussi le lieu où l'on conduit les personnes souffrant de maladies nouvelles ou rares, qui dépassent la compétence des cliniques rurales. Lorsqu'un pathogène infectieux arrive, il se propage efficacement et rapidement au niveau national et international par le biais de la ville, en raison de la densité de sa population et des multiples liaisons de transport qui s'y trouvent : gares routières et ferroviaires, grands aéroports et ports internationaux (encadré 2.3).

La biosûreté et la biosécurité revêtent, elles aussi, une grande importance. En effet, non seulement les grandes villes accueillent les principaux laboratoires de recherche et de biotechnologie, mais elles constituent aussi des cibles de choix pour ceux qui souhaitent déclencher intentionnellement une épidémie ou un empoisonnement.

Les conflits et l'insécurité dans les environnements urbains, ainsi que l'exode rural, posent également des défis humanitaires considérables. On assiste à la prolifération des bidonvilles, ainsi que des risques qu'ils engendrent pour la santé, à mesure que les personnes déplacées cherchent refuge en marge des zones urbaines.

Le degré de préparation des autorités à la gestion de ces problèmes a des conséquences non seulement pour les citoyens, mais aussi pour l'ensemble de la population. Lorsque les zones urbaines, qui sont les lieux où se



ENCADRÉ 2.3 LA PROPAGATION DU SRAS VIA LES CENTRES URBAINS

En 2003, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la première nouvelle maladie grave du XXI^e siècle, a montré qu'aucune ville n'est automatiquement protégée par sa richesse, son niveau de vie ou la qualité de son système de santé contre l'arrivée d'une nouvelle maladie ou des perturbations qu'elle peut engendrer. Le SRAS était, dans une large mesure, une maladie des centres urbains prospères. Contrairement à ce que l'on avait prévu, sa propagation a été plus rapide dans les hôpitaux urbains sophistiqués. Heureusement, l'épidémie a été contenue moins de quatre mois après que cette affection ait été reconnue comme une menace internationale. Si le SRAS avait réussi à prendre pied dans un environnement pauvre, on peut se demander si les mesures, les installations et les technologies pointues nécessaires pour l'endiguer auraient pu être pleinement déployées⁸⁸.

Jelle Boontje/SXC.com

concentrent les ressources de santé, la logistique et d'autres moyens, sont frappées par une crise, l'aide apportée au reste du pays se restreint.

Conséquences de la vie en ville sur la santé

Comme nous l'avons souligné dans la section précédente, un logement de qualité et des conditions de vie satisfaisantes, des opportunités sociales et économiques, ainsi que l'accès aux services tels que l'éducation et les soins de santé contribuent à la bonne santé et au bien-être des citoyens. Le niveau élevé de solida-

rité et de cohésion sociale que l'on rencontre généralement dans les zones urbaines explique également un certain nombre de résultats sanitaires positifs. Une bonne gouvernance urbaine sous-tend la réalisation de ces déterminants de la santé, notamment.

Dans le même temps, les villes présentent un certain nombre de risques sanitaires, en particulier lorsqu'elles sont mal gouvernées ou qu'elles n'accordent pas une priorité suffisante à la santé à tous les niveaux. Nombreuses sont celles qui font face à une triple menace : maladies infectieuses exacerbées par de mauvaises conditions de vie, maladies non transmissibles (cardiopathies, cancers et diabète), affections dues au tabagisme, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et à l'usage nocif de l'alcool, et enfin traumatismes (y compris les accidents de la circulation) et actes de violence⁸⁹.

MALADIES INFECTIEUSES

Les maladies infectieuses constituent une menace majeure dans de nombreuses villes en raison de la densité de population, de la surpopulation, du manque d'eau potable et de systèmes d'assainissement, des déplacements et des échanges internationaux, ainsi que d'un accès insuffisant aux soins de santé, en particulier dans les taudis urbains. La récente épidémie de SRAS (encadré 2.3) en constitue une bonne illustration. D'autres maladies infectieuses, telles que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose, la pneumonie et les infections diarrhéiques, sont de plus en plus fréquentes dans les villes.

Les citoyens pauvres sont souvent les plus touchés. Les bidonvilles constituent en effet un terrain favorable à la tuberculose, à l'hépatite, à la dengue, à la pneumonie, au choléra et aux maladies diarrhéiques, qui se propagent facilement parmi des populations très concentrées.

En raison de facteurs biologiques conjugués aux inégalités sexospécifiques, les femmes sont particulièrement sensibles aux infections par VIH. Les femmes toxicomanes et les professionnelles du sexe sont les plus vulnérables. La stigmatisation, la discrimination et les sanctions à leur encontre ne font qu'accroître leur vulnérabilité⁹⁰.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles, telles que l'asthme, les cardiopathies et le diabète, constituent un problème de taille dans les centres urbains. L'essentiel

de ce risque peut être imputé aux changements intervenus dans le régime alimentaire et dans l'activité physique à la suite de l'urbanisation, ainsi qu'à l'exposition aux polluants atmosphériques, tels que la fumée du tabac. Comme nous l'avons mentionné plus haut dans la sous-section sur la sécurité alimentaire et la qualité des aliments, l'urbanisation va de pair avec un passage à une alimentation riche en calories, renfermant beaucoup de graisse, de sucre et de sel. En conséquence, l'obésité progresse dans les villes du monde entier. De plus, les citadins ont souvent un emploi sédentaire et l'étalement urbain n'incite pas à une activité physique. D'autres facteurs font également obstacle à une activité physique régulière : la surpopulation, la densité de la circulation, l'utilisation excessive des moyens de transport motorisés, la délinquance et la mauvaise qualité de l'air. La pollution atmosphérique, y compris la fumée du tabac, constitue un facteur de risque susceptible d'être à l'origine de l'asthme et d'autres maladies respiratoires.

L'urbanisation rapide menace aussi la santé mentale des citadins. Les mauvaises conditions de logement, la surpopulation, la pollution sonore, le chômage, la pauvreté et la dislocation culturelle peuvent causer ou exacerber divers problèmes de santé mentale, comme l'anxiété, la dépression, l'insomnie et les toxicomanies^{91,92,93}.

TRAUMATISMES ET VIOLENCE

Chaque jour environ 16 000 personnes perdent la vie à la suite d'un traumatisme, ce qui représente 10 % des décès. Les principales causes de mortalité à la suite d'un traumatisme sont les accidents de la route (22 %), les suicides (15 %) et les homicides (10 %), les conflits armés totalisant quant à eux 3 % des décès⁹⁴.

Les traumatismes dus à des accidents de la circulation sont responsables à eux seuls de 1,3 million de décès par an dans le monde. Dans nombre de pays en développement, l'urbanisation et la multiplication des véhicules motorisés ne s'est pas accompagnée de la construction d'une infrastructure de transport adaptée, de l'introduction de règles de circulation ou de la mise en œuvre de mesures renforçant la sécurité routière. Les pays à revenu faible et intermédiaire affichent des taux de mortalité routière plus élevés (respectivement 20,1 et 22,1 pour 100 000) que les pays à revenu élevé (11,9 pour 100 000)⁷⁶. En outre, plus de 90 % des décès imputables aux accidents de la route surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui ne comptent pourtant que 48 % des véhicules immatriculés dans le monde⁹⁵.

À l'échelle mondiale, plus de 1,6 million de personnes décèdent des suites de violences chaque année⁷⁶. Les suicides font 844 000 morts, les homicides 600 000 et la violence collective 184 000^{96,97}. Pour une personne qui meurt du fait de la violence, beaucoup d'autres sont blessées et souffrent de diverses séquelles physiques, mentales ou autres⁷⁶. Bien qu'entraînant rarement la mort, la maltraitance des enfants, la violence des jeunes, la violence exercée par un partenaire intime, la violence sexuelle et les mauvais traitements aux personnes âgées constituent autant de formes de violence très répandues qui ont des conséquences non négligeables sur le comportement et la santé. Les principaux facteurs contribuant à la violence urbaine sont l'exclusion sociale, la pauvreté, le chômage et les mauvaises conditions de logement. La crainte de cette violence accentue encore la fragmentation sociale, économique et politique des villes⁷⁴. Les jeunes sont particulièrement touchés par la violence urbaine. Dans les zones urbaines, les individus de 15 à 24 ans sont responsables de la majorité des actes de violence, et en sont également les principales victimes³².

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre explique comment des facteurs physiques, sociaux et économiques influencent la santé des individus, et s'intéresse à certains de ces déterminants clés dans les zones urbaines. Les facteurs qui conditionnent l'état de santé de la population citadine englobent l'environnement naturel et l'environnement bâti, l'environnement social et économique, la sécurité alimentaire et la qualité des aliments, la gestion des services et des urgences sanitaires, ainsi que la gouvernance urbaine. Chacun d'entre eux peut grandement améliorer ou dégrader la santé des citadins, suivant les cas. ■ Dans la pratique, de nombreuses villes offrent à la fois le meilleur et le pire des environnements pour la santé et le bien-être. Cette dichotomie sera explorée en détail dans la Partie Deux du présent rapport.

**PARTIE
DEUX**

**DONNER À VOIR LA FACE
CACHÉE DES VILLES**

INTRODUCTION À LA PARTIE DEUX

Comme l'a décrit la Partie Un, la quasi-intégralité de la croissance de la population sur les 30 prochaines années aura lieu dans les zones urbaines, et l'augmentation rapide du nombre de personnes vivant dans les villes comptera parmi les principaux problèmes sanitaires mondiaux du XXI^e siècle. Si l'urbanisation est, dans l'ensemble, à l'origine d'une amélioration de la santé et du développement, elle a également quelques conséquences négatives, telles que l'apparition des bidonvilles et la progression des émissions de gaz à effet de serre. Dépassées par le rythme de cette urbanisation, les municipalités et les autorités sanitaires s'efforcent d'y faire face.

La Partie Deux met en évidence les écarts substantiels d'état de santé qui existent au sein même d'une ville, et qui forment la face cachée des villes, celle que l'on ne voit normalement jamais. Elle présente des informations nouvelles qui révèlent que certains citoyens souffrent plus que d'autres d'un large éventail de maladies et de problèmes de santé. Elle montre également comment il est possible d'imputer ces problèmes de santé à des inégalités sociales et de conditions de vie. Enfin, ce rapport explique que si l'on ne prend pas de toute urgence des mesures pour remédier à ces inégalités en santé en milieu urbain, certains pays ne pourront pas atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatives à la santé d'ici 2015.

Chapitre 3. Inégalités en santé en milieu urbain : quels sont les enjeux ?

Chapitre 4. Mise au jour des inégalités en santé en milieu urbain

Chapitre 5. Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement

PRINCIPAUX MESSAGES DE LA PARTIE DEUX :

- Dans tous les pays, certains citoyens souffrent plus particulièrement d'un mauvais état de santé, et ces inégalités sont imputables à des disparités dans les conditions de vie et le contexte social.
- Pour mettre en évidence l'ampleur de ces inégalités en santé en milieu urbain, il importe de désagréger les données sur la santé et sur les déterminants de la santé au sein même des villes.
- Si l'on ne prend pas de toute urgence des mesures pour remédier à ces inégalités en santé en milieu urbain, certains pays ne pourront pas atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement relatives à la santé.

CHAPITRE 3.

INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN : QUELS SONT LES ENJEUX ?



OMS/Anna Kari

S'il est généralement admis qu'en moyenne, les citoyens bénéficient d'une meilleure santé que les habitants des campagnes, on connaît très mal les différences d'état de santé qui existent au sein même des villes. La pratique habituelle consiste à agréger les données relatives à la santé afin d'obtenir une moyenne pour tous les citoyens, riches et pauvres, jeunes et vieux, hommes et femmes, migrants et résidents de longue date, plutôt que de procéder à une désagrégation par niveau de revenu, quartier ou toute autre caractéristique permettant de former des sous-catégories. Les différents univers dans lesquels vivent les citoyens demeurent ainsi dans l'ombre, et l'on continue d'ignorer les graves problèmes de santé des populations défavorisées. Ainsi, si les populations urbaines pauvres sont souvent totalement laissées pour compte, c'est en particulier parce que les autorités sanitaires publiques ne recueillent pas d'informations dans les habitats informels ou illicites, et passent aussi à côté des personnes sans abri.

Pour évaluer l'état de santé de la population d'une ville, il faut commencer par chercher à savoir quels habitants sont touchés par quels problèmes de santé, et pourquoi. Si elles étudient les informations disponibles par ce prisme, les autorités municipales comprendront mieux quels sont les problèmes, où ils se situent et comment y remédier de manière optimale.



OMS/Anna Kari

Les inégalités en santé : quelle part d'injustice ?

Il existe deux sortes d'inégalités en santé, les inégalités au sens strict et les inégalités relevant d'une injustice ou d'une iniquité.

Les inégalités en santé au sens strict sont simplement des différences d'état de santé entre des catégories de personnes. Ces différences peuvent s'expliquer par des facteurs sur lesquels on ne peut pas agir, tels que l'âge ou le sexe, ou par des facteurs que l'on peut modifier, tels que la situation socio-économique.

Les inégalités en santé relèvent d'une iniquité lorsqu'elles sont systématiques, produites par la société (et donc modifiables) et injustes⁹⁸. Elles ne sont alors pas réparties de manière aléatoire, mais affichent plutôt une distribution constante dans la population, souvent en fonction de la situation socio-économique ou géographique. Par exemple, un enfant qui vit dans un bidonville de Nairobi, au Kenya, a bien plus de risques de mourir avant l'âge de cinq ans qu'un enfant qui vit dans une autre partie de la ville⁴⁷. À Glasgow, en Écosse, l'espérance de vie des hommes varie de 54 à 82 ans selon la partie de la ville dans laquelle ils résident⁹⁹. Aucune loi de la nature ne décrète ces différences de situation sanitaire⁹⁸, lesquelles sont plutôt la résultante des conditions dans lesquelles les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que des systèmes de santé auxquels elles ont accès, qui sont eux-mêmes façonnés par des forces politiques, sociales et économiques plus vastes³¹. Parce qu'elles sont déterminées par la situation socio-économique, par les conditions de vie ainsi par que d'autres déterminants sociaux et environnementaux, ces inégalités en santé sont intrinsèquement injustes. Dans la suite du document, ce que nous appelons inégalités en santé recouvre le plus souvent ces inégalités injustes.

Toutefois, certaines inégalités en santé ne relèvent pas d'un manque d'équité. Par exemple, le taux de mortalité des personnes de plus de quatre-vingts ans est plus élevé que celui des personnes de vingt à trente ans, mais cette différence ne relève pas d'une iniquité sanitaire injuste produite par la société. Elle résulte plutôt du processus biologique naturel du vieillissement.

Par opposition aux inégalités en santé, l'équité en santé suppose que chacun dispose de la juste opportunité de vivre dans le meilleur état de santé possible, et que personne ne soit pénalisé dans la réalisation de ce potentiel en raison de sa situation sociale ou de toute autre circonstance déterminée socialement⁹⁸. L'équité en santé renvoie à des situations dans lesquelles les individus et les populations ne souffrent d'aucun désavantage systématique ou injuste sur le plan de la santé du fait de leur race, de leur sexe, de leur nationalité, de leur âge, de leur appartenance ethnique, de leur religion, de leur orientation sexuelle, de leur statut au regard de l'immigration, de leurs compétences linguistiques, de leur situation géographique ou du quartier dans lequel ils vivent.

La notion d'équité en santé en milieu urbain suppose que tous les citoyens bénéficient d'opportunités de vivre dans le meilleur état de santé possible. Plus concrètement, personne ne doit être empêché de parvenir au meilleur état de santé possible, et toutes les sous-catégories de population urbaine doivent bénéficier des mêmes opportunités de se soigner et pouvoir accéder à ces opportunités.

Il importe de noter que l'égalité ne constitue pas en soi une source d'équité. Si, par exemple, une population pauvre souffre davantage de problèmes de santé qu'une population plus aisée (comme cela est souvent le cas), alors, il faudra apporter à la population pauvre un niveau de services relativement plus élevé pour que la distribution soit juste ou équitable dans la population dans son ensemble.

Malgré leur importance, on passe souvent à côté de ces inégalités en santé car la pratique habituelle consiste à collecter et à analyser les données de manière à produire des moyennes pour l'ensemble de la population urbaine. Même si quelques dirigeants visionnaires s'intéressent systématiquement aux différences dans l'état de santé de leurs administrés, la majorité des municipalités ne disposent pas d'informations claires sur la nature et l'ampleur des inégalités en santé qui règnent dans leur ville.

Pourquoi il faut mettre en évidence et vaincre les inégalités en santé

Il est communément admis que pour plusieurs affections et événements de santé, la situation est pire dans les milieux ruraux que dans les villes. Par exemple, à l'échelle planétaire, la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans a une incidence moindre dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cependant, la figure 3.1 montre que les inégalités en santé sont plus importantes en milieu urbain en Afrique et en Asie et analogues aux inégalités en milieu rural dans la région des Amériques.

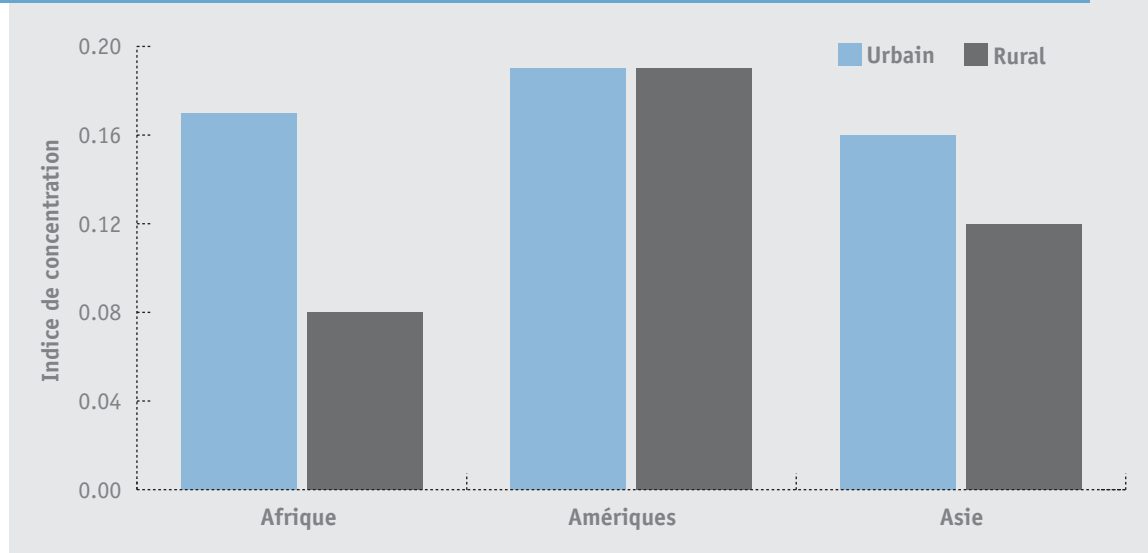
Cette figure présente les résultats d'une étude des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) pour 47 pays en développement sur la période 1994-2004, laquelle estime que la proportion médiane des enfants de moins de cinq ans souffrant de retard de croissance¹ s'établit à 28 % dans les zones urbaines, contre 43 % dans les zones rurales¹⁰⁰. Il est

intéressant de noter que cette étude énonce deux conclusions qui battent en brèche l'idée reçue selon laquelle on vivrait mieux en ville. Tout d'abord, c'est essentiellement le niveau plus élevé du patrimoine des ménages citadins qui explique les taux moindres de retard de croissance en milieu urbain. Selon cette étude, dans plusieurs pays, l'environnement rural est plus propice à la santé que l'environnement urbain¹⁰¹. Deuxièmement, pour 32 pays sur 47, on a observé que le degré d'inégalité socio-économique expliquant le retard de croissance était plus élevé en milieu urbain que dans les zones rurales.

La lutte contre les inégalités en santé en milieu urbain devrait constituer l'une des priorités des programmes de santé publique et de développement des villes. Selon les données disponibles, on peut relever des inégalités dans toutes les villes. Aucune ville, grande ou petite, riche ou pauvre, à l'Est comme à l'Ouest, au Nord comme au Sud, n'est épargnée par ce problème.

Les inégalités en santé en milieu urbain portent préjudice à tous les citoyens, qu'elles touchent notamment par le biais des flambées de maladies, des troubles sociaux, de la délinquance et de la violence. Ces menaces peuvent se

FIGURE 3.1
LES INÉGALITÉS DANS LA MALNUTRITION CHRONIQUE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS 47 PAYS EN DÉVELOPPEMENT, COMPARAISON ENTRE LES ZONES URBAINES ET LES ZONES RURALES, 1994 – 2004



Note : ces résultats représentent la moyenne des pays pour lesquels des données issues des études démographiques et sanitaires étaient disponibles pour la période 1994-2004 (Afrique = 28 pays, Amériques = 9 pays, Asie = 10 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs d'une région dans son ensemble. Cette figure recourt à un indice de concentration qui constitue un indicateur approprié des inégalités.

¹Le « retard de croissance » concerne les enfants de moins de cinq ans dont le rapport poids/âge est inférieur de deux écarts types à la médiane de référence internationale du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS. Le retard de croissance résulte d'une exposition de longue durée à une insuffisance nutritionnelle et indique un état de malnutrition chronique. Il témoigne d'un environnement de vie défavorable et se traduit par une diminution de longue durée du potentiel de croissance de l'enfant.



**André, 25 ans
Gualhuros, Brésil
SURMONTER LA TOXICOMANIE**

André a grandi dans la violence et la criminalité. Il vivait avec sa mère et trois frères. « Il n'y avait guère d'opportunités qui s'offraient à moi, explique-t-il. Mes frères étaient tombés dans la drogue, et il y avait toujours des bagarres à la maison. Je suis parti à l'âge de 13 ans parce que je voulais un peu de liberté et de tranquillité. »

Peu après, il s'est retrouvé dans un logement avec beaucoup d'autres jeunes, et ils partageaient le loyer. Au début, il vendait des boissons sans alcool pour se faire un peu d'argent. « Dans la maison, il y avait plein de drogue et d'armes, et j'ai fini par me laisser entraîner. J'ai volé, j'ai bu et j'ai commencé à prendre de la cocaïne à 14 ans. Mais à cette époque, la drogue, c'était occasionnel et juste pour s'amuser. »

André se droguait depuis six ans quand il s'est rendu compte que cela devenait un vrai problème. Il est allé chercher de l'aide auprès d'un centre social local pour alcooliques et toxicomanes. « Le centre m'a vraiment aidé. Ils n'avaient pas d'idées préconçues ou de préjugés, et ils m'ont compris. Pour moi, l'une des meilleures choses, c'est d'avoir pu rencontrer d'autres patients : nous avons pu partager nos expériences. »

Toutefois, la majeure partie des activités proposées au Centre étaient davantage ciblées sur les personnes plus âgées (tricot, couture, travail du bois ou peinture). « Les adolescents ne s'intègrent pas vraiment lorsqu'ils viennent ici. Beaucoup sont là parce qu'on les y a forcés. » Avec l'aval du Centre, il a mis en place des cours de breakdance et de rap afin de toucher les jeunes, en leur permettant de

raconter leur histoire lors de spectacles ou de campagnes d'information sur la santé.

« Pour moi, c'est une responsabilité, et ça me fait plaisir quand des jeunes m'écoutent et changent de vie. Il y avait un gamin d'à peine 12 ans qui prenait déjà de la drogue et travaillait dans le crime organisé. J'ai parlé avec lui. Il a arrêté de se droguer et cessé de fréquenter des malfrats, et il est retourné à l'école. Sa mère est venue me voir en pleurant et m'a serré dans ses bras en me remerciant d'avoir aidé son fils. »

« Avant tout cela, je pensais que seule la mort pouvait me délivrer de mon addiction, mais maintenant, je suis convaincu que je suis plus fort qu'elle, et cette conviction est déjà une immense victoire pour moi. »

OMS/Anna Kari

propager facilement au-delà des limites d'un quartier ou d'un district, mettant en danger l'ensemble des citoyens et ternissant la réputation d'une ville.

Par ailleurs, prendre des mesures pour lutter contre les inégalités en santé engendre de nombreux effets bénéfiques. De telles actions rehaussent l'image des villes ainsi que leur attrait aux yeux du secteur privé, des investisseurs, des résidents et des institutions dans un environnement marqué par la concurrence mondiale. De plus, la cohésion sociale s'en trouve souvent améliorée, alors que la violence et la délinquance reculent. Cette lutte contre les inégalités en santé peut aussi inciter à intégrer la santé dans l'urbanisme et à améliorer les réseaux de transport, le logement et les espaces verts, tout en veillant à répondre aux besoins des catégories vulnérables et défavorisées. Les avantages pour la santé sont immédiats, et les villes sont mieux préparées à faire face aux catastrophes naturelles et aux futurs effets du changement climatique sur la santé.

En fin de compte, les inégalités en santé constituent un excellent indicateur social : elles représentent un moyen fiable de mesurer et de surveiller dans quelle mesure une ville répond aux besoins de ses habitants. Elles peuvent aussi servir de points de cristallisation aux revendications de changement, car il est plus facile de faire fléchir la résistance et l'inertie de la sphère politique lorsque l'on engage des actions au nom de la santé et de l'équité en santé pour tous¹⁰².

Les dirigeants locaux exercent une influence directe sur un large éventail de déterminants de la santé, dont la politique de logement et de transport, les services sociaux et la réglementation sur le tabagisme. Ils bénéficient ainsi de nombreux points d'entrée leur permettant d'engager des mesures pour remédier aux inégalités en santé en milieu urbain¹⁰³.

L'équité en santé en milieu urbain est liée aux droits de l'homme et aux conventions internationales

L'équité en santé est un principe éthique étroitement lié aux principes des droits de l'homme. Depuis l'adoption de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, en

OMS/Anna Kari



1946, la santé elle-même est reconnue comme un droit de la personne humaine au niveau international¹⁰⁴. Pouvoir bénéficier du meilleur état de santé possible fait partie des droits fondamentaux de tout être humain. Ce « droit à la santé » a depuis été inscrit dans de nombreux traités internationaux engageant les parties¹⁰⁵ ainsi que dans la constitution nationale de beaucoup de pays¹⁰⁶.

Plusieurs cadres internationaux donnent des justifications supplémentaires aux actions visant à remédier aux inégalités en santé en milieu urbain : la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la salubrité de l'environnement dans le développement rural et urbain et le logement, l'Agenda 21, la déclaration du Millénaire des Nations Unies et la Déclaration d'Alma-Ata, ainsi que les appels ultérieurs à renouveler les actions en faveur des soins de santé primaires.

En 1991, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution sur la salubrité de l'environnement dans le développement rural et urbain et le logement. Cette résolution a pris acte du déplacement de la population vers les zones urbaines et a appelé les pays à renforcer leur capacité à œuvrer pour un développement urbain propice à la santé. Elle place les partenariats entre les pouvoirs publics et les organisations de la société civile, y compris les organisations non gouvernementales, le secteur privé et la population locale, au cœur de la stratégie de réussite d'une telle démarche¹⁰⁷.

Par la suite, la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, qui s'est tenue à Rio de Janeiro en 1992, a adopté l'Agenda 21¹⁰⁸. Cet Agenda témoigne d'une vision exhaustive du développement durable, qui part du principe que ce dernier doit répondre aux besoins d'aujourd'hui sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire à leurs besoins à elles. Étant donné que de nombreux aspects traités dans l'Agenda 21 trouvent leur origine dans les activités locales,

il a été admis d'emblée que la participation et la coopération des autorités locales constitueraient un facteur déterminant pour la réalisation des objectifs de cet Agenda. La campagne des Agendas 21 locaux favorise un processus participatif de planification stratégique à long terme qui aide les municipalités à repérer les priorités de la durabilité locale et à introduire des plans d'action à long terme. Elle encourage une gouvernance locale de qualité et mobilise les autorités locales et les citoyens afin qu'ils s'engagent dans un tel processus multipartite. Ce processus conduit à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan stratégique à long terme qui traite les préoccupations locales prioritaires du développement durable.

La Déclaration du Millénaire des Nations Unies constitue un autre cadre international qui reconnaît l'importance de la lutte contre les inégalités en santé¹⁰⁹. Cette Déclaration a été adoptée en 2000 et traduite en huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) censés être atteints d'ici¹¹⁰. Ces objectifs consistent à : éradiquer la pauvreté extrême et la faim, améliorer l'éducation, promouvoir l'égalité des sexes, améliorer la santé et combattre les maladies, veiller à la durabilité de l'environnement et mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Bien que les OMD ne mentionnent pas explicitement la nécessité d'améliorer l'équité en santé, il est largement

admis que la lutte contre les inégalités en santé occupe une place importante dans la réalisation des cibles des OMD dans la plupart des pays. Personne ne conteste non plus que pour atteindre les OMD, il faut prendre en compte les environnements urbains. Les OMD sont étudiés plus en détail au chapitre 5 du présent rapport.

Le regain d'intérêt pour les soins de santé primaires ne fait que renforcer la légitimité des actions favorables à l'équité en santé. La Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires¹¹¹, qui s'est tenue en 1978, a été la première à inscrire l'équité en santé parmi les priorités de la communauté internationale. Le Rapport mondial sur la santé 2008 a préconisé un retour aux soins de santé primaires, en expliquant que leurs idéaux, leurs principes et leurs méthodes sont aujourd'hui plus pertinents que jamais⁸⁴. Comme l'observe ce rapport, les inégalités dans l'état de santé et l'accès aux soins sont nettement plus criantes aujourd'hui qu'en 1978. En 2009, l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS a salué la publication de ce rapport et a réaffirmé son adhésion résolue aux idéaux et aux principes des soins de santé primaires, à savoir l'équité, la solidarité, la justice sociale, l'accès universel aux services, l'action multisectorielle, la décentralisation et la participation de la population¹¹².

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit les difficultés et les enjeux de la lutte contre les inégalités en santé en milieu urbain. Certaines inégalités en santé relèvent de l'iniquité et sont systématiques, produites par la société (et donc modifiables) et injustes. Elles ne sont alors pas réparties de manière aléatoire, mais affichent plutôt une distribution constante dans la population, souvent en fonction de la situation socio-économique ou géographique. ■ Par opposition aux inégalités en santé, l'équité en santé suppose que chacun bénéficie de la juste opportunité de vivre dans le meilleur état de santé possible, et que personne ne soit pénalisé dans la réalisation de ce potentiel en raison de sa situation sociale ou de toute autre circonstance d'origine sociale. En tant que telle, l'équité en santé peut être considérée comme un moyen fiable de mesurer et de surveiller dans quelle mesure une ville répond aux besoins de ses habitants. L'équité en santé constitue avant tout une question de justice sociale rattachée à plusieurs principes et cadre internationaux relatifs aux droits de l'homme. ■ Malgré leur importance, on passe souvent à côté de ces inégalités en santé car la pratique habituelle consiste à collecter et à analyser les données de manière à produire des moyennes pour l'ensemble de la population urbaine. Pour faire sortir ces inégalités de l'ombre, il faut impérativement s'appuyer sur des données désagrégées afin de rechercher les différences de situation au sein même des villes. Les chapitres suivants de la Partie Deux présentent des résultats qui mettent en évidence ces inégalités.



CHAPITRE 4.

MISE AU JOUR DES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN

OMS/Anna Kari

Ce chapitre met en lumière les inégalités en santé dans les environnements urbains et montre comment les données agrégées masquent souvent de fortes inégalités en santé parmi les citoyens. Ces inégalités n'apparaissent au grand jour que si l'on examine des sous-groupes d'habitants en fonction de leur statut socio-économique, du quartier ou d'autres caractéristiques de la population. Les résultats dévoilent à la fois des disparités entre les sous-groupes les plus riches et les plus pauvres et des gradients sur l'ensemble du spectre de la population urbaine.

La plupart des exemples présentés dans ce chapitre sont tirés d'analyses nouvelles dans lesquelles l'Organisation mondiale de la Santé se penche sur la nature et l'ampleur des inégalités en santé en milieu urbain. Les données émanent de sources fiables (organisations internationales réputées, organismes publics nationaux ou municipaux) et ont pu être désagrégées en fonction de l'environnement (urbain/rural) et, dans l'idéal, d'autres facteurs socio-économiques, tels que le revenu et le niveau d'instruction. Les données issues de l'enquête mondiale sur la santé¹¹³ de 2003 et des enquêtes démographiques et sanitaires¹¹⁴ ont été utilisées pour nombre des aspects étudiés. Les populations citadines ont été désagrégées suivant le niveau de revenu et d'instruction des ménages. Les inégalités en santé ont été évaluées d'après les variations entre ces différents sous-groupes pour un éventail d'indicateurs de santé : facteurs de risque de maladies, accès aux soins et événements de santé, notamment. Pour certains indicateurs, une étape supplémentaire a consisté à repérer les facteurs contribuant spécifiquement aux inégalités en santé dans les zones urbaines.

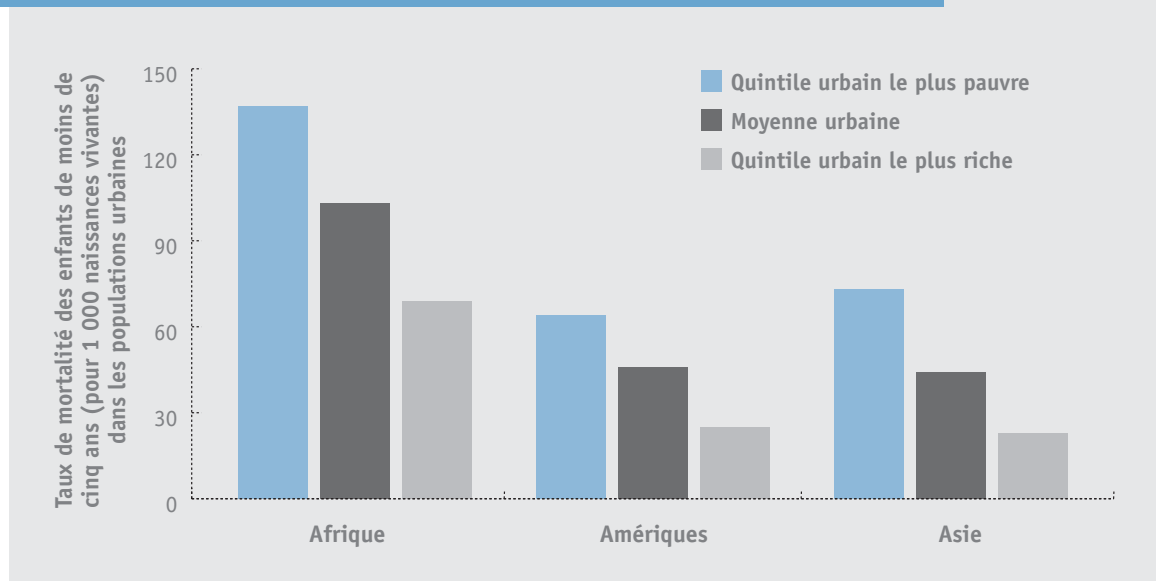
Ce chapitre ne constitue pas une revue exhaustive des nouvelles analyses de l'Organisation mondiale de la Santé consacrées aux inégalités en santé en milieu urbain, ou de

ces inégalités en général. Il convient de ne pas interpréter les exemples provenant de tel ou tel pays comme des évaluations de l'équité globale en santé dans les zones urbaines de ce pays, ni comme le signe d'inégalités en santé plus marquées dans ces villes que dans d'autres pays. On trouvera dans l'annexe B au présent rapport des informations plus détaillées sur les analyses et les constats de l'Organisation mondiale de la Santé.

Inégalités en santé entre populations urbaines riches et pauvres

Les moyennes urbaines relatives à la santé masquent souvent d'amples disparités entre catégories socio-économiques. Cette section montre que les données désagrégées font apparaître une réalité très différente pour les citadins pauvres. Des écarts existent non seulement entre les plus riches et les plus pauvres, mais également sur tout le spectre de la population urbaine.

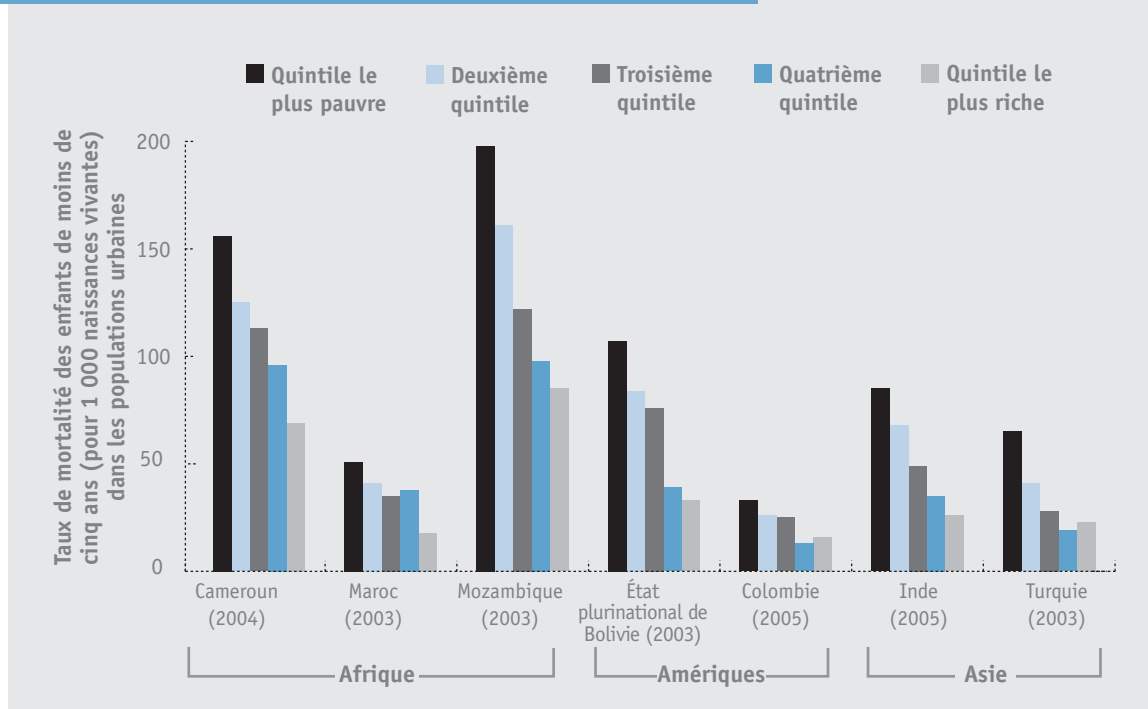
FIGURE 4.1
TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS CITADINS ÂGÉS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR RÉGION, DANS 42 PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE



Note : ces résultats correspondent aux moyennes des pays pour lesquels les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) présentent des données relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans en ville (Afrique = 25 pays, Amériques = 7 pays, Asie = 10 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble.

Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2000-2007.

FIGURE 4.2
TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS
DANS LES ZONES URBAINES DE SEPT PAYS



Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2005.

LES ENFANTS CITADINS PAUVRES ONT UN RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE MALNUTRITION CHRONIQUE ET DE DÉCÈS

Bien que les taux de survie des enfants soient, dans la majorité des cas, plus élevés en milieu urbain que dans les zones rurales, ces moyennes occultent de fortes inégalités entre différents groupes de population. Pour les zones urbaines, la figure 4.1 révèle de grandes inégalités, dans et entre les régions, dans les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Dans chaque région, les enfants des familles citadines les plus pauvres présentent un risque de décès environ deux fois plus élevé que les enfants des familles citadines les plus riches. Si l'on compare les régions, il apparaît que les taux de mortalité dans les zones urbaines d'Afrique sont également deux fois plus élevés environ que sur le continent américain et qu'en Asie.

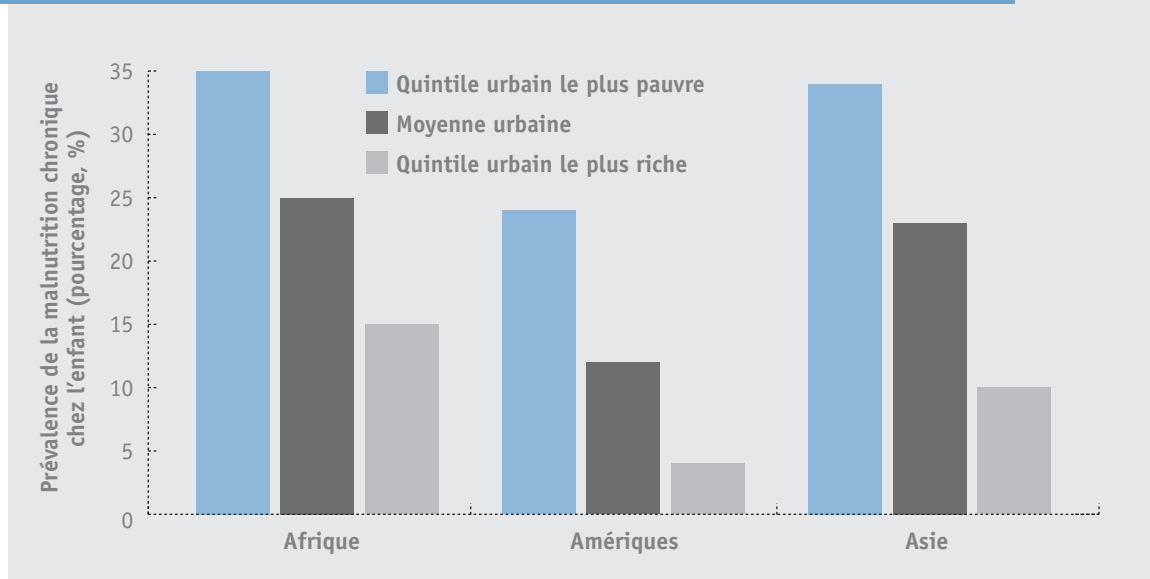
Dans chacun des 42 pays à revenu faible ou intermédiaire pour lesquels on dispose de données (à compter de l'an 2000), les enfants citadins les plus pauvres ont deux fois plus de probabilité que les enfants citadins les plus riches

de décéder avant l'âge de cinq ans. L'écart est d'ampleur très variable d'un pays à l'autre : il va de 1,3 à 15,6 selon les groupes de population. Quoiqu'il en soit, le désavantage sanitaire global est manifeste. Dans ces 42 pays, les enfants citadins les plus pauvres sont les plus susceptibles de ne pas atteindre leurs cinq ans.

On observe des différences non seulement entre les plus riches et les plus pauvres, mais aussi sur l'ensemble du spectre de la population urbaine. Dans les zones urbaines de plusieurs pays de notre échantillon (figure 4.2), les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans diminuent progressivement à mesure que le revenu de la famille augmente. On peut en conclure que les efforts destinés à réduire les inégalités doivent cibler toute la population, et non pas uniquement les plus pauvres. Un tableau analogue se dégage en ce qui concerne la malnutrition des enfants, qui cause plus d'un tiers des décès pendant l'enfance. À l'échelle mondiale, la malnutrition des moins de cinq ans est moins fréquente dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cependant, là encore, ces moyennes masquent de grandes disparités à l'intérieur des villes. Les résultats provenant de 41 pays à revenu faible ou intermédiaire pour lesquels des données

FIGURE 4.3

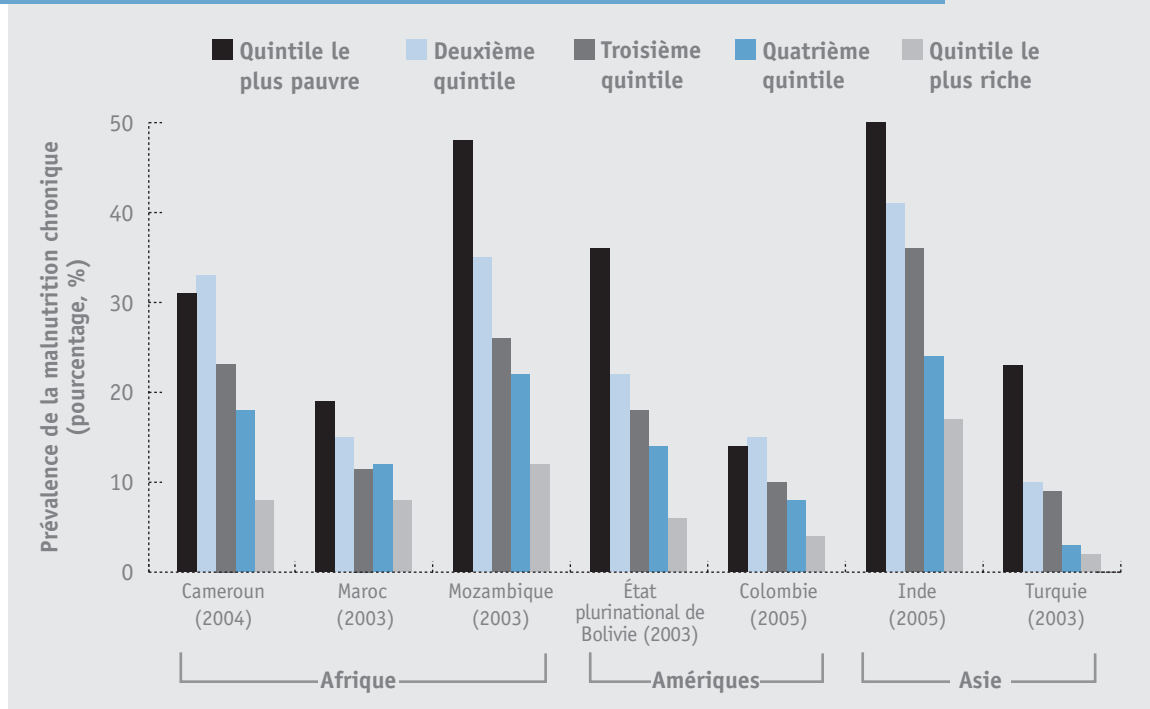
MALNUTRITION CHRONIQUE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR RÉGION, DANS 41 PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE



Note : ces résultats correspondent aux moyennes des pays pour lesquels les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) présentent des données relatives aux zones urbaines (Afrique = 27 pays, Amériques = 7 pays, Asie = 7 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble. Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2000-2007.

FIGURE 4.4

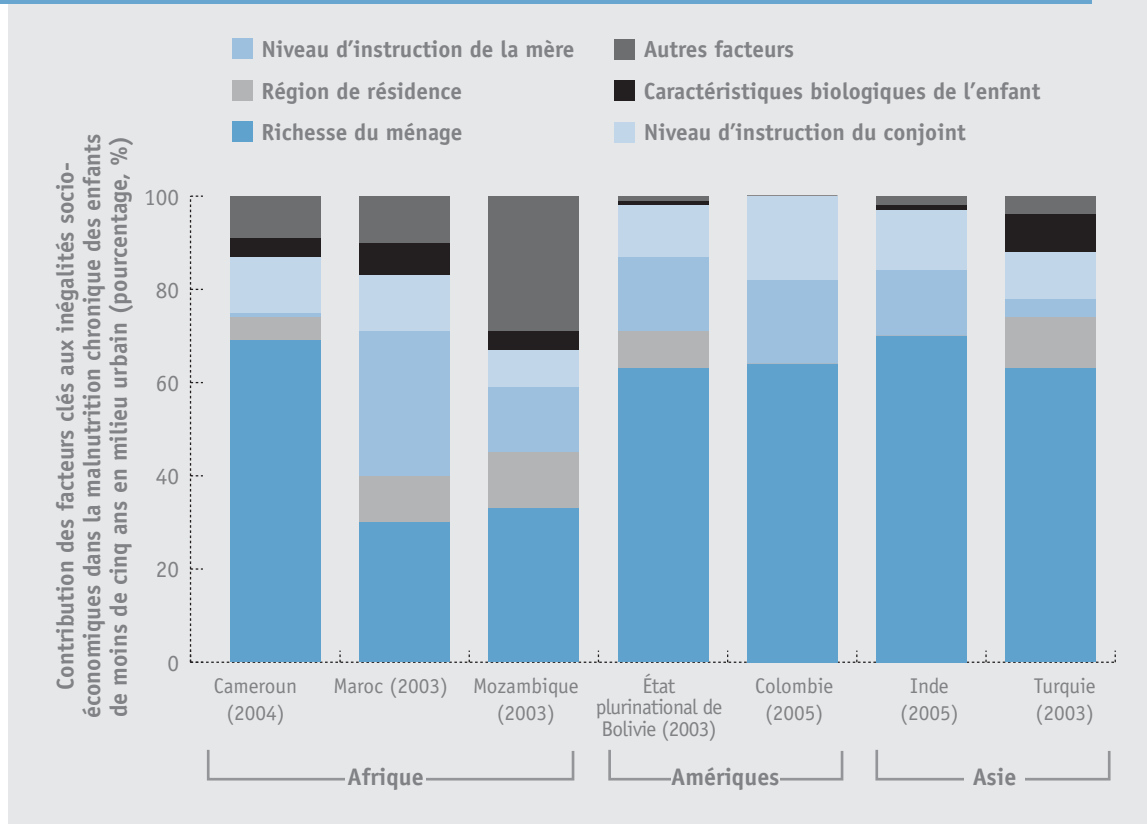
MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES ZONES URBAINES DE SEPT PAYS



Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2007.

FIGURE 4.5

FACTEURS CONTRIBUANT AUX INÉGALITÉS DANS LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES ZONES URBAINES DE SEPT PAYS



Note : les caractéristiques biologiques de l'enfant sont son âge, son sexe et son poids à la naissance ; les Autres facteurs sont l'âge de la mère, le nombre d'enfants de moins de cinq ans au sein du ménage, la distance par rapport à la structure de santé la plus proche, l'accès à de l'eau salubre, ainsi que des facteurs résiduels. Voir l'annexe B pour de plus amples informations sur les méthodes d'analyse.
 Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2005.

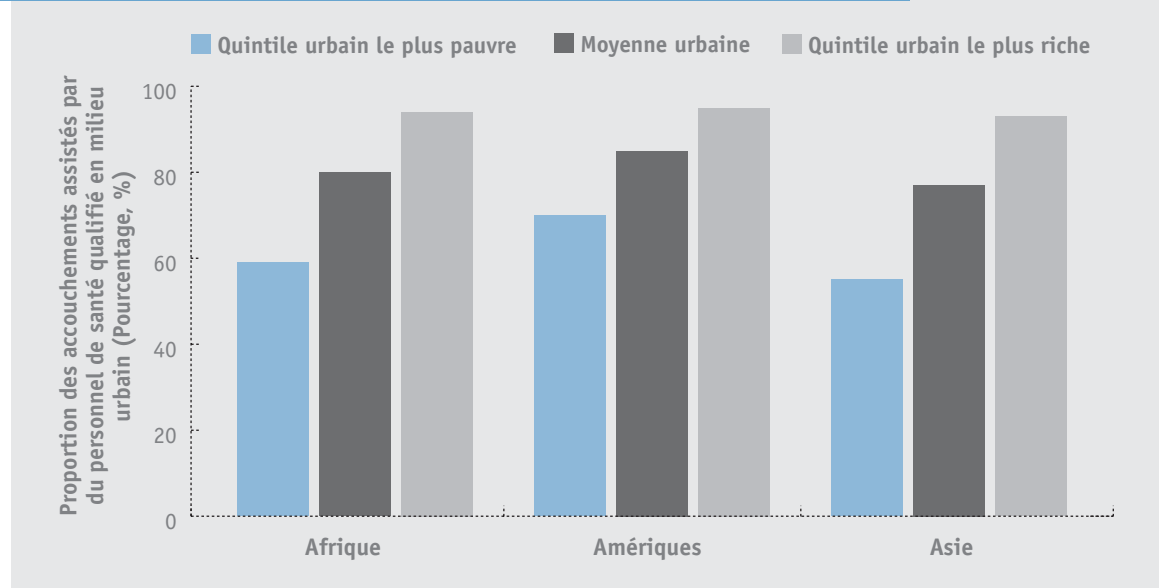
sont disponibles montrent qu'en moyenne, la prévalence du retard de croissance (voir note de bas de page i, chapitre 3, pour une définition) chez les enfants citadins les plus pauvres est trois fois plus élevée que parmi les enfants citadins les plus riches. La figure 4.3 illustre les inégalités sur le plan de la malnutrition des enfants dans les populations urbaines d'Afrique, des Amériques et d'Asie. Au sein de chaque région, on constate des écarts substantiels entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche des populations urbaines.

Ce ne sont pas uniquement les enfants des ménages pauvres qui sont exposés à la malnutrition. En règle générale, celle-ci touche également davantage les enfants des classes moyennes que ceux des familles les plus aisées. Sur la figure 4.4, les exemples portant sur les zones urbaines de certains pays montrent que le risque de malnutrition chronique chez l'enfant augmente progressivement à mesure que le revenu de la famille diminue.

Quelles sont les causes de ces inégalités ? Afin d'essayer de répondre à cette question, l'OMS a procédé à des analyses supplémentaires pour identifier les facteurs qui contribuent aux inégalités en termes de malnutrition des enfants. La figure 4.5 en présente les résultats. Dans les zones urbaines des sept pays étudiés, les inégalités de richesse des ménages influent fortement sur les inégalités dans la malnutrition des enfants. Dans ces sept pays, la contribution de la richesse du ménage à ces inégalités varie de 30 à 76 %. Les inégalités dans le niveau d'instruction de la mère et dans celui de son conjoint concourent aussi, l'un et l'autre de manière indépendante, à la malnutrition des enfants, respectivement dans des proportions comprises entre 1 et 31 % et entre 8 et 18 %. Il s'avère que la région de résidence et les caractéristiques biologiques de l'enfant sont des facteurs supplémentaires d'inégalité, bien que leur impact relatif soit généralement plus faible que celui des facteurs mentionnés en premier.

FIGURE 4.6

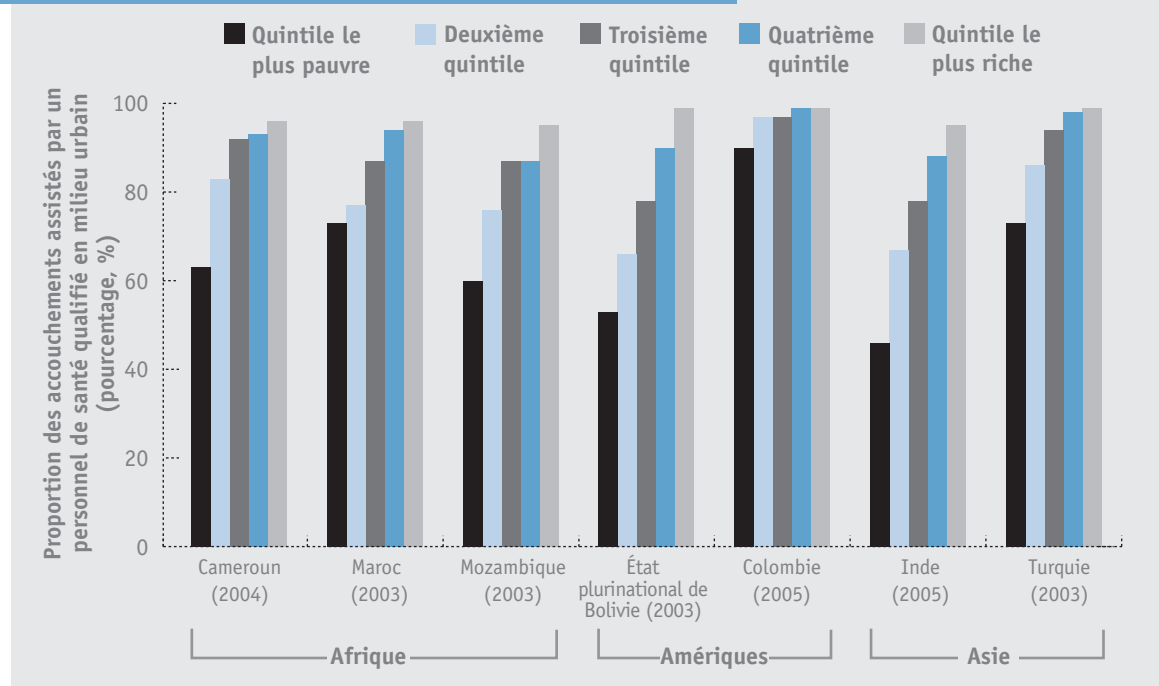
PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ, PAR RÉGION, DANS LES ZONES URBAINES DE 44 PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE



Note : ces résultats correspondent aux moyennes des pays pour lesquels les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) présentent des données relatives aux zones urbaines (Afrique = 26 pays, Amériques = 7 pays, Asie = 11 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble. Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2000-2007.

FIGURE 4.7

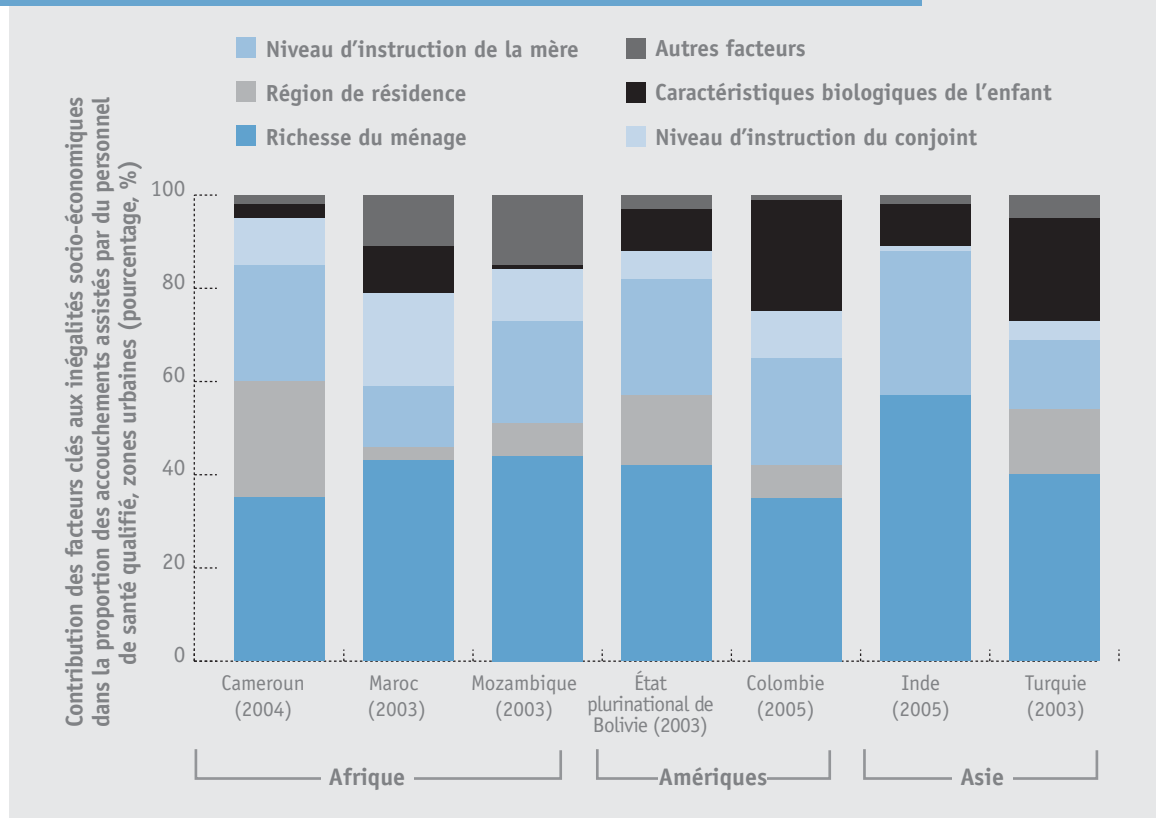
PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ DANS LES ZONES URBAINES DE SEPT PAYS



Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2005.

FIGURE 4.8

FACTEURS CONTRIBUTANT AUX INÉGALITÉS DANS LA PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ, DANS LES ZONES URBAINES DE SEPT PAYS



Note : les Autres facteurs sont l'âge de la mère, la cohabitation avec le conjoint, la présence d'une femme comme chef du ménage, la distance par rapport à la structure de santé la plus proche, ainsi que des facteurs résiduels. Voir l'annexe B pour de plus amples informations sur les méthodes d'analyse. Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2005.

LES CITADINES PAUVRES ACCOUCHEMENT MOINS SOUVENT AVEC L'ASSISTANCE D'UN PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ

Les soins dispensés lors d'un accouchement par des médecins, du personnel infirmier, du personnel infirmier auxiliaire ou d'autres professionnels de santé apparentés (accouchement assisté par un personnel de santé qualifié) réduisent, au moment de la naissance, les complications qui peuvent entraîner un handicap ou le décès de la mère. Cependant, dans les zones urbaines de 44 pays à revenu faible ou intermédiaire pour lesquels des données sont disponibles, la proportion des accouchements en présence d'un personnel de santé qualifié varie de moins de 40 % à 100 %. Pour la majorité des pays étudiés, elle est inférieure à 90 % dans les zones urbaines.

La figure 4.6 fait apparaître, dans les régions d'Afrique, des Amériques et d'Asie, d'importantes disparités entre les

citadines les plus riches et les plus pauvres concernant les accouchements assistés par un personnel de santé qualifié. C'est également le cas au sein de chaque pays. Ainsi, au Bangladesh, la proportion des accouchements en présence de personnel de santé qualifié est de 6% dans le quintile le plus pauvre de la population urbaine, contre plus de 75% dans le quintile le plus riche. Malgré des disparités généralement moins marquées dans les pays où les moyennes urbaines sont supérieures, des inégalités existent même lorsque la proportion moyenne des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié est relativement élevée dans les zones urbaines. En Égypte, par exemple, cette proportion atteint 89%, mais va de 74% pour le quintile le plus pauvre à 99% pour le plus riche.

Comme pour la malnutrition infantile, l'OMS a procédé à des analyses complémentaires sur la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, afin d'identifier les facteurs contribuant aux inégalités dans ce



Neniata, 69 ans
San Antonio, Makati,
Manille, Philippines
VIVRE AVEC LE DIABÈTE

Neniata a neuf enfants, et elle vit dans une petite maison avec sept autres adultes et 12 enfants. « Mes enfants font de la peinture, du nettoyage, du jardinage ou n'importe quel travail qu'ils puissent trouver, raconte-t-elle. Ils me donnent de l'argent lorsqu'ils le peuvent, mais ils ont eux-mêmes des enfants, alors j'attends mon tour. » Les bons jours, elles mange beaucoup, mais elle confie : « Quelquefois, tout ce que nous avons à manger, c'est du pain. Lorsque j'ai de l'argent, cela ne dure généralement que quelques jours. L'essentiel est dépensé en nourriture. Je ne bois pas et je ne joue pas. »

Il y a quinze ans, elle a découvert qu'elle avait du diabète, de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension. « J'étais faible, je ne tenais pas bien sur mes jambes et j'avais des étourdissements », se souvient Neniata. Maintenant, elle compte sur les médicaments qu'elle reçoit gratuitement lors de son check-up mensuel, mais généralement, elle ne peut pas se permettre d'en acheter davantage lorsqu'elle est à court, et il lui faut alors rechercher une clinique qui soit prête à faire un geste. « En ce moment, je n'ai plus de médicaments, je les ai finis il y a à peu près deux semaines. »

Elle ne peut pas obtenir de l'insuline gratuitement à la clinique, et à 6,50

dollars par jour, elle ne peut pas se permettre d'en acheter. Il y a trois ans, cela a failli lui coûter son pied. « Mon pied était enflé et ça remontait jusqu'au genou. Il était tout engourdi. Le médecin m'a dit qu'il faudrait peut-être l'amputer. Je lui ai demandé de ne pas faire ça parce que j'aime danser. Cela l'a fait rire. Je suis restée deux mois à l'hôpital pour me rétablir ; on m'injectait de l'insuline. Je suis contente d'avoir pu garder mon pied ! »

Neniata est une femme qui a beaucoup d'humour et qui aime la vie. « À dire vrai, cette maladie, ce n'est pas grand-chose. Elle ne m'inquiète pas trop. Ce que j'aime, c'est sourire et danser. »

OMS/Anna Kari

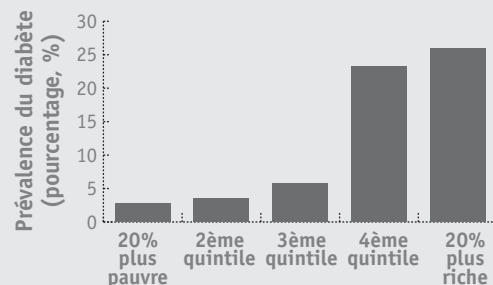
domaine. La figure 4.8 en présente les résultats. Globalement, il en ressort que, là encore, les inégalités de richesse des ménages influent fortement sur ces inégalités. Dans les sept pays, la richesse des ménages représente entre 34 et 58 % des inégalités. La région de résidence constitue un facteur supplémentaire important dans certains pays, tels que le Cameroun (25 %) et l'État pluri-national de Bolivie (14 %), alors que sa contribution est négligeable en Inde (~0 %) et au Maroc (3 %). Le niveau d'instruction de la mère entre, lui aussi, largement en ligne de compte : sa contribution aux inégalités dans la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié va de 10 % au Maroc à 31 % en Inde. Le niveau d'instruction du conjoint de la mère joue également un rôle, surtout au Maroc, où il constitue un facteur d'inégalité plus important que le niveau d'instruction de la mère. Enfin, même si le rang de naissance de l'enfant n'est pas un grand déterminant dans la plupart des pays, sa contribution aux inégalités dans la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié atteint jusqu'à 24 % en Colombie et 23 % en Turquie.

LES CITADINS PAUVRES ONT UN RISQUE DE DIABÈTE PLUS ÉLEVÉ À MESURE QUE LEUR PAYS SE DÉVELOPPE

Plus l'économie d'un pays se développe, plus la charge des maladies non transmissibles tend à passer des segments riches de la population urbaine aux segments plus pauvres. Les causes spécifiques de ce phénomène font débat, mais sont probablement liées à la différence d'exposition aux risques de maladies non transmissibles (mauvaise alimentation, sédentarité, obésité et tabagisme, notamment) des sous-groupes urbains à divers stades du développement économique du pays.

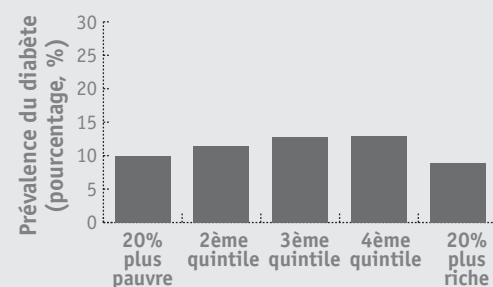
Le diabète en constitue un exemple. La figure 4.9 montre la prévalence du diabète signalé par les patients eux-mêmes, parmi les adultes âgés de 45 ans et plus dans les zones urbaines du Bangladesh, pays à faible revenu, par niveau de richesse. Dans ce cas, le diabète touche essentiellement les segments riches de la population citadine. La Tunisie, pays à revenu intermédiaire, affiche, elle, une distribution relativement homogène du diabète entre groupes urbains définis par leur niveau de richesse (figure 4.10). Dans les zones urbaines de l'Espagne, pays à revenu élevé, ce sont les citoyens pauvres qui sont les plus susceptibles de souffrir de diabète (figure 4.11). Plusieurs facteurs pouvant contribuer à ces différences, il faudrait une analyse épidémiologique plus poussée pour comprendre les tendances sur la durée et les relations de cause à effet.

FIGURE 4.9
PRÉVALENCE DU DIABÈTE SIGNALÉ PAR LES PATIENTS EUX-MÊMES ET DIAGNOSTIQUÉ PAR UN MÉDECIN CHEZ LES ADULTES ÂGÉS DE 45 ANS ET PLUS, DANS LES ZONES URBAINES DU BANGLADESH (PAYS À FAIBLE REVENU)



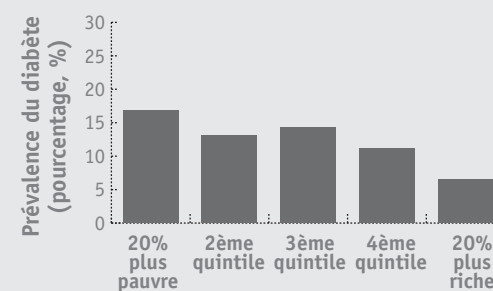
Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées de l'enquête mondiale sur la santé, 2003.

FIGURE 4.10
PRÉVALENCE DU DIABÈTE SIGNALÉ PAR LES PATIENTS EUX-MÊMES ET DIAGNOSTIQUÉ PAR UN MÉDECIN CHEZ LES ADULTES ÂGÉS DE 45 ANS ET PLUS, DANS LES ZONES URBAINES DE LA TUNISIE (PAYS À REVENU INTERMÉDIAIRE)



Source : calculs de l'OMS d'après des données tirées de l'enquête mondiale sur la santé, 2003.

FIGURE 4.11
PRÉVALENCE DU DIABÈTE SIGNALÉ PAR LES PATIENTS EUX-MÊMES ET DIAGNOSTIQUÉ PAR UN MÉDECIN CHEZ LES ADULTES ÂGÉS DE 45 ANS ET PLUS, DANS LES ZONES URBAINES DE L'ESPAGNE (PAYS À REVENU ÉLEVÉ)



Source : calculs de l'OMS d'après des données tirées de l'enquête mondiale sur la santé, 2003.

DISPARITÉS DANS L'ACCÈS À L'EAU COURANTE EN MILIEU URBAIN

On observe des inégalités entre riches et pauvres non seulement du point de vue de l'état de santé, mais également en ce qui concerne les déterminants de la santé, tels que l'accès à l'eau courante. Les prises d'eau ménagères amènent l'eau courante dans les logements, les parcelles de terrain ou les cours. Elles sont considérées comme la meilleure source d'eau potable améliorée (à condition que les conduites soient correctement entretenues et que la qualité de l'eau soit assurée). Ce sont principalement les améliorations dans l'accès à des prises d'eau ménagères qui ont fait progresser l'accès à l'eau salubre dans la plupart des régions : entre 1990 et 2008, la croissance de l'accès des ménages à l'eau courante a été deux fois plus élevée que celle de l'accès aux autres sources d'eau potable améliorée¹¹⁵.

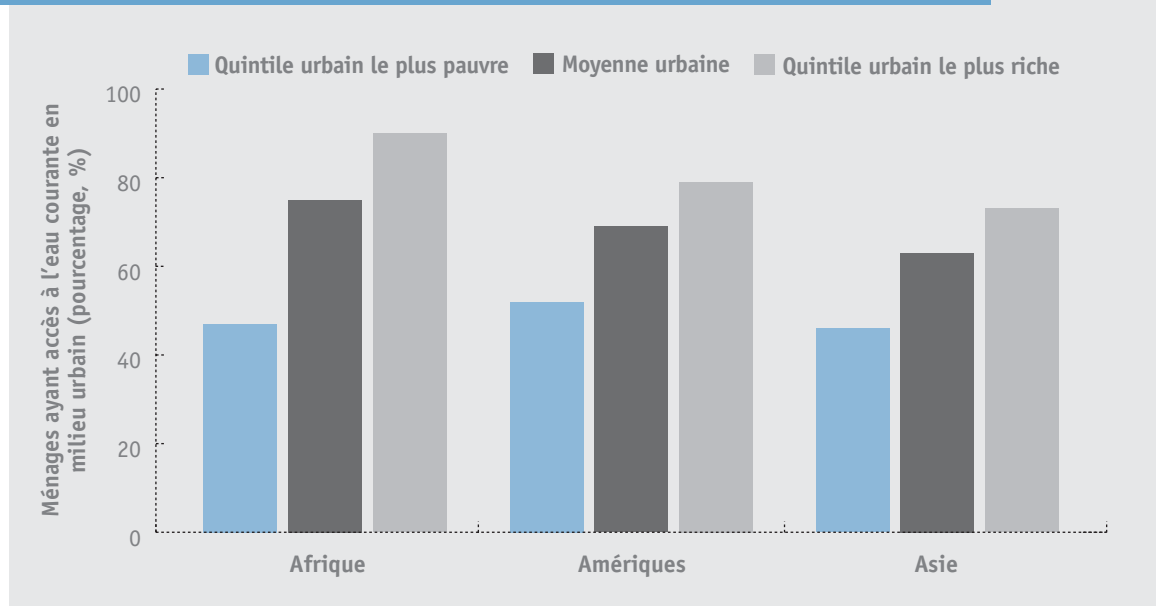
Au niveau mondial, les ménages urbains ont bien davantage accès à l'eau courante que les ménages ruraux¹¹⁵. Cependant, il existe de fortes inégalités d'accès entre les citoyens les plus riches et les plus

pauvres en Afrique, sur le continent américain et en Asie (figure 4.12). Même si l'ampleur varie, il en va de même, dans ces régions, au sein de chacun des pays étudiés.

Une analyse plus détaillée des inégalités dans l'accès des citoyens à l'eau courante fait apparaître des gradients sociaux. En d'autres termes, une progression systématique de l'accès des populations urbaines à l'eau courante correspond à une progression du quintile de richesse en milieu urbain. La figure 4.13 représente ces gradients dans sept pays. C'est au Mozambique que le degré d'inégalité est le plus élevé, et au Maroc qu'il est le plus faible, même si l'on observe des gradients dans tous les pays.

Néanmoins, ces résultats appellent une réserve essentielle : les données administratives recueillies systématiquement ont trait, en général, à des sources d'eau existantes, qu'elles soient ou non utilisées par les ménages. Plus important encore, il se pourrait que ces données ne tiennent pas compte des personnes vivant dans des taudis. Elles surestiment donc grossièrement l'accès à l'eau courante, surtout dans les villes comportant des systèmes de distribution d'eau mal entretenus ou de vastes zones de taudis.

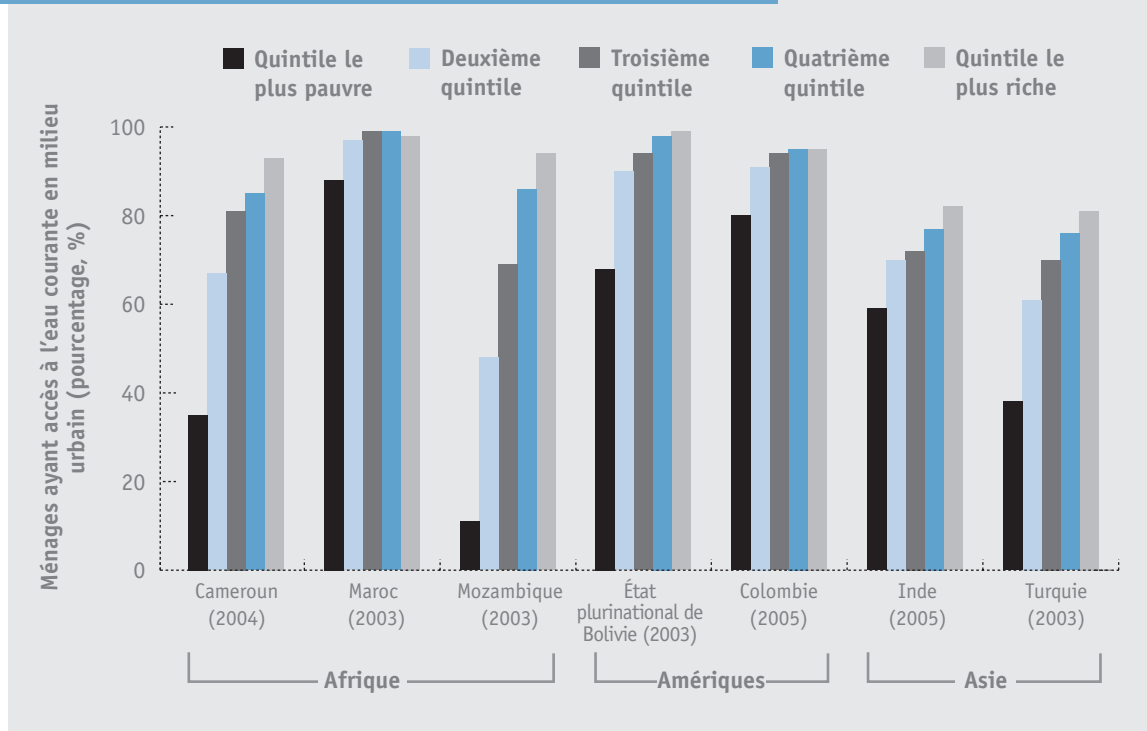
FIGURE 4.12
PROPORTION DES MÉNAGES AYANT ACCÈS À L'EAU COURANTE, DANS LES ZONES URBAINES DE 44 PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE



Note : les données sont les données les plus récentes disponibles sur la période 2000-2007. Les quintiles le plus pauvre et le plus riche désignent, respectivement, les quintiles de richesse le plus bas et le plus élevé en milieu urbain. Ces résultats correspondent aux moyennes des pays pour lesquels les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) présentent des données relatives aux zones urbaines (Afrique = 27 pays, Amériques = 7 pays, Asie = 10 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble.

Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2000-2007.

FIGURE 4.13
INÉGALITÉS DANS L'ACCÈS À L'EAU COURANTE EN MILIEU
URBAIN, DANS SEPT PAYS



Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2007.

RÉSUMÉ

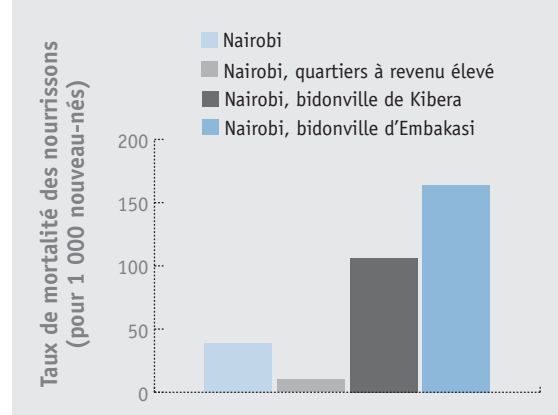
Cette section montre que les données agrégées masquent souvent de fortes inégalités en santé au sein des populations urbaines. Ces inégalités apparaissent au grand jour lorsque l'on examine ces populations sous l'angle du revenu familial ou du niveau de richesse. Plus précisément, il ressort de ces analyses que les familles au revenu le plus faible qui vivent en milieu urbain sont celles qui ont le plus grand risque de rencontrer des problèmes de santé, comme la malnutrition chez l'enfant et des décès dans la petite enfance, qu'elles accèdent moins facilement aux services de santé, tels que la possibilité d'accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié, et qu'elles sont également désavantagées sur le plan des conditions de vie, par exemple pour l'accès à l'eau courante. Point important, ces inégalités suivent un gradient social, affectant donc aussi les classes moyennes au moins dans une certaine mesure. Les causes sous-jacentes de ces inégalités en santé sont avant tout de nature sociale : patrimoine du ménage, niveau d'instruction et lieu de résidence, facteurs qui pèsent davantage que les attributs pré-déterminés comme l'âge et le sexe.

Inégalités en santé entre quartiers

Cette section se penche sur les inégalités en santé d'un point de vue géographique, en comparant les quartiers ou les districts urbains. On constate que la probabilité pour les citoyens d'être en bonne santé dépend largement de leur « localisation » dans la ville.

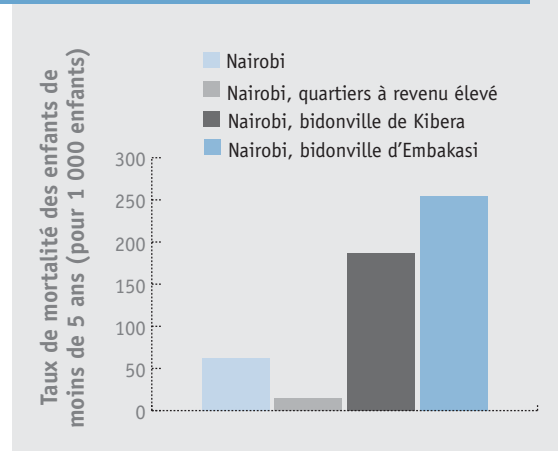
Il existe des disparités considérables entre les quartiers dans la plupart des villes, et certains ont tendance à concentrer les désavantages. Certains offrent un accès aisé à des aliments frais, via des marchés de viande et d'autres produits ; d'autres ne disposent que de lieux de restauration rapide ou d'étals de rue. Certains comptent des logements de bonne qualité, ainsi que des espaces verts, et l'air y est relativement pur ; d'autres sont délabrés, surpeuplés et pollués. Certains abritent divers services sanitaires et sociaux ; d'autres n'en ont aucun. Ces facteurs, et d'autres, se cumulent pour influencer sur la santé à l'échelle du quartier.

FIGURE 4.14
TAUX DE MORTALITÉ DES NOURRISSONS, NAIROBI, AU KENYA



Source : Population and Health Dynamics in Nairobi's Informal Settlements. Nairobi, African Population and Health Research Center, 2002. Données collectées en 2000.

FIGURE 4.15
TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, AU KENYA, DÉSAGRÉGÉS PAR QUARTIER DE NAIROBI



Source : Population and Health Dynamics in Nairobi's Informal Settlements. Nairobi, African Population and Health Research Center, 2002. Données collectées en 2000.

OMS/Anna Kari



Même si les quartiers diffèrent en fonction du statut économique de leurs habitants, les citoyens pauvres ne vivent pas tous dans des taudis ou dans des zones concentrant des désavantages, et ceux qui vivent dans des taudis ou dans des zones concentrant des désavantages ne sont pas tous pauvres. Il est par conséquent utile d'examiner, outre le statut socio-économique, les inégalités en santé par quartier, bien que ces deux facteurs aient tendance à être corrélés.

LES HABITANTS DES BIDONVILLES À NAIROBI, AU KENYA, SONT LES PLUS SUSCEPTIBLES, DANS CE PAYS, DE DÉCÉDER PENDANT LEUR PETITE ENFANCE

Nairobi, au Kenya, est l'illustration d'une urbanisation rapide dans un contexte de dégradation de la situation économique et sanitaire. Avec un taux de croissance de 7 % par an sur les deux dernières décennies, Nairobi reste l'une des villes d'Afrique affichant la plus forte expansion. Depuis les années 1960, sa population a plus que décuplé, passant de 293 000 habitants en 1960 à plus de 3 millions en 2009^{116,117}. L'essentiel de cet essor résulte de l'exode rural plutôt que de l'immigration étrangère ou de l'accroissement naturel.

En moyenne, les décès de nourrissons sont moins fréquents à Nairobi que dans les zones rurales du Kenya¹¹⁸. Cependant, cette moyenne urbaine masque des écarts substantiels entre différentes zones de Nairobi. La figure 4.14 montre ainsi que les quartiers de bidonvilles de la capitale affichent un taux de mortalité bien supérieur à celui de la ville considérée dans son ensemble et de ses quartiers à revenu élevé. Le constat est le même en ce qui concerne les décès parmi les enfants de moins de cinq ans (figure 4.15).

L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DIFFÈRE SPECTACULAIREMENT D'UN ARRONDISSEMENT À L'AUTRE DANS LES PLUS GRANDES VILLES DU JAPON

On rencontre également des inégalités en santé en milieu urbain au Japon, pays pourtant connu pour son état sanitaire élevé et son haut niveau de développement social (comme en témoigne l'espérance de vie de ses habitants). Les données obtenues auprès de l'Institut japonais de recherche sur la tuberculose mettent

en évidence de grandes disparités à l'intérieur des plus grandes villes de ce pays.

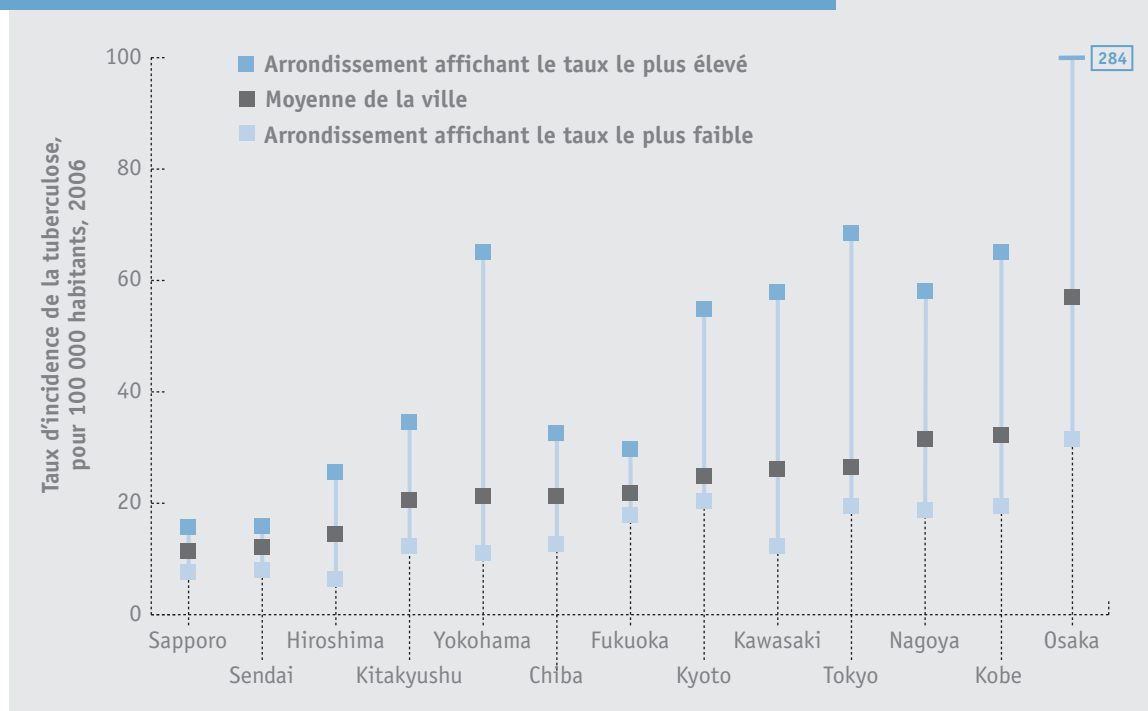
Le Japon a enregistré une forte prévalence de la tuberculose avant la deuxième guerre mondiale et immédiatement après, provoquant des centaines de milliers de décès chaque année. Elle était alors principalement imputable à la pauvreté, aux mauvaises conditions de logement et au surpeuplement urbain. Dans les années 1960, le développement économique du pays a contribué à changer la donne : le niveau de vie s'est considérablement amélioré et l'État a intensifié ses efforts de lutte antituberculeuse. Cependant, la tuberculose reste aujourd'hui plus fréquente au Japon que dans d'autres pays développés.

La figure 4.16 révèle de larges écarts, entre mégapoles japonaises, dans le nombre des nouveaux cas de tuberculose. En 2006, la moyenne pour 100 000 citoyens allait de 11,5 à Sapporo à 57,0 à Osaka. Cette année-là, 9 des 13 villes considérées dépassaient le taux d'incidence national, de 20,6 nouveaux cas pour 100 000 habitants (zones urbaines et rurales confondues).

La même figure fait aussi ressortir des disparités substantielles au sein des villes, d'un arrondissement à

l'autre. Ces fortes variations sur de faibles distances constituent l'une des caractéristiques de la tuberculose dans de nombreuses villes à travers le monde. Au Japon, on observe des inégalités dans toutes les villes étudiées, notamment à Tokyo, à Kawasaki et à Yokohama (dans l'agglomération de Tokyo), ainsi qu'à Kyoto, à Nagoya et à Kobe (dans ou jouxtant la zone métropolitaine de Kyoto-Osaka-Kobe). Les villes où les moyennes sont plus élevées tendent à afficher des écarts plus marqués, mais, même dans celles où les moyennes sont relativement faibles, par exemple à Yokohama, les disparités sont fortes entre les arrondissements les moins et les plus performants. C'est à Osaka que le nombre des nouveaux cas de tuberculose notifiés diffère le plus entre arrondissements. Sur les 24 arrondissements de cette ville, le taux d'incidence va de 31,6 pour 100 000 habitants dans l'arrondissement de Tsurumi à 284,3 pour 100 000 habitants dans l'arrondissement de Nishinari. Ce dernier compte l'une des plus grandes concentrations de travailleurs journaliers du Japon, dont beaucoup sont des sans-abri. Extrêmement élevé, son taux d'incidence de la tuberculose traduit probablement la situation de ce groupe minoritaire économiquement et socialement désavantagé.

FIGURE 4.16
NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE NOTIFIÉS POUR 100 000 HABITANTS, DANS LES PLUS GRANDES VILLES JAPONAISES, 2006



Source : Institut de recherche sur la tuberculose, Kiyose, Japon.

LE RISQUE D'HOMICIDE VARIE DE UN À QUATRE ENTRE LES SOUS-DISTRICTS DU CAP, EN AFRIQUE DU SUD

Les données ci-après, qui concernent la ville sud-africaine du Cap, font apparaître que les zones désavantagées affichent souvent plusieurs indicateurs négatifs : les sous-districts où le nombre des homicides est le plus élevé sont également ceux qui sont les plus pauvres et comptent la plus forte proportion d'habitants sans emploi et vivant dans des taudis.

L'Afrique du Sud présente l'un des taux d'homicide les plus élevés d'Afrique et au monde. Parmi ses grandes villes, c'est au Cap que ce problème est le plus aigu, avec 63,5 homicides pour 100 000 habitants en 2007¹¹⁹.

La désagrégation des chiffres des homicides au Cap en 11 sous-districts urbains révèle des disparités saisissantes dans cette ville. En effet, les taux d'homicide diffèrent considérablement, allant de 33 à South Peninsula à 132 à Nyanga, soit un risque de décès violent quatre fois plus élevé¹²⁰.

Les deux districts au taux d'homicide le plus élevé, Nyanga et Khayelitsha, sont aussi les plus désavantagés. Une proportion considérable de leur population vit dans des taudis, n'a pas d'emploi et subsiste en-

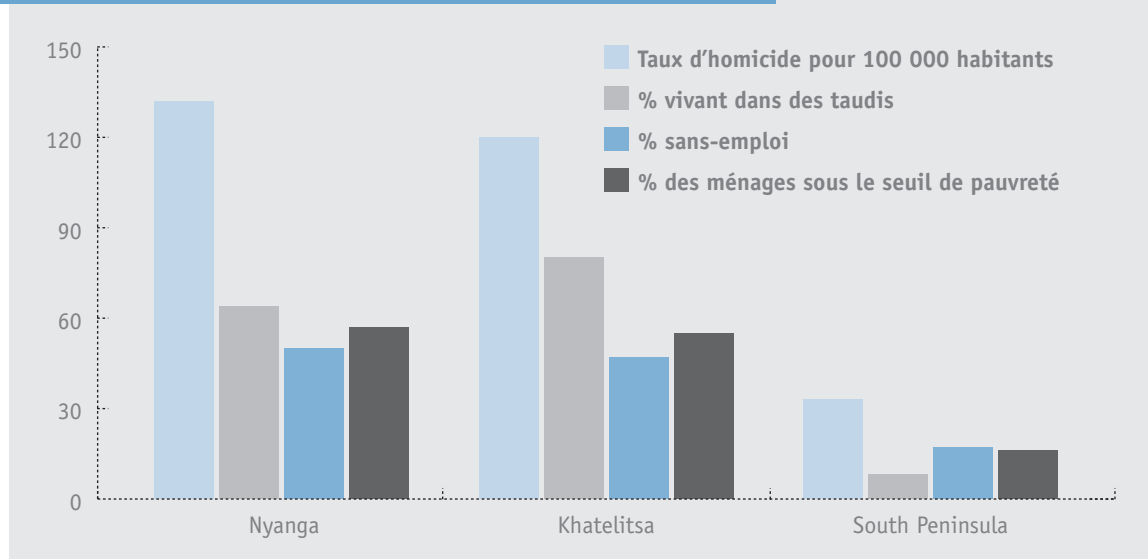
dessous du seuil de pauvreté. Le contraste est frappant avec South Peninsula, l'un des districts les plus avantagés de cette ville (figure 4.17).

INÉGALITÉS EN SANTÉ ENTRE LES QUARTIERS DE NEW YORK, AUX ÉTATS-UNIS

Les chiffres concernant New York, aux États-Unis, montrent que la mauvaise santé se concentre dans certains quartiers de cette ville et que les quartiers affichant les plus mauvais résultats sanitaires sont également les plus démunis sur le plan économique et ceux dont les habitants sont les moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé essentiels. En 2001, l'espérance de vie dans les quartiers les plus démunis de New York était inférieure de huit années à celle observée dans les quartiers les plus riches¹²¹.

La figure 4.18 illustre ce phénomène par la relation géographique entre la proportion des habitants vivant dans la pauvreté et la probabilité de décéder du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Les quartiers à forte concentration de pauvreté (représentés dans des couleurs sombres sur la carte de gauche) coïncident avec ceux où le taux des décès associés au sida est plus élevé (couleurs

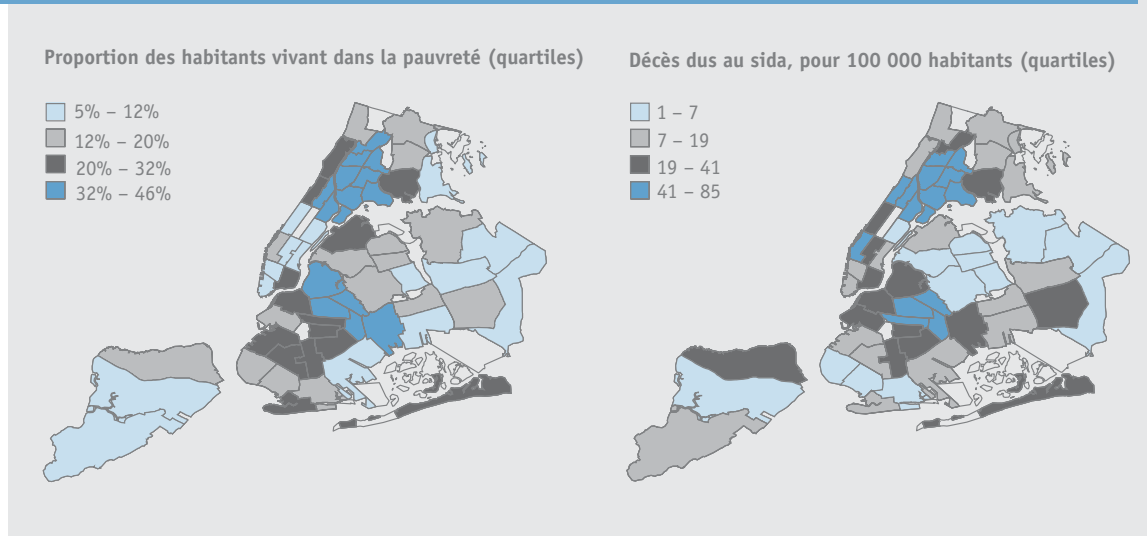
FIGURE 4.17
TAUX D'HOMICIDE VARIANT DE UN À QUATRE ENTRE LES SOUS-DISTRICTS DU CAP, EN AFRIQUE DU SUD, 2001-2004



Source : Bourne D. et al., Western Cape Burden of Disease Reduction Project, volume 2 sur 7 : « Institutionalising a mortality surveillance system in the Western Cape Province to measure the Burden of Disease and the impact of preventive interventions ». Rapport final 2007, Le Cap, 2007.

FIGURE 4.18

RELATION GÉOGRAPHIQUE ENTRE LA PROPORTION DES HABITANTS VIVANT DANS LA PAUVRETÉ ET LEUR PROBABILITÉ DE DÉCÉDER DU SIDA, NEW YORK CITY, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE



Source : Karpati A. et al., Health disparities in New York City, New York, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2004.

sombres sur la carte de droite). On constate une relation analogue pour nombre d'autres indicateurs de mauvaise santé et de conditions de vie défavorables, tels que le taux d'hospitalisation, la mortalité des nourrissons et les décès imputables au diabète¹²¹.

CONCENTRATION DE LA MAUVAISE SANTÉ DANS CERTAINS DISTRICTS DE PRESTON, ROYAUME-UNI

Les données en provenance de Preston, au Royaume-Uni, permettent de dresser un tableau semblable à celui de New York. Certaines zones de cette ville (les wards) concentrent dénuement et décès prématurés. Dans cette agglomération en croissance, qui compte environ 132 000 habitants et accueille une université ainsi que le secteur aérospatial britannique, les responsables locaux s'appuient désormais sur les chiffres relatifs au dénuement et aux inégalités en santé pour mieux adapter leurs interventions et leurs services aux communautés qui en ont le plus besoin.

À Preston, l'espérance de vie diffère spectaculairement entre les populations très démunies et les populations

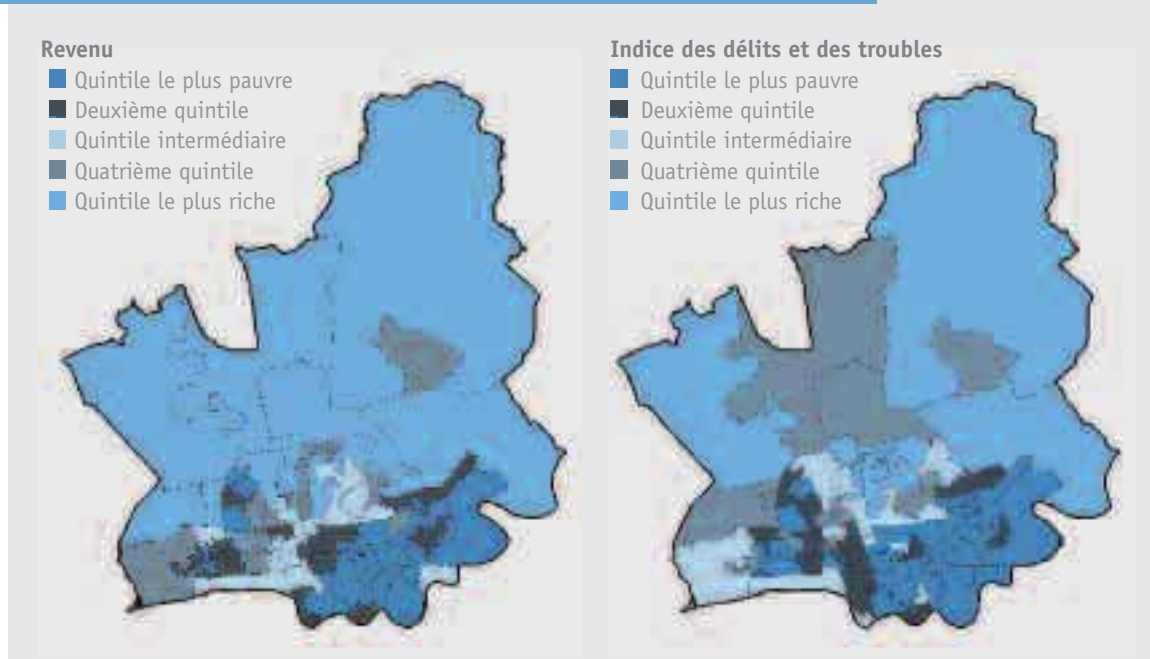
plus riches. Dans les zones riches, les hommes vivent, en moyenne, 14,7 années de plus que ceux qui vivent dans les wards pauvres. Pour les femmes, l'espérance de vie moyenne peut varier de 10 années d'un ward à l'autre¹²².

Les cartes relatives à Preston (figure 4.19) illustrent de façon plus détaillée comment le niveau de revenu, la criminalité et les troubles se concentrent dans les mêmes zones de cette ville. On combine ces indicateurs et d'autres pour établir un indice des dénuements multiples (index of multiple deprivation, IMD), lequel est utilisé de manière standardisée dans toute l'Angleterre¹²³.

RÉSUMÉ

Cette section a présenté des exemples tirés d'un large éventail de villes dans le monde, montrant l'existence d'inégalités en santé par quartier ou district. Là encore, ces données font apparaître que, même si les moyennes urbaines aboutissent à un certain tableau, les informations désagrégées par quartier ou district en produisent un tout autre. Les chiffres désagrégés à l'échelle de sous-parties des villes permettent de repérer les zones et les populations qui ont le plus besoin d'une intervention et d'un soutien.

FIGURE 4.19
INÉGALITÉS DE REVENU ET INÉGALITÉS EN TERMES DE CRIMINALITÉ
ET DE TROUBLES, PRESTON, ROYAUME-UNI, 2007



Source : National Health Service Central Lancashire, Public Health Intelligence Team.

Inégalités en santé entre sous-groupes de citoyens

Au-delà du statut socio-économique et du quartier, certains citoyens sont en plus mauvaise santé que d'autres en raison d'une marginalisation et d'une discrimination injuste, qui est liée à leur âge, à leur sexe, à leur origine ethnique, à une incapacité ou à d'autres aspects de leur identité. Très souvent, ces facteurs interagissent, induisant une double ou une triple menace pour certains individus. Ainsi, une immigrante pauvre qui vit dans un quartier défavorisé connaîtra probablement une réalité très différente de celle vécue par un homme aisé qui réside dans une zone riche de la même ville. Cette section présente des exemples de différents segments de population urbaine dont l'état de santé diffère de manière injuste.

LES CITADINES PAUVRES SONT LES PLUS SUSCEPTIBLES DE CONTRACTER UNE INFECTION À VIH

Les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) réalisées dans 21 pays, principalement situés en Afrique subsaharienne, révèlent que la prévalence moyenne du VIH est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales, et que les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH en ville (figure 4.20). La prévalence du VIH chez les citoyennes est en effet 1,5 fois supérieure à celle observée chez les hommes vivant en zone urbaine, et 1,8 fois supérieure à celle constatée chez les femmes en zone rurale.

Il apparaît qu'un faible statut socio-économique complique encore le problème pour les citoyennes. Dans 71 % des pays analysés, la prévalence du VIH chez les 40 % de femmes les plus pauvres vivant dans les zones urbaines était supérieure



**Huguette, 33 ans
Yaoundé, Cameroun
LUTTER POUR SURVIVRE AVEC
LE VIH ET LA TUBERCULOSE**

« Cela fait 13 ans que je sais que je suis séropositive pour le VIH, confie Huguette. Peu après mon mariage, mon époux a commencé à être malade. Il n'existait pas de traitement, à cette époque. Il savait qu'il était séropositif, mais personne n'en parlait. Je l'ai découvert par hasard, un jour où j'ai regardé ses documents médicaux : c'était écrit dessus. J'étais très fâchée contre lui. » Elle s'est mise à utiliser des préservatifs avec lui, mais le dépistage du VIH a révélé qu'elle était séropositive. « Mon mari sortait avec beaucoup de filles, et il a refusé de changer de comportement. J'ai donc décidé de le

quitter. » Pourtant, sa famille l'a persuadée de revenir auprès de lui pour rester à son chevet durant ses derniers jours.

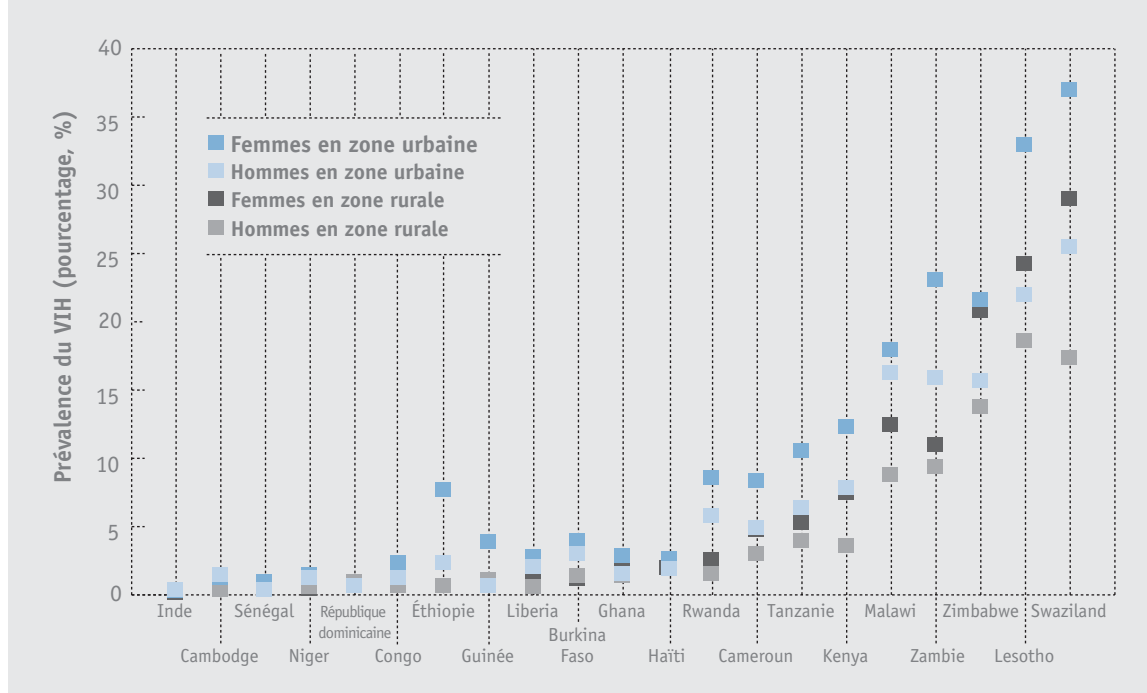
Elle est tombée enceinte de son mari et a donné naissance à un enfant VIH-positif. « Poro a eu la tuberculose et a beaucoup souffert. À cette époque, le traitement était disponible, mais il était trop cher : près de 1 040 dollars par mois. Ça me faisait tellement mal de le voir souffrir. Il toussait toute la nuit, et j'étais parfaitement impuissante. Il est mort à l'âge de cinq ans. » Huguette s'est remariée avec un homme qu'elle a rencontré à l'église, elle a perdu un autre enfant, une fille cette fois, à cause du virus, avant que sa propre santé ne se dégrade. « À mon tour, je suis tombée malade, et j'ai atteint le dernier stade de l'infection. J'avais la tuberculose, je vomissais, je toussais. »

Enfin, elle est allée à l'hôpital central où elle a reçu des ARV qui lui ont sauvé la vie. Avec le soutien de son mari et grâce à la baisse du prix des ARV, qui sont finalement devenus gratuits, « ma santé s'est améliorée, et j'ai eu un autre enfant. Elle est née en bonne santé et est séronégative pour le VIH. Maintenant, j'ai aussi un petit garçon. Je suis heureuse. J'ai supporté tous ces traitements pour éviter de leur transmettre le VIH. »

Aujourd'hui, Huguette a lancé sa propre petite organisation. « Je conseille d'autres personnes VIH-positives, je leur donne des informations, les gens viennent chez moi pour parler. Je me rends aussi dans les églises et les écoles pour éduquer les gens et leur parler du VIH. Je me sens si bien quand je peux aider les autres. C'est tellement bon de se sentir vivant. »

OMS/Anna Kari

FIGURE 4.20
PRÉVALENCE DU VIH PAR SEXE ET PAR ZONE DE RÉSIDENCE



Source : calculs de l'OMS, d'après des données tirées des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 2003-2008. Données provenant de la dernière enquête disponible pour chaque pays.

à celle chez les autres femmes, relativement plus riches. Parmi les hommes, cette inégalité fondée sur le revenu n'a été constatée que dans 48 % des pays étudiés.

Il est urgent de poursuivre les recherches pour comprendre les conditions urbaines qui sont susceptibles

d'accroître la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH, telles que les obstacles dans l'accès aux services en raison d'une discrimination sexuelle, le manque d'accès à l'éducation et aux opportunités économiques ou la violence envers les femmes et les filles.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre montre comment les données agrégées masquent souvent de fortes inégalités en santé au sein des populations urbaines. Ces inégalités apparaissent au grand jour lorsque l'on désagrège ces informations en fonction de caractéristiques propres de ces citoyens, comme leur situation socio-économique ou leur lieu de résidence. Il ressort des exemples présentés dans ce chapitre que les citoyens pauvres souffrent de manière disproportionnée d'un large éventail de maladies et de problèmes de santé, et que le désavantage et la maladie tendent à se concentrer dans certains quartiers des villes. La mauvaise santé de certains citoyens s'explique non seulement par la situation socio-économique et par le quartier, mais également par la marginalisation et la discrimination sociales dont ces citoyens font l'objet pour certains aspects de leur identité qu'ils ne peuvent pas changer (âge, sexe ou handicap, notamment). Dans toutes les villes, les données désagrégées peuvent permettre de repérer les individus et les zones qui ont le plus besoin d'une intervention et d'un soutien. ■ Grâce à des données désagrégées relatives aux zones urbaines, le chapitre suivant fait apparaître, là encore, que si aucune mesure n'est prise de toute urgence pour réduire les inégalités en santé dans les villes, nombre de pays ne pourront pas atteindre d'ici 2015 les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatives à la santé.

CHAPITRE 5

ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT



OMS/Anna Kari

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont fixés pour 2015 sur la base d'indices concernant 1990. En 2010, 80 % de la période considérée est donc écoulée. D'après les données actuellement disponibles, si certains pays ont réalisé des avancées impressionnantes au regard des cibles relatives à la santé, d'autres sont loin du compte.

ENCADRÉ 5.1 LES HUIT OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT



OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim



OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous



OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes



OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans



OMD 5 : Améliorer la santé maternelle



OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies



OMD 7 : Assurer un environnement durable



OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Ce chapitre présente de nouvelles analyses qui s'intéressent aux progrès en santé et aux projections par rapport aux OMD liés à la santé en zone urbaine. Ne se contentant pas des moyennes urbaines, il fait apparaître l'ampleur des disparités entre les citoyens les plus pauvres et les plus riches vis-à-vis des cibles des OMD en relation avec la santé.

Les résultats montrent bien que, vu le rythme des progrès actuels, si l'on ne remédie pas de toute urgence aux

inégalités en santé en milieu urbain, il sera impossible d'atteindre nombre de ces cibles. Les niveaux actuels d'inégalités en santé compromettent la capacité des pays à atteindre les cibles nationales et empêchent la vision formulée par la communauté internationale, à savoir la santé et le développement pour tous, de se concrétiser.

Introduction aux Objectifs du Millénaire pour le Développement

En septembre 2000, le plus grand rassemblement de chefs d'État et de gouvernement de tous les temps a inauguré l'entrée dans le nouveau millénaire avec l'adoption de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Approuvée par 189 pays, celle-ci se traduit par huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD – voir encadré 5.1) à réaliser d'ici 2015^{110,124}.

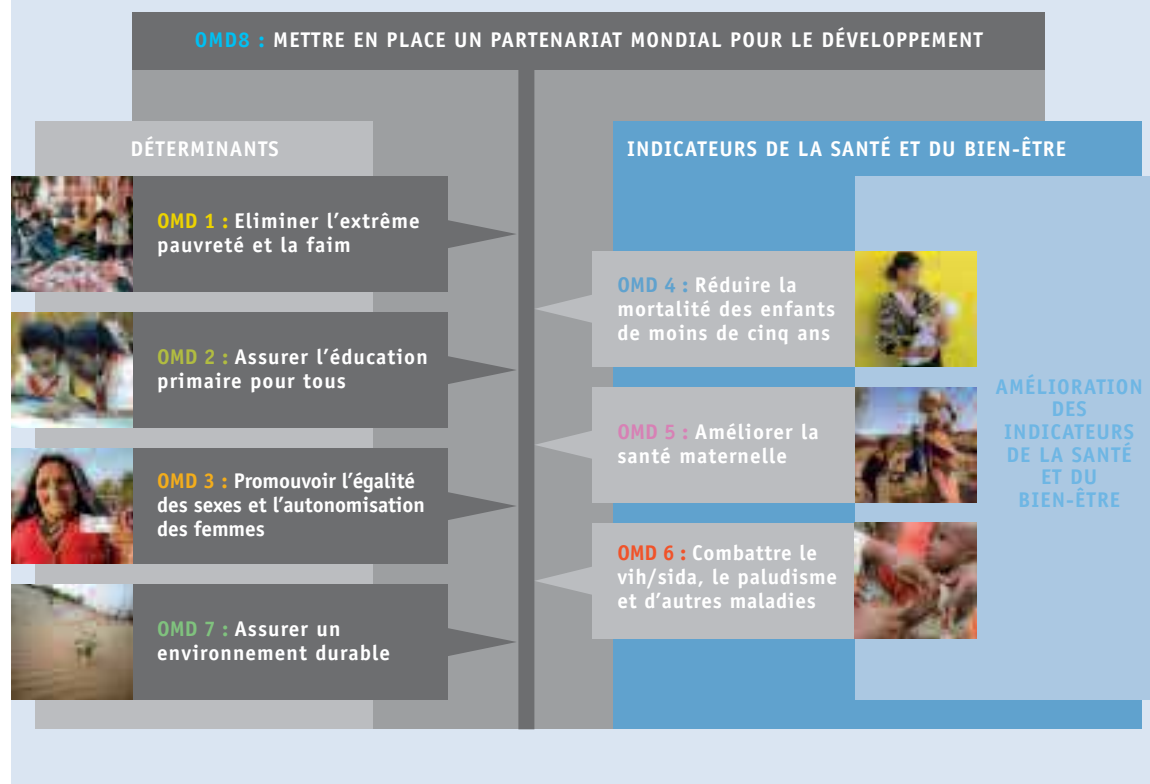
La santé est au cœur des OMD (figure 5.1). La réalisation des OMD liés à la santé passe impérativement par des progrès sur le front de la pauvreté, de la sécurité alimentaire, de l'égalité entre hommes et femmes, d'un accès plus large à l'éducation et d'une meilleure gestion de l'environnement.

Bien que les OMD soient mondiaux et que les cibles qui y sont associées soient fixées pour les pays dans leur ensemble, les villes, qui constituent désormais le cadre prépondérant de l'habitat humain, sont essentielles pour l'accomplissement des OMD. La réalisation des cibles des

UN Photo/Terry Deglau (Eastman Kodak)



FIGURE 5.1
TOUS LES OMD ONT À VOIR AVEC LA SANTÉ



Source : Road map to contribute to the achievement of the Millennium Development Goals in the context of healthy municipalities, cities and communities. Washington, Organisation panaméricaine de la Santé, 2006 (<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/roadgoals/intro.pdf>).

OMD, aux niveaux mondial et national, dépendra donc dans une large mesure de ce à quoi on sera parvenu au sein de la population urbaine.

Et si les objectifs comme les cibles des OMD ne visent pas spécifiquement l'équité, les données factuelles montrent que l'incapacité à lisser la répartition de la richesse sape les avancées du développement. À l'inverse, les mesures qui favorisent l'équité accélèrent les progrès sur la voie des OMD¹²⁵.

Les projections présentées dans ce chapitre reposent sur les rythmes d'évolution observés durant les périodes les plus longues pour lesquelles des données sont disponibles. Certes, cette forme de projection linéaire n'est peut-être pas la plus précise dans tous les cas, étant donné que chaque pays a un contexte qui lui est propre et qu'il peut avoir entrepris de réformer son secteur de la santé ou enregistrer une phase de croissance économique (ou de crise), susceptible de créer les conditions d'une amélioration ou d'une dégradation de ses performances d'ici à 2015. Cependant, elle présente aussi

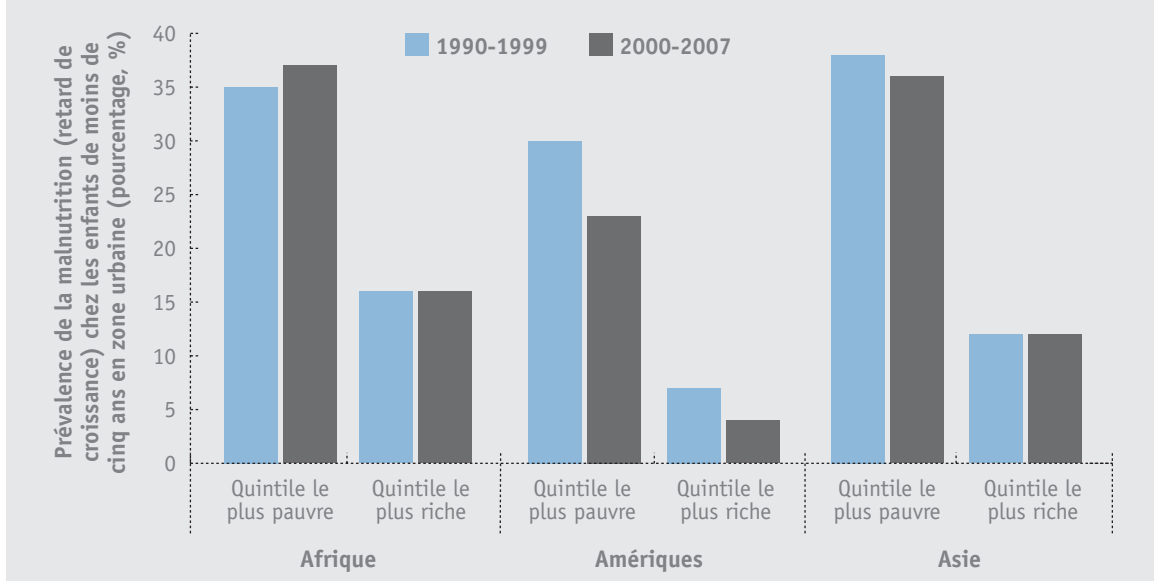
plusieurs avantages : on peut l'appliquer de manière standard à tous les pays, elle dépend entièrement de données observables, contrairement à des taux de croissance définis arbitrairement, et elle est relativement simple à comprendre parce qu'elle repose sur ce qui a déjà été accompli. On trouvera à l'annexe B du présent rapport des précisions sur les analyses et résultats de l'Organisation mondiale de la Santé.

OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Le premier des OMD vise à éliminer l'extrême pauvreté et la faim, deux déterminants de la santé et du développement. La seconde de ces deux cibles vise à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim. Les indicateurs sanitaires se

FIGURE 5.2

AVANÇÉES DANS LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION (RETARD DE CROISSANCE) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS EN MILIEU URBAIN



Note : ces résultats présentent les moyennes des pays pour lesquels des données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) pour les zones urbaines étaient disponibles (Afrique = 21 pays, Amériques = 6 pays, Asie = 5 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble. Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 1990-2007.

rapportant à cette cible sont la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans et la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique.

À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition, d'après les normes OMS de croissance de l'enfant, a reculé entre 1990 et 2007. Cependant, les progrès sont inégaux, et l'on estime à 112 millions le nombre d'enfants qui pâtissent d'insuffisance pondérale¹²⁶.

Dans notre analyse, nous avons examiné la prévalence d'enfants accusant un retard de croissance (voir note de bas de page i, chapitre 3, pour une définition), qui est prise comme indicateur de malnutrition chronique. La figure 5.2 s'appuie sur des données portant sur les zones

urbaines de 21 pays d'Afrique, de 6 pays du continent américain et de 5 pays d'Asie : le quintile le plus pauvre de la population urbaine en Afrique a, en moyenne, enregistré une hausse de la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans sur la période 2000-2007 par rapport à 1990-1999, alors que sur le continent américain, le quintile de plus pauvre a vu cet indicateur s'améliorer de 7 %. Quoi qu'il en soit, dans toutes les régions examinées, on ne constate aucune réduction significative de l'écart entre les plus riches et les plus pauvres sur ces deux décennies.

Selon les projections linéaires, dans 88 % des pays étudiés, il y a peu de chances que la proportion d'enfants citadins pauvres souffrant de retard de croissance recule d'ici 2015 jusqu'à atteindre la moitié de ce qu'elle était sur le plan national en 1990. À l'inverse, au rythme actuel, cette amélioration devrait être une réalité chez les riches dans 75 % de ces pays.

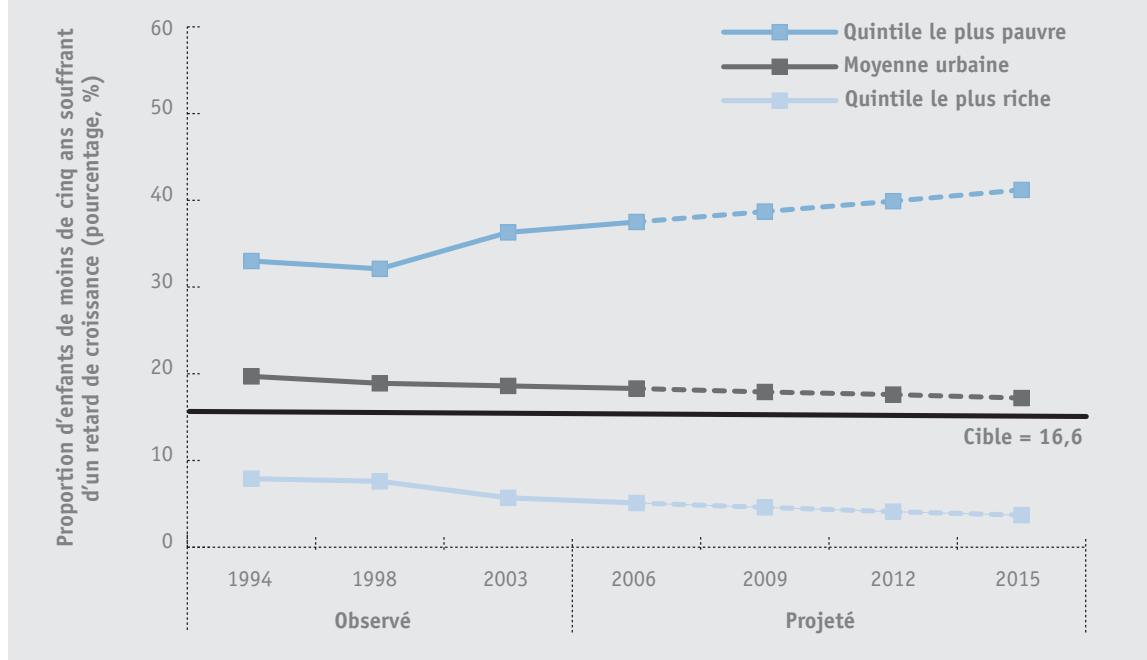
Les figures 5.3 et 5.4 montrent l'évolution de la prévalence du retard de croissance chez les enfants dans les zones urbaines de l'État plurinational de Bolivie et de l'Inde. Dans ces deux pays, on observe de fortes inégalités entre riches et pauvres en milieu urbain. Toutefois, dans l'État plurinational de Bolivie, l'écart entre les enfants riches et pauvres se creuse, alors qu'en Inde, le retard de croissance chez les enfants recule dans tous les



OMS/Anna Kari

FIGURE 5.3

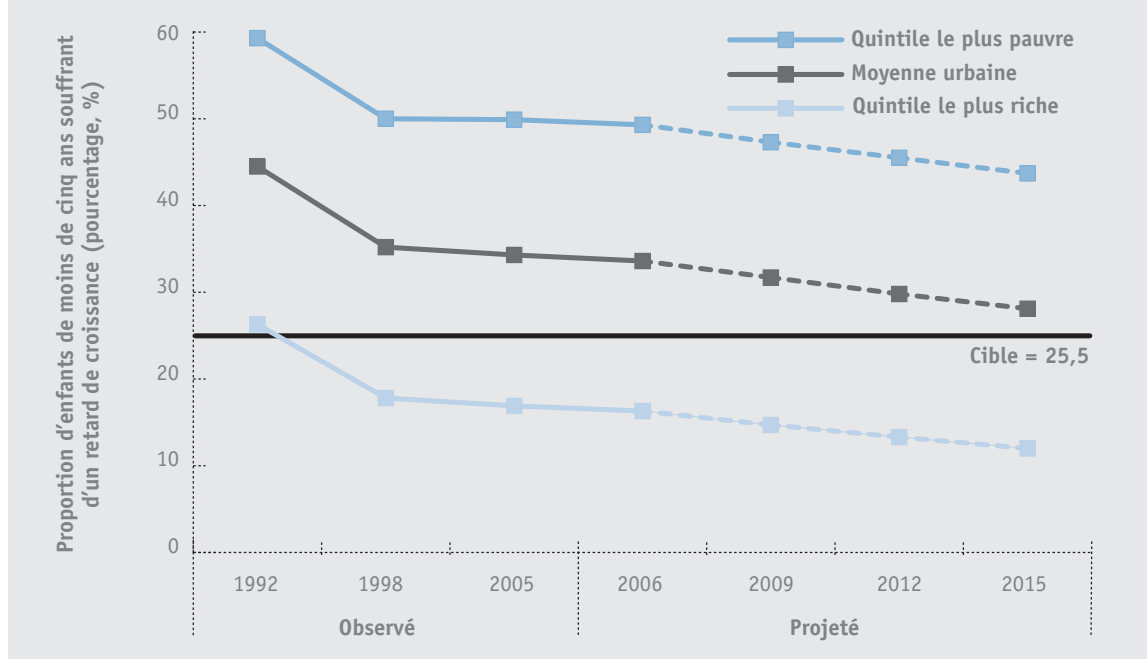
CIBLE CONSISTANT À RÉDUIRE DE MOITIÉ D'ICI 2015 (PAR RAPPORT À 1990) LE NOMBRE D'ENFANTS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE, DANS LES ZONES URBAINES : TENDANCES ET PROJECTIONS POUR L'ÉTAT PLURINATIONAL DE BOLIVIE



Note : les pastilles représentent des estimations pour des années passées, tandis que les points plus petits figurent des projections compte tenu du rythme de progression annuel depuis les années 1990 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles.
Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

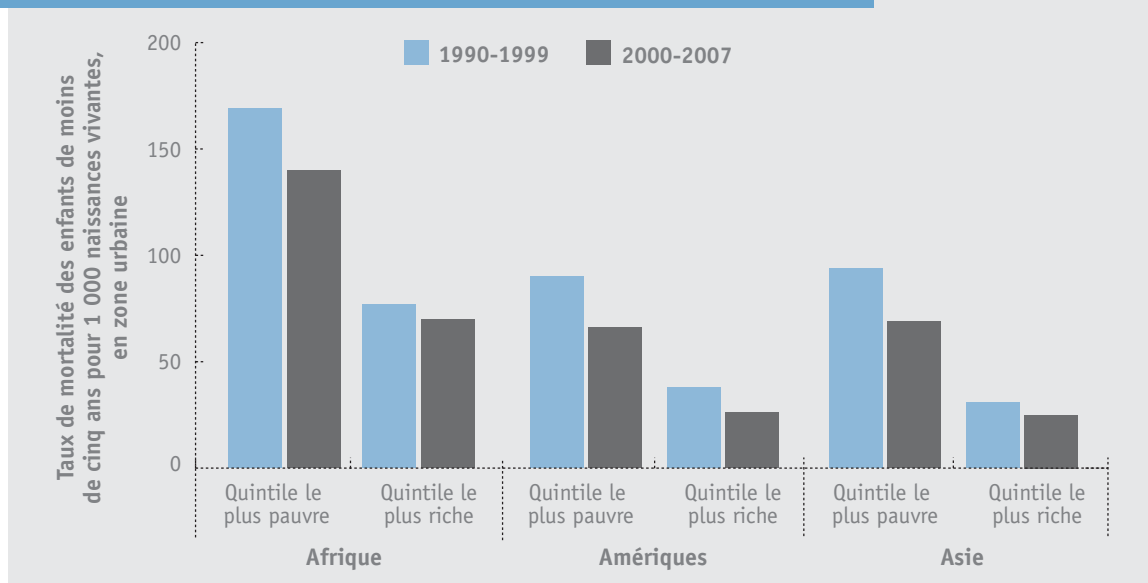
FIGURE 5.4

CIBLE CONSISTANT À RÉDUIRE DE MOITIÉ D'ICI 2015 (PAR RAPPORT À 1990) LE NOMBRE D'ENFANTS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE, DANS LES ZONES URBAINES : TENDANCES ET PROJECTIONS POUR L'INDE



Note : les pastilles représentent des estimations pour des années passées, tandis que les points plus petits figurent des projections compte tenu du rythme de progression annuel depuis les années 1990 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles.
Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

FIGURE 5.5
AVANCÉES DANS LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS
DE MOINS DE CINQ ANS EN ZONE URBAINE



Note : ces résultats présentent les moyennes des pays pour lesquels des données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) pour les zones urbaines étaient disponibles (Afrique = 21 pays, Amériques = 6 pays, Asie = 5 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble. Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 1990-2007.

segments de population, si bien que l'écart entre riches et pauvres reste globalement inchangé au fil du temps. En tout état de cause, dans les zones urbaines de ces deux pays, la proportion moyenne d'enfants souffrant d'un retard de croissance ne permettra pas d'atteindre les cibles liées à l'OMD 1 d'ici 2015, en grande partie à cause de la situation des enfants les plus pauvres des villes.

OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans

L'OMD 4 entend réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et sa cible consiste à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de cinq ans. Celui-ci correspond à la probabilité qu'un enfant meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans ; il est exprimé par le nombre de décès sur 1 000 naissances vivantes.

À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants qui décèdent avant leur cinquième anniversaire a baissé de 27 %, tombant de 12,5 millions en 1990, selon les estima-

tions, à 8,8 millions en 2008. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a reculé dans toutes les régions du monde¹²⁷.

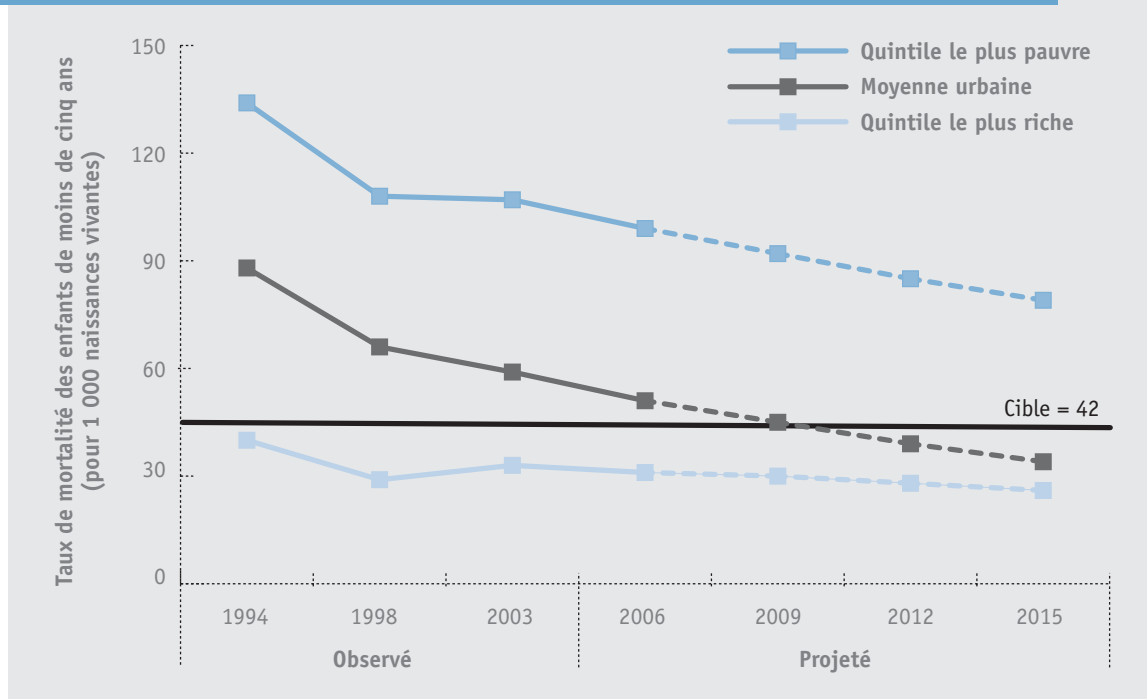
La figure 5.5 montre les taux de mortalité dans certaines zones urbaines d'Afrique, des Amériques et d'Asie. Chacune de ces trois régions a enregistré des progrès, aussi bien au sein des populations riches que parmi les pauvres en milieu urbain. Entre les périodes 1990-1999 et 2000-2007, 86 % des pays étudiés ont enregistré une amélioration de cet indicateur dans les zones urbaines. Les quelques pays où cela n'a pas été le cas sont tous situés en Afrique subsaharienne.

Cependant, sur la base du rythme annuel des progrès enregistrés depuis les années 1990 concernant les enfants les plus pauvres, 80 % des pays n'atteindront pas la cible portant sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans à l'échelon national. Cette situation contraste avec le quintile d'enfants les plus riches en milieu urbain, chez qui la cible devrait être atteinte dans 57 % des pays.

Les figures 5.6 et 5.7 font apparaître les tendances et projections pour les zones urbaines de l'État plurinational de Bolivie et de l'Inde. Ces deux pays ont enre-

FIGURE 5.6

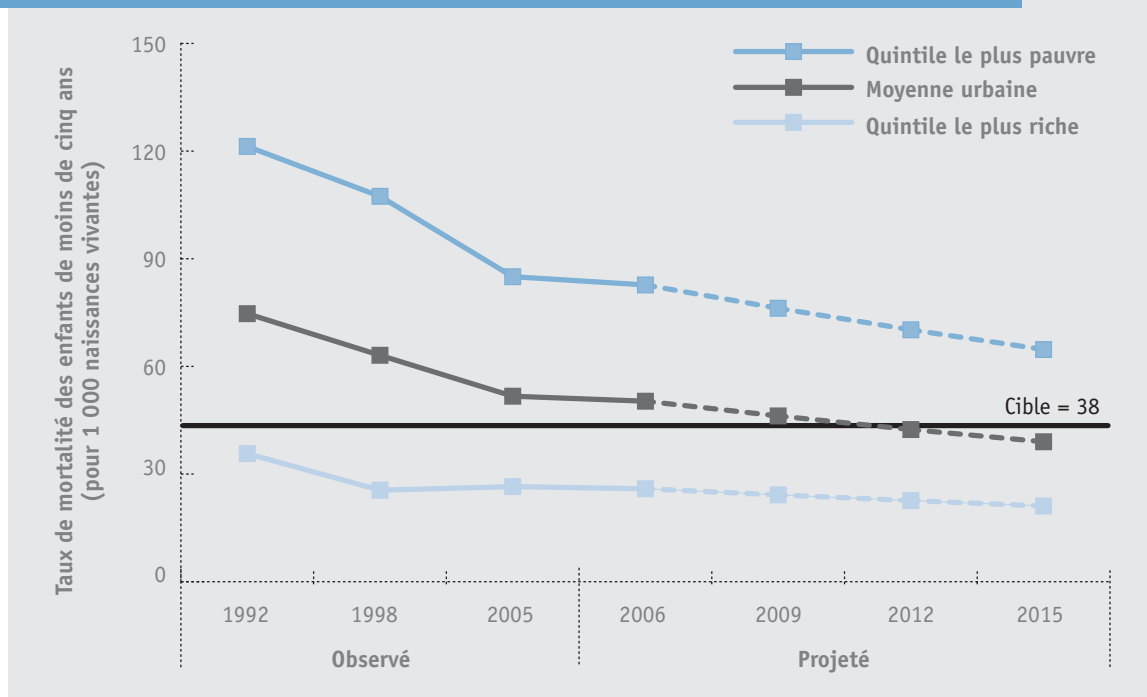
**CIBLE CONSISTANT À RÉDUIRE DES DEUX TIERS D'ICI 2015 (PAR RAPPORT À 1990)
LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES ZONES URBAINES :
TENDANCES ET PROJECTIONS POUR L'ÉTAT PLURINATIONAL DE BOLIVIE**



Note : les pastilles représentent des estimations pour des années passées, tandis que les points plus petits figurent des projections compte tenu du rythme de progression annuel depuis les années 1990 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles.
Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

FIGURE 5.7

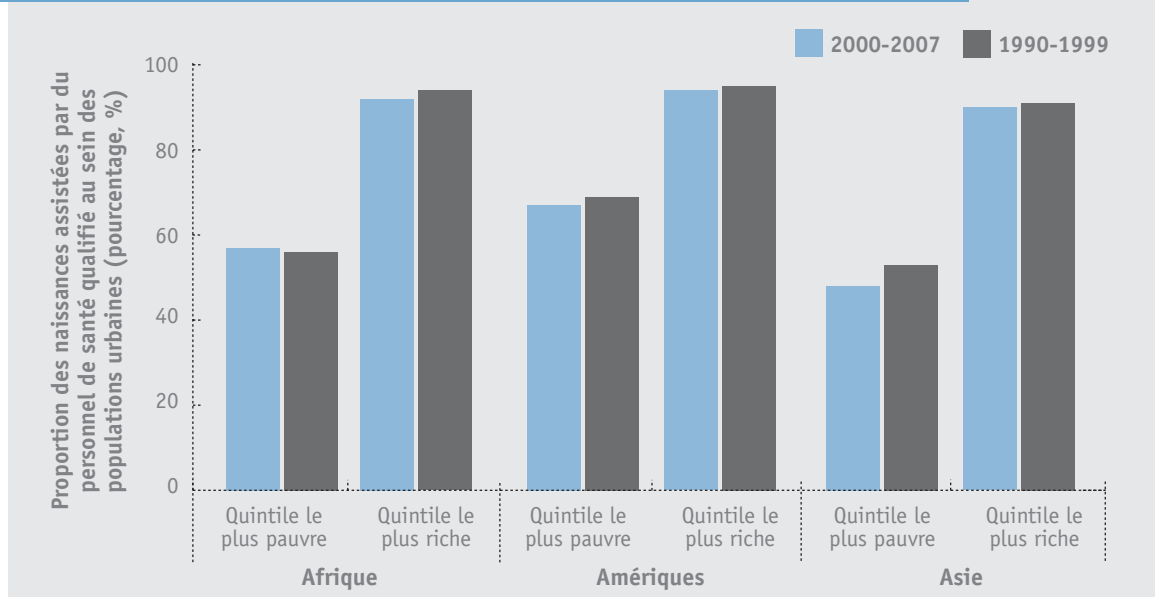
**CIBLE CONSISTANT À RÉDUIRE DES DEUX TIERS D'ICI 2015 (PAR RAPPORT À 1990)
LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES ZONES URBAINES :
TENDANCES ET PROJECTIONS POUR L'INDE**



Note : les pastilles représentent des estimations pour des années passées, tandis que les points plus petits figurent des projections compte tenu du rythme de progression annuel depuis les années 1990 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles.
Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires.

FIGURE 5.8

AVANÇÉES DANS L'AMÉLIORATION DE LA PROPORTION DES NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ, EN ZONE URBAINE



Note : ces résultats présentent les moyennes des pays pour lesquels des données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) pour les zones urbaines étaient disponibles (Afrique = 21 pays, Amériques = 6 pays, Asie = 5 pays). Ils ne sont donc pas représentatifs des régions dans leur ensemble. Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 1990-2007.

gistré des progrès. En moyenne, l'État plurinational de Bolivie devrait atteindre sa cible nationale dans les zones urbaines, alors que les zones urbaines indiennes resteront légèrement en deçà de la cible nationale. Néanmoins, le quintile le plus pauvre des enfants des zones urbaines continuera de pâtir d'un taux de mortalité inacceptable, et ce groupe de population sera très loin d'atteindre la cible de leur pays. Des résultats analogues ont été observés dans plusieurs pays.

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

L'OMD 5 vise à améliorer la santé maternelle, et sa cible consiste à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle (nombre de femmes qui meurent des suites de leur grossesse ou de leur accouchement). L'un des indicateurs pour cette cible est la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié (médecins, infirmières, sages-femmes formées), qui, dans l'idéal, devrait être de 100 %. La proportion de femmes qui accouchent sans l'assistance de personnel de santé qualifié est fortement corrélée au taux de mortalité¹²⁸.

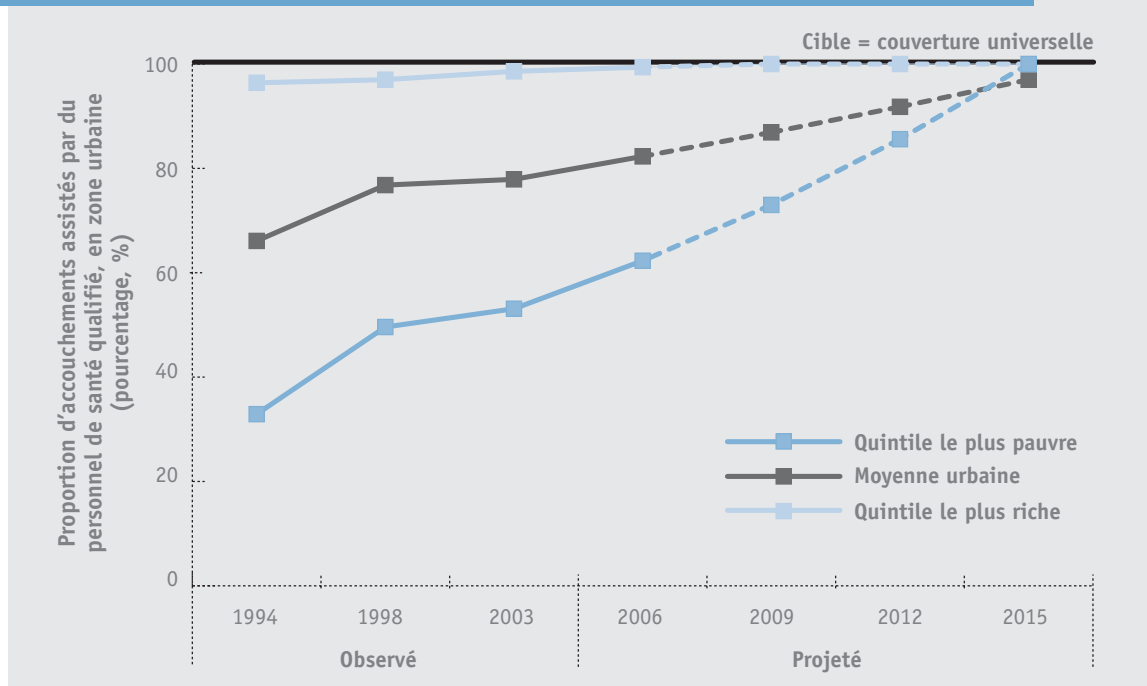
Partout dans le monde, la proportion de naissances assistées par du personnel qualifié s'est amélioré entre 1990 et 2006, bien qu'elle n'atteigne pas encore les 100 %. Des progrès ont été accomplis dans presque toutes les régions, sauf en Europe, où les taux de couverture étaient déjà élevés en 1990¹²⁹.

La figure 5.8 présente la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans des zones urbaines d'Afrique, des Amériques et d'Asie. On a enregistré très peu de progrès dans ces régions. Au rythme actuel, 78 % des pays à revenu faible ou intermédiaire étudiés en Afrique, sur le continent américain et en Asie n'atteindront même pas un taux de couverture de 90 % pour les 20 % de citadines les plus pauvres. Et dans 38 % de ces pays, la situation est même encore plus catastrophique : en 2015, si les progrès se poursuivent au rythme actuel, moins de la moitié des femmes les plus pauvres dans les zones urbaines pourront bénéficier d'une assistance par du personnel qualifié lorsqu'elles accouchent.

Les tendances et projections concernant les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les zones urbaines de l'État plurinational de Bolivie et de l'Inde sont présentées aux figures 5.9 et 5.10. L'État plurinational de Bolivie fait des progrès remarquables en

FIGURE 5.9

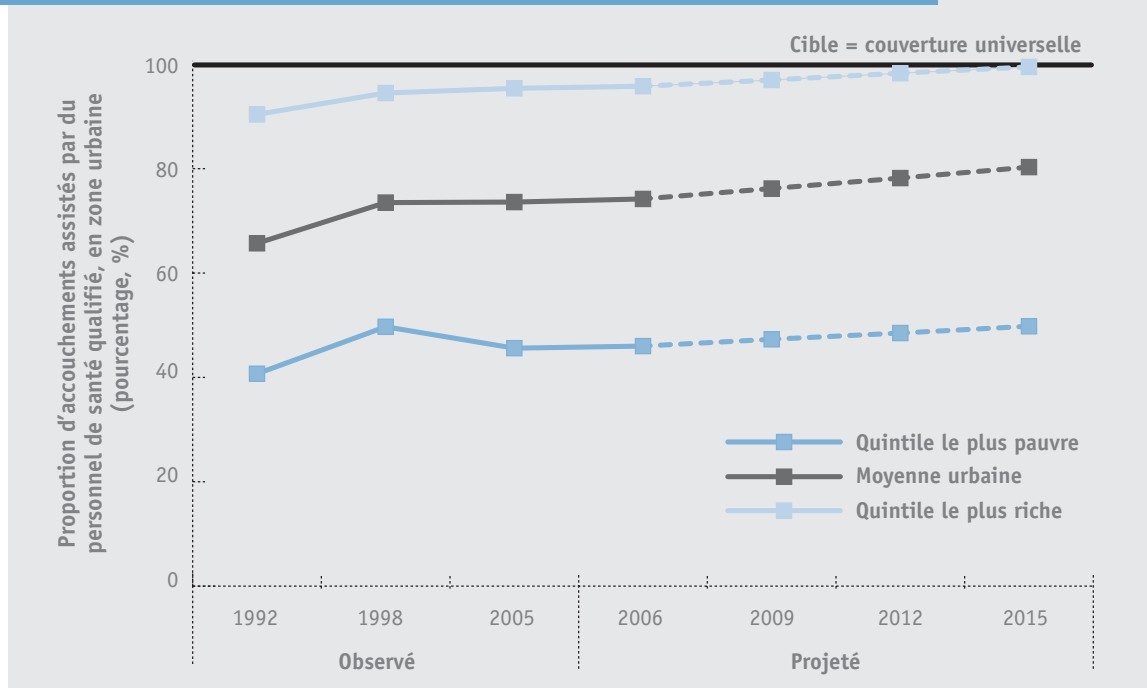
CIBLE CONSISTANT À CE QUE LA TOTALITÉ DES ACCOUCHEMENTS SOIENT ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ, JUSQU'EN 2015 DANS LES ZONES URBAINES : TENDANCES ET PROJECTIONS POUR L'ÉTAT PLURINATIONAL DE BOLIVIE



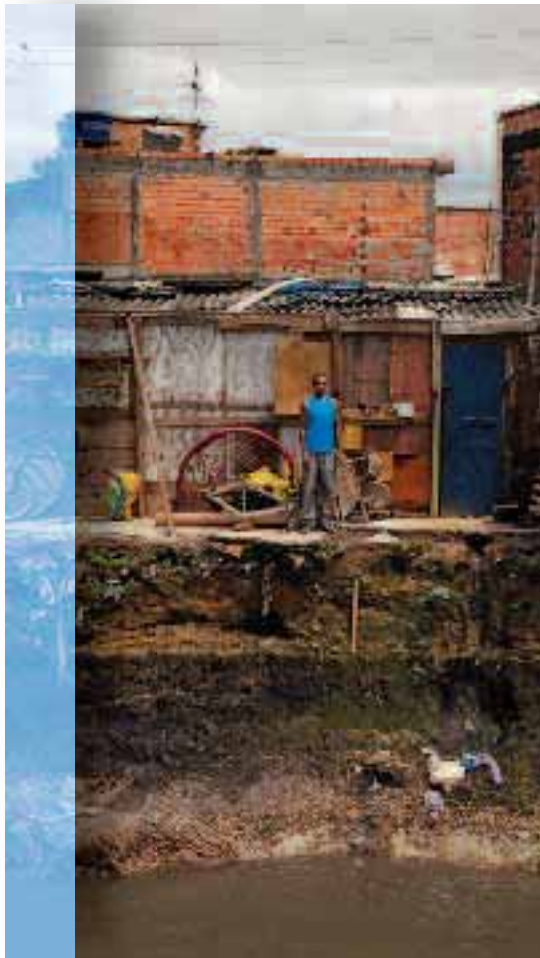
Note : les pastilles représentent des estimations pour des années passées, tandis que les points plus petits figurent des projections compte tenu du rythme de progression annuel depuis les années 1990 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles.
 Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

FIGURE 5.10

CIBLE CONSISTANT À CE QUE LA TOTALITÉ DES ACCOUCHEMENTS SOIENT ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ, JUSQU'EN 2015 DANS LES ZONES URBAINES : TENDANCES ET PROJECTIONS POUR L'INDE



Note : les pastilles représentent des estimations pour des années passées, tandis que les points plus petits figurent des projections compte tenu du rythme de progression annuel depuis les années 1990 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles.
 Source : calculs de l'OMS sur la base des données issues des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).



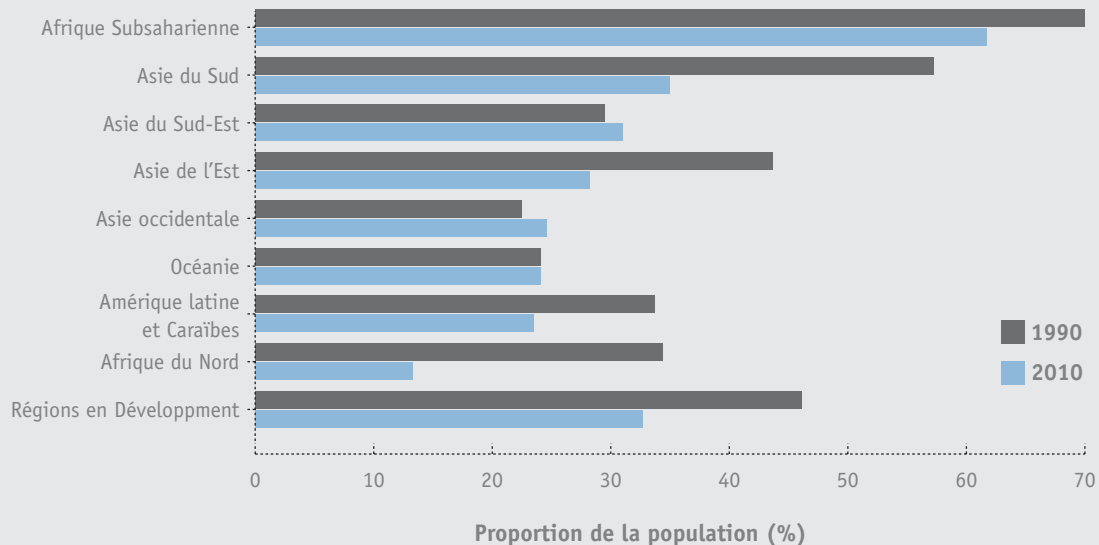
la matière pour toutes les femmes en zone urbaine. En Inde, en revanche, les inégalités restent relativement constantes et, selon les projections, ne sont pas près de disparaître. Dans ce pays, en 2015, environ la moitié des femmes pauvres en zone urbaine ne bénéficieront toujours pas de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lorsqu'elles accouchent.

OMD 7 : Assurer un environnement durable

L'OMD 7 entend assurer un environnement durable, et à cet égard, une cible cruciale en milieu urbain consiste à réussir, d'ici 2020, à améliorer sensiblement les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.

ONU-Habitat estime que cette cible a déjà été dépassée au moins 2,2 fois : entre 2000 et 2010, 227 millions de personnes n'habiteront plus dans un taudis. La proportion de personnes vivant dans un taudis a reculé dans toutes les régions du monde, tombant de 39 % en 2000 à 33 %, selon les estimations, en 2010. Parce que plus de 200 millions de citoyens supplémentaires ont désormais accès à une eau de qualité et à l'assainisse-

FIGURE 5.11
PROPORTION DE LA POPULATION URBAINE VIVANT DANS DES TAUDIS, 1990 ET 2010



Source : State of the world's cities 2010/2011 – cities for all : bridging the urban divide. Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat)/Earthscan, 2010 (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=8051&catid=7&typeid=46&subMenuId=0>).

ment ou à un logement durable et moins surpeuplé, leurs perspectives d'échapper à la pauvreté, à la maladie et à l'analphabétisme, et donc de vivre dans de meilleures conditions, se sont améliorées¹.

Néanmoins, compte tenu de la croissance démographique, le nombre absolu d'habitants de taudis a considérablement gonflé, et continuera d'augmenter dans un proche avenir. Selon les estimations d'ONU-Habitat, le nombre d'habitants de taudis est passé de 657 millions en 1990 à 767 millions en 2000 et 828 millions en 2010. En d'autres termes, depuis 1990, 171 millions de citoyens pauvres sont venus grossir les rangs de la population mondiale habitant des taudis¹. Aussi ne faut-il surtout pas relâcher les efforts durant la prochaine décennie.

Dans les pays les moins avancés et en proie à un conflit, la prévalence des taudis devrait rester très élevée : 70 % de la population urbaine. Dans les pays en conflit, la proportion de population urbaine vivant dans des taudis est passée de 64 % en 1990 à 77 % en 2010¹.

La figure 5.11 montre la proportion de citoyens qui, selon les estimations, habitaient dans un taudis en 1990 et 2010, pour diverses régions du monde. En 2010, la prévalence la plus forte se trouve en Afrique subsaharienne (62 %), suivie par l'Asie du Sud (35 %), alors que, dans toutes les autres régions du monde en développement, ce problème touche moins d'un tiers des citoyens. Malgré les efforts de certaines villes ou pays d'Afrique subsaharienne pour étendre les services de base et améliorer les conditions de logement dans les bidonvilles, l'inaction dans d'autres zones empêche la région dans son ensemble de progresser. En Asie occidentale, l'augmentation de la proportion d'habitants de taudis est essentiellement imputable à la détérioration, à cause des conflits, des conditions de vie en Iraq, où la proportion de citoyens habitant dans des taudis a triplé, passant de 17 % en 2000 (2,9 millions) à 53 %, selon les estimations, en 2010 (10,7 millions)¹.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Bien que les OMD soient mondiaux et que les cibles qui y sont associées soient fixées pour les pays dans leur ensemble, les villes, de par l'ampleur de leur population, sont un terme crucial de l'équation¹³⁰. Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que si les progrès se poursuivent au rythme actuel, de nombreuses cibles des OMD liées à la santé ne seront pas atteintes au sein des populations urbaines d'ici 2015, ce qui compromettra la capacité des pays à atteindre des cibles nationales et empêchera la vision formulée par la communauté internationale, à savoir la santé et le développement pour tous, de se concrétiser. ■ Les résultats rapportés dans ce chapitre indiquent également que ce sont les citoyens pauvres qui risquent le plus de ne pas atteindre les cibles nationales des OMD. Ainsi, plus de 80 % des pays à revenu faible ou intermédiaire étudiés n'atteindront pas les niveaux requis pour les OMD en ce qui concerne le retard de croissance chez les enfants et la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les populations citadines pauvres. Les objectifs et les cibles des OMD ne visent pas spécifiquement l'équité : il n'est pas explicitement exigé que les progrès soient accomplis de manière égale dans tous les sous-groupes de population. Néanmoins, il est généralement admis que la réalisation des OMD permettra d'améliorer l'équité, et réciproquement. ■ Il n'est pas trop tard pour infléchir toutes ces tendances. Il faut agir au niveau de la rue et des quartiers, et il faut que les autorités municipales, provinciales et nationales travaillent en partenariat avec les communautés¹³¹. La Partie Trois du présent rapport décrit une stratégie qui permettra de mettre fin aux inégalités en santé en milieu urbain et d'offrir à tous les habitants des villes un avenir meilleur.

**PARTIE
TROIS**

**VAINCRE LES
INÉGALITÉS EN SANTÉ
EN MILIEU URBAIN**

INTRODUCTION À LA PARTIE TROIS

Comme le montre la Partie Deux, il y a en tout lieu une face cachée des villes : à l'intérieur des centres urbains d'Amérique, d'Europe, d'Afrique et d'Asie, dans les pays riches et pauvres, dans les petites villes, les villes moyennes et les mégapoles. Sur toute la planète, certaines populations urbaines souffrent de manière disproportionnée d'une mauvaise santé, et l'on peut imputer ces inégalités à des différences de statut social et de conditions de vie. Si les avancées se poursuivent au rythme actuel, il ne sera pas possible d'atteindre d'ici 2015 les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatives à la santé pour les citoyens pauvres.

Parce que les inégalités en santé existent partout, tous les responsables locaux et nationaux doivent se demander comment y remédier. Cette partie du rapport décrit les préalables à l'action et donne des exemples d'interventions efficaces. Les autorités locales sont dans une position idéale pour lutter contre les inégalités en santé, mais elles doivent le faire de façon à ce que tous les autres échelons de gouvernement et les populations participent. Elles doivent élaborer une vision de l'avenir comportant une forte dimension sanitaire, comprendre la nature et l'ampleur des inégalités en santé au sein de leurs villes, sélectionner les interventions prioritaires, puis les surveiller et en évaluer les effets au fil du temps.

Chapitre 6. Une gouvernance urbaine permettant de réduire les inégalités en santé

Chapitre 7. Des données factuelles pour agir

Chapitre 8. Interventions

PRINCIPAUX MESSAGES DE LA PARTIE TROIS :

- Pour agir sur les inégalités en santé en milieu urbain, il faut faire participer les organisations de la société civile et tous les échelons de gouvernement : local, provincial et national.
- Souvent, les solutions ne se cantonnent pas au secteur de la santé et imposent la participation de nombreux pans différents de l'administration publique et de la société.
- Les responsables et autorités de l'échelon local peuvent et doivent jouer un rôle capital dans les efforts visant à promouvoir l'équité en santé au sein des zones urbaines.

An aerial photograph of a city, likely Cairo, Egypt, featuring the Cairo Tower on the left. The foreground shows a large green park area with several swimming pools and walking paths. The city skyline is visible in the background under a clear blue sky.

CHAPITRE 6

UNE GOUVERNANCE URBAINE PERMETTANT DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Samantha Villagran/SXC.hu

Ce chapitre décrit des moyens par lesquels les différents échelons de gouvernement, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et la population peuvent œuvrer ensemble à la bonne gouvernance urbaine. Une coordination à tous les niveaux est essentielle pour faire reculer les inégalités en santé.

Sur le plan pratique, la bonne gouvernance urbaine passe par un engagement politique, une vision, une réforme institutionnelle et des réseaux qui s'attachent à concrétiser des objectifs analogues. Le présent chapitre détaille chacun de ces préalables en se référant à l'expérience de villes qui sont déjà passées à l'action.

Le rôle des autorités locales

La structure, le pouvoir et la représentativité des autorités locales auprès de la population sont variables. Les autorités locales ont néanmoins des fonctions et des responsabilités communes dans la mise en œuvre d'une politique et d'une planification propices à l'équité. Leurs motivations dans la lutte contre les inégalités en santé sont, elles aussi, variables. S'il existe un intérêt local notable et une volonté politique de remédier à ces inégalités, la motivation de l'action peut être interne. Dans d'autres cas, les impératifs nationaux sont susceptibles d'inciter les autorités locales à traduire des cibles ou des objectifs d'équité en actions sur le terrain.

Ces actions locales offrent des opportunités uniques de partenariats avec le secteur privé et le secteur à but non lucratif, avec la société civile ou des groupes de citoyens, ou avec d'autres organismes publics, qui se révèlent plus bénéfiques qu'une solution sectorielle isolée. On a également pu constater que la participation des citoyens à la définition des priorités, à la planification et à la mise en œuvre, ainsi qu'au suivi des inégalités en santé, est fondamentale, car elle facilite une action qui permettra de réduire ces inégalités tout en renforçant la cohésion sociale.

Les partenariats : la clé de la bonne gouvernance urbaine


La gouvernance urbaine n'est pas le domaine réservé des pouvoirs publics, mais résulte des efforts conjugués d'une multitude d'acteurs : différents échelons de gouvernement, organisations non gouvernementales, secteur privé et population, notamment. Dans les villes les mieux gérées, les autorités locales jouent souvent un rôle pilote en combinant les talents et les pouvoirs de tous les secteurs.

Pour faire reculer les inégalités en santé dans les environnements urbains, de multiples secteurs peuvent agir de manière coordonnée sur le réseau complexe de déterminants de la santé. Les interventions porteront sur des domaines différents selon la nature des inégalités en santé et le mode d'organisation des pouvoirs publics, mais, classiquement, elles requièrent la participation de représentants de plusieurs départements de l'administration municipale, de ministères nationaux, de la société civile et du secteur privé¹³².

Des partenariats verticaux, entre autorités nationales, régionales et locales, doivent être complétés par des partenariats horizontaux entre les parties prenantes au sein des villes. Pour que la gouvernance urbaine soit efficace, il est crucial que politiques nationales et mise en œuvre locale concordent.

Les autorités locales sont souvent bien placées pour mener le processus (voir l'encadré 6.1 pour un exemple de leadership local au Kenya)¹³³. Elles influent fréquemment sur l'utilisation des sols, les règles de construction, les systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement, les routes et le transport, la protection de l'environnement, l'adoption de lois sur l'interdiction de fumer ou les sanctions à l'encontre des contrevenants, la surveillance de la réglementation relative à l'hygiène et à la sécurité au travail. Les autorités locales peuvent aussi tenir une place importante dans tout un éventail d'activités fondamentales pour la santé, telles que l'éducation, les services sociaux, les services de santé, les bibliothèques, les parcs et les équipements de loisirs, et le développement communautaire.

Les responsables municipaux en particulier, tels que les maires ou leurs équivalents, jouent un rôle vital dans la conduite des efforts de réduction des inégalités en santé¹³⁴. Il leur revient de traiter non seulement les questions locales, mais également les préoccupations plus larges, notamment les problèmes mondiaux liés au



ENCADRÉ 6.1 GROS PLAN SUR NAKURU, AU KENYA

En février 2007, Nakuru, au Kenya, est devenue la première ville du Kenya et d'Afrique de l'Est à prohiber le tabagisme dans les lieux publics. Son conseil municipal a voté une résolution interdisant de fumer dans tous les bâtiments accueillant du public, dont les centres commerciaux, espaces de restauration, magasins de vente au détail et en gros, lieux de culte publics, hôpitaux, établissements d'enseignement supérieur, écoles, salles de spectacles et immeubles de bureaux. Le leadership, l'engagement politique et la participation de la population ont été cruciaux pour le bon déploiement de cette politique.

Stefanie Angele/Fotolia

ENCADRÉ 6.2

GROS PLAN SUR LA PARTICIPATION DE LA POPULATION DANS LES ZONES URBAINES DE CATALOGNE, EN ESPAGNE

La participation de la population est essentielle pour la mise en œuvre du plan de santé de proximité dans les zones urbaines de Catalogne, en Espagne. Voté en 2004, ce plan est axé sur l'élaboration de programmes de santé adaptés aux besoins de chaque quartier et vise à faire reculer les inégalités dans ce domaine.

Barcelone, métropole de 1,6 million d'habitants, compte neuf projets financés par ce plan. Son agence de santé publique est chargée de piloter les interventions, mais s'appuie sur les représentants des entités suivantes :

- Le Consortium de Barcelone pour la santé, qui est responsable des soins de santé primaires, des soins spécialisés et des soins tertiaires;

- Le ministère de la santé du gouvernement de Catalogne;
- Le conseil municipal de Barcelone;
- Les districts administratifs de Barcelone (au nombre de 10);
- Les travailleurs communautaires, groupes communautaires, habitants des quartiers et autres associations.

Dans chaque quartier participant, un groupe communautaire est chargé de surveiller les actions menées. Avec le soutien d'un éventail de partenaires locaux, il supervise tous les aspects de la planification et de la mise en œuvre. Les différentes étapes consistent à repérer les inégalités en santé dans le quartier,

à trouver des solutions potentielles, à hiérarchiser objectifs et actions, à déployer des interventions et à suivre les avancées.



Peter Szustka/SXC.hu

changement climatique, à l'endettement et à la santé publique. Ainsi, aux États-Unis, plus de 1 000 maires ont signé l'Accord sur la protection du climat, élaboré par la Conférence des maires de ce pays, représentant plus de 86 millions de personnes¹³⁵. En Europe, plus de 2 500 autorités locales se sont engagées en faveur de la Charte d'Aalborg, qui constitue un référentiel pour le développement durable local et qui appelle les autorités locales à participer aux processus de l'Agenda 21 local¹³⁶. De leur côté, en 2007, les ministres de l'Union européenne ont adopté la Charte de Leipzig, qui encourage des villes européennes durables et cible particulièrement les quartiers urbains déshérités, dans le contexte d'une politique de développement urbain intégré¹³⁷.

L'État/l'échelon régional et les autorités centrales/nationales exercent généralement une influence moins directe sur l'environnement local et sur l'économie locale. Ils s'attachent principalement à créer un cadre stratégique et à faciliter la stabilité, l'innovation ou les incitations financières, autant de facteurs nécessaires au changement. La prestation des services de santé relève souvent de l'échelon de gouvernement régional ou national. Cependant, le secteur de la santé doit se montrer flexible. Dans quelle mesure peut-il (ou doit-il) conduire la planification et la mise en œuvre d'une action multisectorielle ? Cela dépend, en grande partie, du problème à traiter.

Les entreprises privées peuvent faire bénéficier les villes de leur capacité de financement et de leurs compétences, en

travaillant soit de manière indépendante soit en partenariat avec le secteur public. La qualité de vie dans une ville et les incitations financières peuvent attirer le capital privé.

La participation de la population à la gouvernance urbaine, de la hiérarchisation des problèmes à l'évaluation des interventions et au suivi des résultats, est également fondamentale. En effet, la participation des citoyens permet de s'atteler aux vrais problèmes, favorise l'appropriation locale et pérennise les interventions. En outre, elle soutient la réalisation d'un objectif plus large : le développement et l'autonomisation de la population. L'encadré 6.2 décrit l'engagement de celle-ci aux côtés de nombreux autres partenaires à Barcelone, en Espagne¹³⁸.

Préalables à l'action locale

Les autorités locales doivent souvent répondre à nombre de besoins locaux qui sont susceptibles d'exacerber ou, au contraire, de réduire, les inégalités en santé. Elles peuvent influencer à la fois sur les facteurs sociaux et environnementaux qui fondent les inégalités sociales et les résultats de santé, et sur les facteurs intermédiaires qui ont un impact sur ces inégalités.

Malgré leurs différences en termes de structures de gouvernance, de champ d'action, de mise à disposition



**Ashley, 14 ans
Elephant and Castle,
Londres, Royaume-Uni
SURMONTER L'OBÉSITÉ
DE L'ENFANT**

Ashley, qui vit dans le Sud de Londres avec sa mère, est scolarisé au Bacons College. Il y a peu de temps encore, Ashley était en surpoids. « Avant, j'étais vraiment gros ; le sport ne m'intéressait pas et je mangeais beaucoup de cochonneries. Dans l'ensemble, je ne faisais pas grand-chose : quand je n'étais pas à l'école, je trainais à la maison. »

Il y a trois ans, son professeur d'éducation physique, qui travaille par

ailleurs pour une organisation non gouvernementale aidant les enfants à s'investir dans le sport, a encouragé Ashley à jouer au basket-ball.

« Grâce au basket, j'ai rencontré du monde, et j'ai aussi amélioré mon apparence physique, explique-t-il. Je suis aussi beaucoup plus en forme maintenant. Je suis plus musclé, plus grand, et j'ai maigri. J'ai bien davantage confiance en moi. »

Ashley estime que les jeunes d'aujourd'hui ne vivent pas sainement. Il remarque que beaucoup de jeunes de sa génération sont obèses et qu'ils ne font pas de sport. « Je ne sais pas trop pourquoi c'est ainsi. »

Il est content qu'on lui ait fait connaître le basket-ball et souligne la chance que lui ont offerte son école et l'ONG locale de l'emmener voir des matchs et de rencontrer d'autres jeunes de son âge. L'accès aux installations sportives est également important. En plus du temps qu'il passe à jouer dans l'équipe de l'école, Ashley aime marquer des paniers dans son quartier, où il y a un petit terrain à proximité de son immeuble.

« Avant, je ne savais pas utiliser mon temps libre. Aujourd'hui, j'apprécie de faire du sport, je mange davantage de fruits et de légumes, et moins de fast food. »

OMS/Anna Kari

d'espaces publics permettant des débats avec leurs administrés et de relation avec l'échelon de gouvernement national, les autorités locales ont pour point commun leur excellente capacité à remédier aux inégalités en santé. Elles présentent par ailleurs des caractéristiques communes du point de vue des rôles et responsabilités en général, mais aussi des stratégies et interventions en particulier.

Il importe également de prêter attention aux effets de la politique sur la santé, car la politique peut toucher à la santé de la population via des programmes et des interventions, mais également via certains processus, tels que les mouvements sociaux, les grèves ou les contestations. Les inégalités en santé en milieu urbain sont ainsi façonnées par des mécanismes qui vont au-delà des politiques et des interventions dans le domaine de la santé.

On peut globalement distinguer quatre préalables à l'action : un engagement politique, une vision, une réforme institutionnelle et des réseaux^{139,140}. Ces préalables visent à faire évoluer la façon dont les individus, les populations, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les pouvoirs publics appréhendent la santé et l'équité en santé, et prennent les décisions y afférentes.

UN ENGAGEMENT POLITIQUE

Le premier préalable pour une action durable est un engagement politique, aux niveaux les plus élevés, envers les valeurs, les principes et les stratégies de santé couvrant tous les citoyens. Il s'avère en effet que le manque de volonté politique met en péril la participation multisectorielle ; et l'action n'est durable que s'il existe d'emblée un intérêt et un soutien politiques à un haut niveau¹⁴¹.

La santé est l'affaire de tous les secteurs, et les responsables des villes sont habilités à orchestrer les contributions de nombreux acteurs. Dans cette perspective, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires¹¹⁹, la Stratégie mondiale de la santé pour tous¹⁴², la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation¹⁴⁴ constituent des textes fondateurs importants.

Si l'on veut obtenir un soutien et les ressources nécessaires, tant la branche représentative que la branche exécutive des autorités locales doivent être parties prenantes à l'action. Un mécanisme impose au maire, ou à son équivalent à la tête d'une ville, d'obtenir l'aval du conseil représentatif de la municipalité ou de toute

assemblée équivalente. L'aval des autres échelons de gouvernement (potentiellement les autorités provinciales, régionales et centrales, selon le système de gouvernance) est, de même, essentiel.

Il faut aussi obtenir l'engagement des parties prenantes clés au sein de la ville, c'est-à-dire des responsables d'organismes, d'organisations quasi-gouvernementales, d'organisations non gouvernementales et d'entreprises qui exercent une influence notable sur les grands déterminants de la santé. Si, par exemple, l'adduction d'eau et l'assainissement relèvent d'une société privée et sont contrôlés par l'autorité locale ou de la province, alors, il convient de mobiliser toutes ces parties prenantes préalablement à toute action. Si l'infrastructure de transport est mise à disposition par la municipalité et que les autobus locaux sont gérés par une société privée en partie financée par une subvention de l'autorité de la province, alors, ces trois parties prenantes doivent être mobilisées. Les populations doivent, elles aussi, être impliquées dans ce processus : l'encadré 6.3 décrit comment elles l'ont été dans les bidonvilles de Nairobi, au Kenya¹⁴⁵.

UNE VISION

Un deuxième préalable pour une action durable consiste en une vision urbaine comportant une forte dimension sanitaire. Conséquence de la tendance mondiale à la décentralisation, de nombreuses municipalités disposent aujourd'hui des pouvoirs et des responsabilités qui leur permettent de façonner un avenir axé sur une économie locale prospère, un environnement durable et la cohésion sociale. Outre la prospérité économique, la santé doit être l'une des composantes d'une vision urbaine et une valeur centrale guidant le développement. Elle fait partie intégrante des nombreuses aspirations des villes, telles qu'une bonne qualité de vie ou un environnement vivable et accueillant. Elle entretient aussi une relation réciproque avec l'économie : les enfants en bonne santé sont plus instruits, et une main-d'œuvre en bonne santé est plus productive¹⁴⁷. Enfin, la santé est indissociable du développement durable. Londres, au Royaume-Uni, a récemment rendu publique sa stratégie destinée à vaincre les inégalités en santé. L'encadré 6.4 détaille cette stratégie¹⁴⁸.

Si un document présentant les aspirations est essentiel, il ne suffit pas pour que le changement s'opère. Une planification intégrée est nécessaire afin de maximiser les synergies, et il convient de prendre en compte la santé et l'équité en santé dans toutes les politiques locales.

ENCADRÉ 6.3

GROS PLAN SUR LA PARTICIPATION DE LA POPULATION DANS LES BIDONVILLES DE NAIROBI, AU KENYA



Depuis 2005, Jhpiego, organisation affiliée à la Johns Hopkins University (États-Unis), œuvre à Korogocho et à Viwandani, deux bidonvilles de Nairobi, en vue d'y élargir la participation de la population et d'y améliorer la qualité des services de santé. À cette fin, Jhpiego déploie une approche participative afin d'aider les habitants et les agents de santé à évaluer leurs besoins, à définir les problèmes et à concevoir leurs propres solutions. Une telle approche renforce la capacité des responsables locaux à résoudre les problèmes et incite la population à affirmer son rôle dans l'amélioration de la santé.

Plusieurs activités ont concouru à la réussite des actions de Jhpiego. Des habitants ont pris part à l'identification des déterminants de la santé en cartographiant les aléas locaux. Certains ont été formés à divers

problèmes sanitaires : prévention des infections et hygiène, VIH, santé reproductive et planification familiale, santé des mères et des enfants... Plusieurs mécanismes, tels que des forums des parties prenantes organisés régulièrement, ont été mis en place pour faciliter la participation continue de la population sur ces questions.

Les résultats obtenus par Jhpiego¹⁴⁶ montrent qu'il est possible d'autonomiser les populations urbaines pauvres.

- La confiance et le respect ont grandi entre les agents de santé et les habitants, et l'utilisation des services de santé a augmenté.
- Les populations se sont mobilisées pour répondre aux préoccupations de santé qu'elles avaient elles-mêmes identifiées. Lors d'un exercice de cartographie, les

participants ont repéré à proximité d'une clinique une petite zone herbeuse qu'ils ont considérée comme induisant un aléa pour la santé. En effet, des déchets médicaux y étaient souvent abandonnés et il n'était pas rare que des enfants s'amusaient avec. Les habitants et le personnel de la clinique ont nettoyé cet espace pour y créer un potager collectif à l'intention des personnes atteintes du VIH.

- Les ressources techniques de la population ont été développées. Depuis, un groupe d'experts formés à la formation des patients (et recrutés pour aider à former les agents de santé à la gestion des cas de VIH) a été enregistré comme association, sous le nom de Expert Patients International. Il a pour mission d'informer toutes les personnes souffrant du VIH sur leurs droits en santé et de veiller à la bonne gestion des cas de VIH.

Cette approche mise en œuvre par Jhpiego a rencontré un écho bien au-delà de ses objectifs initiaux. Dans le sillage immédiat de l'élection présidentielle controversée de 2007 au Kenya, de jeunes habitants de taudis, auxquels les programmes de Jhpiego ont conféré une certaine autonomie, sont devenus des médiateurs de la paix. Confiants dans le pouvoir des décisions collectives, ces individus formés par Jhpiego ont agi de leur propre initiative pour satisfaire aux principes de la confiance et du respect qu'ils avaient acquis grâce au travail de Jhpiego.

Manoocher Deghati/IRIN

UNE RÉFORME INSTITUTIONNELLE

Dans la préparation de l'action, bien des villes s'aperçoivent que leurs structures organisationnelles et leurs processus de gestion ne sont pas en phase avec leurs besoins du moment (voir l'encadré 6.5 pour l'exemple de Vancouver, Canada)¹⁴⁹. Dans ces cas, il est impératif de développer les structures, les mécanismes et les capacités institutionnels pour soutenir à la fois le changement sur le court terme et une politique publique propice à la santé sur le long terme.

Le traditionnel cloisonnement des services au sein de nombreuses administrations locales est inadéquat, car la santé est l'affaire de tous. Beaucoup de partenaires

potentiels investis d'un mandat spécialisé (par exemple, les sociétés d'autobus pour le transport, les écoles pour l'éducation et les commerçants pour l'alimentation) n'ont pas conscience de leur impact plus large sur la santé. Des processus et structures inter-secteurs sont nécessaires pour mobiliser tous ces talents, nourrir leur engagement et maximiser leur contribution.

Malgré le manque de données sur ce qui marche et ce qui ne marche pas, il ne fait guère de doute qu'une action intersectorielle axée sur la santé est à même de réduire les inégalités en santé dans les zones urbaines. Après avoir analysé l'expérience de 20 pays, un groupe d'experts a formulé à l'intention des autorités un ensemble de recommandations pratiques sur la façon de

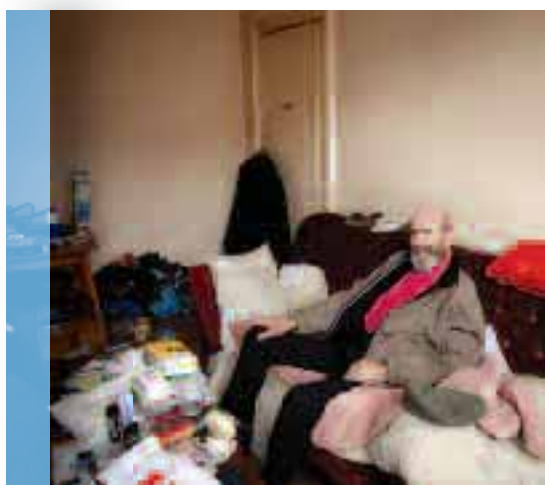
lancer cette forme d'action (encadré 6.6). Il s'avère que la réussite passe par un engagement politique de haut niveau et par l'adaptation des mesures au contexte politique, économique, culturel et social local.

DES RÉSEAUX

Les réseaux sont des entités qui rassemblent des personnes et permettent l'apprentissage collectif. Grâce au partage des expériences, ils accompagnent l'innova-

tion tout en aidant les villes à parer au risque et à ne pas reproduire les mêmes erreurs que d'autres. Les réseaux accroissent ainsi l'efficacité des villes et c'est sur eux que reposent le renforcement des capacités, le changement et l'innovation.

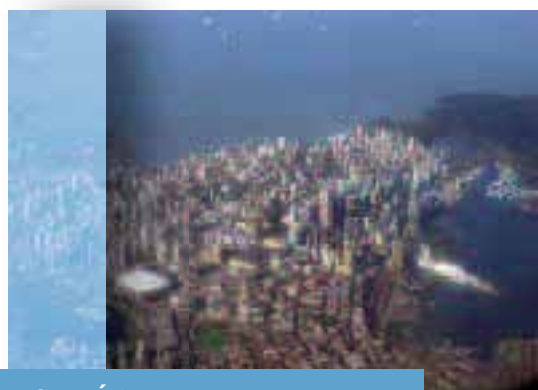
Des réseaux informels complètent souvent les partenariats formels et peuvent fonctionner à la fois dans telle ou telle ville et au-delà de ses limites. À l'intérieur d'une ville, les réseaux informels peuvent éclipser les structures formelles (comités et commissions) en lançant et en diffusant des idées nouvelles et des solutions



OMS/Anna Kari

ENCADRÉ 6.4 GROS PLAN SUR LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ À LONDRES

En 2010, Londres, au Royaume-Uni, a présenté sa stratégie de lutte contre les inégalités en santé, qui vise à réduire les graves inégalités dans les déterminants de la santé, dans l'état de santé et dans l'espérance de vie au sein de cette ville. Cette stratégie comporte cinq grands objectifs : autonomiser les individus et les populations afin d'améliorer leur santé et leur bien-être ; élargir l'accès à des services de santé et sociaux de qualité, surtout pour les Londoniens en mauvaise santé ; atténuer les inégalités de revenus et les conséquences délétères de la pauvreté relative ; accroître les opportunités d'accès aux bienfaits potentiels d'un bon travail ou d'une autre activité importante ; développer et promouvoir Londres en tant que lieu de vie propice à la santé de tous. Afin d'atteindre ces objectifs, la ville élabore actuellement un ensemble de plans de mise en œuvre. Les premières phases de ce plan énoncent les actions prioritaires d'ici 2012 en regard des 30 engagements de haut niveau de la stratégie. Ces actions combinent des campagnes et des initiatives à long terme visant à s'attaquer aux déterminants des inégalités en santé dans cette ville, parallèlement à des projets axés sur des problèmes de santé fondamentaux, notamment l'obésité et les troubles mentaux.



Sasa Loggin/SXC.hu

ENCADRÉ 6.5 GROS PLAN SUR LES STRUCTURES DE GOUVERNANCE À VANCOUVER, AU CANADA

Plusieurs partenaires ont élaboré une nouvelle structure de gouvernance pour appuyer une initiative intersectorielle destinée à promouvoir le développement durable dans un quartier déshérité de Vancouver. Un comité d'action, un comité de gestion, une équipe de coordination et une unité de coordination ont été mis sur pied. Le comité d'action a été investi de la responsabilité ultime de l'initiative, notamment de la prise de décisions et de la reddition des comptes. Le comité de gestion a été chargé des relations intergouvernementales, de la communication externe, du suivi et de l'évaluation, des décisions d'investissement et de la surveillance des activités opérationnelles. De son côté, l'équipe de coordination était le principal comité opérationnel auquel incombait la mise en œuvre du plan stratégique. Enfin, l'unité de coordination supervisait le travail au jour le jour de cette initiative.

Ce partenariat a rassemblé les niveaux de gouvernement fédéral, provincial et municipal, ainsi que le secteur privé, des organisations non gouvernementales et des militants. Il s'agissait initialement de trouver des solutions aux problèmes économiques, sociaux et de sécurité publique en menant des projets de développement communautaire dans le Downtown Eastside de Vancouver. Ce quartier était devenu le plus pauvre du Canada, avec des trafiquants de drogue agissant en pleine rue, de la délinquance, de la prostitution de rue et des sans-abri.

ENCADRÉ 6.6

RECOMMANDATIONS, DESTINÉES AUX AUTORITÉS NATIONALES, POUR UNE ACTION INTERSECTORIELLE EN SANTÉ

1. Un cadre commun à tous les secteurs participants facilitera l'intégration des stratégies et des actions tendant vers une même finalité. Ce cadre doit prendre en compte les conditions politiques, culturelles et socio-économiques, et être soutenu par un engagement politique ferme.
2. Une structure de gouvernance propice à la mise en œuvre d'une action intersectorielle doit être instaurée afin d'alimenter les efforts, si possible en faisant appel à des organisations qui existent déjà. La législation, les institutions et l'obligation d'information font partie des instruments destinés à renforcer la gouvernance au profit de l'action intersectorielle.
3. Il est essentiel que le secteur de la santé soit capable et responsable, afin de promouvoir et d'appuyer l'action intersectorielle. Il doit faciliter le processus de la manière appropriée, et se montrer flexible pour adapter son rôle à différents stades du déploiement de l'action intersectorielle.
4. La participation et l'autonomisation de la population dans le cadre de l'élaboration de la politique publique, depuis l'analyse initiale jusqu'à l'évaluation de l'intervention et au suivi des résultats, sont fondamentales pour concentrer l'attention sur les besoins des gens.
5. Les efforts conjugués de multiples échelons de gouvernement sur un ensemble d'actions intersectorielles hiérarchisé et ciblé constituent un facteur clé de réussite et permettront l'obtention d'un financement et de ressources humaines suffisants.
6. Une action intersectorielle efficace peut déboucher sur de meilleures politiques publiques. Les politiques retenues qui doivent être déployées via des mécanismes intersectoriels doivent être solides, réalisables, reposer sur des éléments factuels, être orientées sur les résultats, appliquées systématiquement, durables et dotées des ressources appropriées.
7. L'analyse, le suivi, l'évaluation et l'information sont des impératifs d'un bout à l'autre du processus. L'analyse adéquate du problème, de ses déterminants, ainsi que du contexte social, politique et culturel, est cruciale pour délimiter le problème à traiter et les bienfaits attendus pour plusieurs secteurs. L'évaluation des activités doit identifier les forces et les faiblesses des interventions. Enfin, le suivi régulier des effets sur la santé est indispensable pour que les efforts restent axés sur les résultats à produire.

pratiques à des problèmes émergents ou anciens. Ils procurent un soutien et un encouragement, et aident les principaux professionnels et représentants des populations à faire face à l'adversité¹⁵¹.

Les réseaux nationaux et internationaux facilitent l'importation et l'exportation d'informations et d'un savoir-faire entre villes, et confèrent aux villes la légitimité nécessaire pour vaincre les inégalités en santé lorsque les services de santé relèvent des autorités nationales.

« Villes-santé » (Healthy Cities) est l'un de ces réseaux. Il est établi dans plusieurs métropoles, villes et régions de plusieurs pays à travers le monde. Certains réseaux sont propres à un pays, d'autres sont régionaux. Les réseaux Villes-santé offrent à l'OMS la possibilité de promouvoir la politique de santé pour tous, apportent des informations et des outils actualisés et agissent

comme catalyseur de l'action, au niveau local de la gouvernance^{19,152}. En ce sens, les réseaux complètent les interactions traditionnelles de l'OMS avec les autorités nationales.

Autre exemple de réseaux permettant le partage du savoir, exerçant des pressions en faveur d'un changement de politique et œuvrant à l'élaboration de solutions inclusives aux défis du développement urbain : les associations d'autorités locales. Ces associations travaillent en partenariat avec tous les échelons de gouvernement, dans les pays, entre régions et au niveau mondial, afin d'encourager l'action multisectorielle et intersectorielle. Elles ont potentiellement une très grande portée, car elles s'appuient sur l'apprentissage entre pairs et sur les échanges entre personnes animées du même état d'esprit.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre a montré qu'une gouvernance urbaine efficace n'est pas l'apanage des pouvoirs publics, mais le fruit des efforts conjugués d'une multitude d'acteurs, notamment des différents échelons de gouvernement, des organisations non gouvernementales, du secteur privé et de la population. Les partenariats verticaux entre autorités nationales, régionales et locales doivent être complétés par des partenariats horizontaux à l'intérieur des villes. ■ Les autorités locales sont souvent bien placées pour mener le processus en combinant les talents et les pouvoirs de tous les secteurs de façon à atténuer les inégalités en santé en milieu urbain. La coordination à tous les niveaux est essentielle à cette fin. ■ Pour pouvoir agir, il faut obtenir l'engagement politique d'un large éventail de responsables locaux, définir une vision commune pour la santé et pour l'équité en santé, instaurer des mécanismes d'appui institutionnels et se mettre en relation avec d'autres acteurs capables de soutenir cette démarche. Un engagement politique envers les valeurs, les principes et des stratégies de santé couvrant tous les habitants des villes est nécessaire au plus haut niveau. Une vision de l'avenir assortie d'une forte composante sanitaire constitue un fondement commun pour l'action multisectorielle. Les structures, les mécanismes et les capacités institutionnels doivent accompagner à la fois le changement sur le court terme et une politique publique propice à la santé sur le long terme. Enfin, les réseaux locaux, nationaux et internationaux favorisent l'apprentissage et l'innovation partagés. ■ La prochaine étape consiste à évaluer les inégalités en santé qui existent dans la ville, afin de rassembler des données factuelles pour agir. C'est le thème du chapitre suivant.

CHAPITRE 7

DES DONNÉES FACTUELLES POUR AGIR



OMS/Anna Kari

Comme l'a fait apparaître la Partie Deux, les milieux urbains renferment des inégalités en santé partout dans le monde. Pourtant, quelques villes et quelques pays seulement cherchent à les identifier et encore plus rares sont ceux qui le font régulièrement. Le présent chapitre montre pourquoi il est capital de disposer de données factuelles si l'on veut comprendre les inégalités en santé et leurs déterminants, et trouver comment améliorer les actions susceptibles de les vaincre. Il souligne l'importance des données désagrégées et propose des conseils et des outils à l'intention des gouvernants et des principales parties prenantes qui leur permettront de mieux cerner les inégalités en santé dans leurs villes. Deux outils spécifiques sont présentés dans ce chapitre, et l'annexe A détaille une liste d'outils et de ressources supplémentaires que le lecteur pourra examiner.

L'importance des données factuelles pour une action efficace et durable

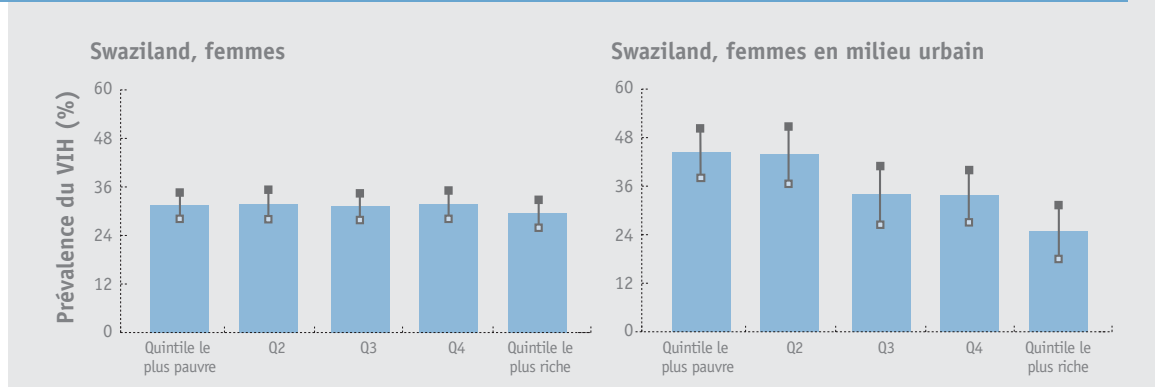
Diverses interventions et politiques publiques ont été élaborées en matière de santé urbaine, visant en particulier à fournir des services publics, à renforcer la sécurité dans les différents quartiers et à mettre en place des soins de santé primaires. Le choix des interventions appropriées est toujours difficile. Compte tenu de la complexité de l'environnement urbain et de la multiplicité des approches envisageables (par exemple structurelle, en établissement ou individuelle), il est vital que les gouvernants s'appuient sur les données factuelles disponibles pour prendre des décisions concernant la santé des populations urbaines. En effet, ce type de prise de décisions a des chances de renforcer les aspects positifs et d'atténuer les effets négatifs de l'urbanisation.

Les décideurs au niveau local et national peuvent consulter un grand nombre de sources d'informations ; pourtant, celles-ci sont souvent sous-utilisées. En outre, chaque ville est différente, et elle peut évoluer au fil du temps. Et vu la complexité et l'hétérogénéité des villes, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé sont également susceptibles de varier au sein d'une même ville. Partant, il n'est guère possible de faire des généralisations quant à l'impact de l'urbanisation sur la santé. C'est pour cette raison que les données factuelles utilisées lors de la prise de décisions doivent correspondre spécifiquement aux conditions dans lesquelles vit la population concernée¹⁵³.

S'ils veulent identifier des programmes et des mesures efficaces, les porter à une échelle supérieure et les adapter, les décideurs doivent s'intéresser aux données factuelles disponibles sous leurs diverses formes. Au lieu de ne s'appuyer sur aucune donnée factuelle pour prendre les décisions, mieux vaut recourir à l'approche par les « meilleures données factuelles disponibles ». Avec cette solution, on utilise les données factuelles existantes même si elles n'ont pas été produites suivant une méthode rigoureuse. Cependant, les études recourant à



OIM/Anna Kari

FIGURE 7.1**PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES, À L'ÉCHELLE NATIONALE ET DANS LES ZONES URBAINES, AU SWAZILAND, 2006-2007**

Source : calculs de l'OMS sur la base des données de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) du Swaziland, 2006-2007.

des méthodes rigoureuses sont intéressantes pour éclairer ces programmes et mesures. Des examens systématiques constituent également une solution convenable puisqu'ils permettent de connaître l'ensemble du corpus de données factuelles. Pour résumer, si les sources d'information peuvent varier, toutes les données sont porteuses d'information et peuvent aider dans la prise de décision.

L'importance des données désagrégées

La constitution d'une base de données factuelles qui permettra d'agir sert de multiples objectifs. À son niveau le plus basique, elle permet l'identification et l'observation des inégalités, des groupes à haut risque et des besoins non satisfaits. À ce titre, elle entre dans la planification sanitaire et permet d'envisager les interventions multisectorielles. Les évaluations des inégalités en santé peuvent également servir à sensibiliser le grand public, les professionnels de santé et les gouvernants, et à les pousser à agir.

Les données nationales du Swaziland montrent bien qu'il est essentiel de ne pas s'arrêter aux moyennes nationales lorsque l'on constitue une base de données factuelles. Comme on le voit dans le cadre de gauche de la figure 7.1, au Swaziland, aucun schéma ne se dégage au niveau national concernant la prévalence du VIH chez les femmes entre les différents groupes socio-économiques. En revanche, lorsque les données sont désagrégées de sorte que l'on n'examine que les zones urbaines (cf. cadre de droite), on voit aussitôt apparaître une inégalité en santé marquée : les femmes pauvres des

milieux urbains ont plus de risques d'être infectées au VIH que celles qui sont plus aisées.

Une fois les données réunies, on peut les organiser de façon à identifier les sous-groupes de population et les problèmes sanitaires qui révèlent les inégalités les plus criantes en milieu urbain. Elles peuvent également permettre d'observer l'évolution de ces problèmes sur la durée ou encore d'établir des comparaisons entre les villes.

Réflexion sur les données

Il convient d'utiliser des données désagrégées pour examiner les inégalités en santé en milieu urbain. En fonction du contexte, les données peuvent être désagrégées suivant le sexe, par tranche d'âge, selon les zones géographiques ou les quartiers de la ville, ou par catégorie socio-économique.

Le processus de production et d'analyse des données doit engendrer des coûts minimaux et s'intégrer aux mécanismes institutionnels des autorités locales et nationales. Il convient, autant que faire se peut, de recueillir les données à partir de systèmes d'information existants et de registres et de rapports réguliers. Il n'est pas recommandé de mener de nouvelles enquêtes, à moins qu'il existe localement la volonté, les capacités et les ressources nécessaires pour cela.

On peut trouver des données à l'échelon national ou local. Les données portant sur une ville en particulier présentent certains avantages, en ceci qu'elles peuvent être plus

ENCADRÉ 7.1 DÉSAGRÉGATION DES DONNÉES NATIONALES : UN EXEMPLE EN INDE



Désagréger les données nationales existantes en vue d'examiner les inégalités en santé en milieu urbain peut constituer une stratégie efficace pour former une base de données factuelles à partir de laquelle engager des actions. C'est ce qui a été fait en Inde afin de mieux comprendre les conditions sanitaires des citoyens pauvres du pays.

Les chercheurs de l'Urban Health Resource Centre ont entrepris de ré-analyser les données du National Family Health Survey, qui s'apparente aux enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Cette enquête auprès des ménages rassemble des informations sur la fécondité, la contraception, la mortalité infantile et celle des enfants de moins de cinq ans, la santé génésique, la santé des enfants, la nutrition des femmes et des enfants, ainsi que la qualité des services de santé et de planification familiale. La dernière vague d'enquêtes, menée en 2005 et 2006, représentait plus de 99 % de la population indienne vivant dans les 29 États du pays. Ces chercheurs ont désagrégé les données selon les zones urbaines puis, à l'intérieur de ces unités, selon les quartiles (25%) de richesse. Aux fins de cette analyse, le quartile de richesse inférieur de l'échantillon urbain a été utilisé pour représenter les « citoyens pauvres », tandis que les autres répondants urbains ont été qualifiés de « non pauvres ».

Les résultats ont révélé un certain nombre d'inégalités en santé en milieu urbain. Chez les citoyens pauvres, les

indicateurs de santé étaient bien inférieurs aux moyennes urbaines et globalement analogues à ceux des populations rurales. Par exemple :

- Le taux de mortalité infantile ressortait à 54,6 chez les citoyens pauvres, contre 35,5 chez les citoyens non pauvres et 41,7 dans les zones urbaines en général.
- Seulement 40 % des enfants pauvres vivant en ville avaient reçu tous les vaccins recommandés, soit un niveau comparable à celui des ménages ruraux (39 %) et bien inférieur à la moyenne urbaine (58 %).
- Près de 50 % des enfants citoyens pauvres souffraient d'une insuffisance pondérale au regard de leur âge. Cette proportion est moins bonne que dans les zones rurales (46 %) et nettement moins bonne que la moyenne urbaine (33 %).
- Près de 60 % des citoyennes pauvres de 15 à 49 ans souffraient d'anémie, d'où un plus grand risque de mortalité maternelle et infantile, de naissance prématurée et de nourrisson en insuffisance pondérale.

Ces exemples montrent comment on peut utiliser les données recueillies à l'échelle nationale pour mettre au jour les inégalités en santé. C'est une approche envisageable pour ceux qui souhaitent établir une base de données factuelles à partir desquelles définir des actions lorsqu'il n'y a pas de données désagrégées à l'échelle locale.

UN Photo/J.P. Lafont

spécifiques ou détaillées à l'échelon local. Néanmoins, il faut s'efforcer de collecter et d'analyser les données de façon standardisée, de sorte que l'on puisse procéder à des comparaisons entre villes. À l'inverse, les données sur les zones urbaines recueillies à l'échelon national doivent être collectées et organisées de façon à pouvoir être désagrégées et comparées d'une ville à l'autre (encadré 7.1)¹⁵⁴.

Quelle qu'en soit la source, les données doivent présenter un haut niveau de fiabilité, de transparence et d'exhaustivité. Il convient de maintenir la plus grande

exigence de qualité, avec notamment l'utilisation de sources et d'indicateurs standard reconnus comme des indicateurs fiables et valides des variables étudiées. Les données doivent offrir une représentation adéquate de la population et des sous-populations concernées. Les pratiques de traitement des données doivent respecter les orientations et d'autres normes en vigueur pour le stockage, la sauvegarde, le transport et l'extraction d'informations. L'analyse de données doit suivre des méthodes et tests statistiques reconnus.

TABLEAU 7.1
INDICATEURS DE BASE POUR URBAN HEART

#	DOMAINE/INDICATEUR	DÉFINITION
CRITÈRES DE SANTÉ		
1.	Mortalité infantile	Taux de décès des nourrissons de la naissance au premier anniversaire, exprimé en nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes
2.	Diabète : prévalence et décès	Prévalence du diabète et taux de mortalité liée au diabète pour 100 000 personnes (données normalisées selon l'âge)
3.	A. Réussite du traitement antituberculeux	A. Proportion des cas de tuberculose détectés et soignés par traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS)
	B. Tuberculose : prévalence et décès	B. Prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à la tuberculose
4.	Décès dus à des accidents de la circulation	Taux de mortalité due aux accidents de la circulation, pour 100 000 personnes
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET INFRASTRUCTURE		
5.	Accès à de l'eau potable	Proportion de la population disposant d'un accès durable à une source d'eau améliorée
6.	Accès à l'assainissement amélioré	Proportion de la population disposant d'un accès à l'assainissement amélioré
DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET HUMAIN		
7.	Achèvement du cycle primaire	Achèvement du cycle d'enseignement primaire, exprimé en pourcentage
8.	Accouchements en présence de personnel de santé qualifié	Proportion d'accouchements ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié
9.	Enfants entièrement vaccinés	Proportion d'enfants entièrement vaccinés
10.	Prévalence du tabagisme	Proportion de la population qui fume actuellement des cigarettes ou d'autres produits du tabac
ÉCONOMIE		
11.	Chômage	Proportion de la population actuellement sans emploi
GOUVERNANCE		
12.	Dépenses publiques consacrées à la santé	Proportion des dépenses des autorités locales allouées à la santé

Source : Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe, Japon, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.or.jp/urbanheart/>).

Urban HEART de l'OMS

Urban HEART (outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain) peut permettre de constituer une base de données factuelles à partir desquelles agir¹⁵⁵. L'Organisation mondiale de la Santé a développé cet outil entre 2008 et 2009 à partir des

expériences de plusieurs villes situées dans 10 pays : Brésil, Indonésie, Kenya, Malaisie, Mexique, Mongolie, Philippines, République islamique d'Iran, Sri Lanka et Viet Nam. Leurs expériences ont permis d'alimenter cet outil et d'aboutir à la version actuelle.

Urban HEART offre plusieurs avantages à ceux qui souhaitent constituer une base de données factuelles qui

permettra de cibler les actions à mener. Simple et convivial, il peut servir à de multiples utilisateurs : autorités locales, ministères nationaux, notamment de la Santé, de l'Éducation et des Transports, ainsi que groupes communautaires et organisations de la société civile. Il milite pour l'utilisation des données déjà disponibles, qui sont ensuite désagrégées en fonction des groupes socio-économiques et des zones géographiques ou des quartiers. Urban HEART se penche sur les déterminants de la santé et leurs interactions dans de multiples domaines de la vie urbaine, et il encourage des actions et des interventions de la sphère publique qui seront soutenables sur le long terme.

Urban HEART comporte deux grandes composantes : évaluation et réponse. La composante évaluation guide l'utilisateur dans le processus de sélection des indica-

teurs appropriés pour examiner les inégalités en santé. Une série commune d'indicateurs de base est recommandée pour toutes les villes (tableau 7.1). Ces indicateurs sont en nombre limité, mais ils portent sur une vaste palette de déterminants de la santé et d'événements de santé. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence pour juger de l'équité en santé en milieu urbain, de leur disponibilité dans les sites pilotes et de leur comparabilité. À ces indicateurs de base viennent s'ajouter des indicateurs fortement recommandés et des indicateurs optionnels, adaptables au contexte local.

Les données relatives à chaque indicateur sont désagrégées par groupe de population et zone géographique en vue de l'évaluation de l'équité. Une fois les informations recueillies, elles sont agencées de façon à identifier les

ENCADRÉ 7.2 GROS PLAN SUR PARAÑAQUE, AUX PHILIPPINES



Parañaque, aux Philippines, a utilisé Urban HEART pour vaincre une inégalité en santé et améliorer la qualité des soins de santé destinés aux femmes enceintes.

Constituée en 2008, son équipe Urban HEART, multisectorielle, regroupait des représentants municipaux des secteurs de la santé, du logement, de la planification, du budget et du génie civil. La société civile et les groupes communautaires ont aussi participé, et des représentants régionaux et nationaux du

monde de la santé se sont également joints à la phase de mise en œuvre.

Le maire de Parañaque a joué un rôle central : il assurait le leadership et le contact avec divers secteurs et parties prenantes. Dans cette ville, qui se trouve dans le sud de la zone métropolitaine de Manille, habitent presque 600 000 personnes, une population qui affiche une croissance rapide. Elle est divisée en 16 barangays ou zones administratives.

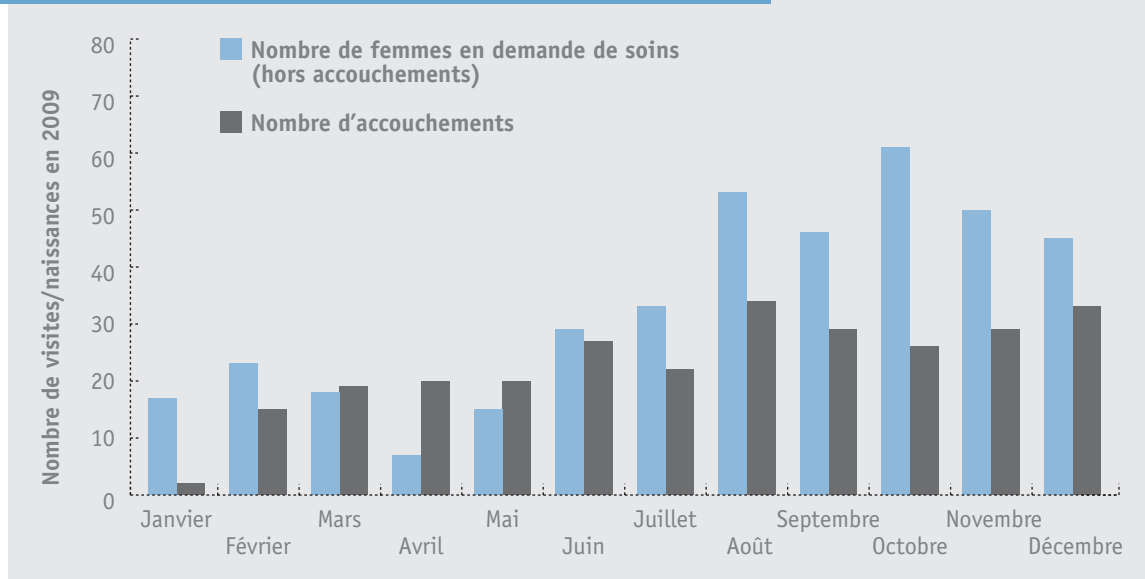
La composante évaluation d'Urban HEART a été utilisée pour identifier les inégalités les plus criantes de la ville. Les résultats ont fait apparaître que la ville a à déplorer des insuffisances globales et des inégalités substantielles entre barangays en matière d'eau potable, de délinquance et de proportion de femmes enceintes qui accouchent dans des établissements de santé. À l'échelle de la ville, près de la moitié des accouchements se faisaient à domicile, sans l'assistance de personnel de santé qualifié. Et sur les 16 barangays de la ville, San Martin de Porres, l'une des plus pauvres, affichait la proportion d'accouchements à domicile la plus élevée, avec 92 %. Forte de cette nouvelle information, et à l'aide des critères suggérés par l'outil Urban HEART, l'équipe a opté pour l'intervention la plus aisément réalisable et la plus pertinente : installer une maternité dans cette localité. Suite à l'approbation par le conseil de San

Martin de Porres, ce lieu a ouvert ses portes à la fin 2008.

Une campagne de sensibilisation et de plaidoyer est venue s'ajouter à la rénovation du bâtiment. Des informations concernant la nouvelle maternité ont été affichées dans toutes les zones défavorisées de San Martin de Porres, et les médias ayant été bien informés, l'ouverture de la maternité a été largement couverte par les bureaux de presse nationaux et locaux. Plusieurs efforts de communication communautaires ont permis d'informer les femmes sur les complications et les risques associés à l'accouchement à domicile, et les ont incitées à se rendre à la nouvelle maternité. Résultat : le nombre de femmes y recourant a grimpé dans les mois suivant son inauguration (figure 7.2). Une baisse de la proportion des accouchements à domicile a été enregistrée en 2009.

La mise en place de la maternité a engendré d'autres évolutions positives. Le conseil de San Martin de Porres a adopté une résolution locale qui décourageait les accouchements à domicile dans le barangay et s'engageait à soutenir pleinement la maternité. Le conseil de Parañaque a approuvé une nouvelle ordonnance permettant aux autorités municipales de fixer la réglementation des maternités dans la ville. Devant le succès rencontré à San Martin de Porres, les dirigeants de cinq autres barangays ouvrent des maternités en 2010.

FIGURE 7.2
UTILISATION DE LA NOUVELLE MATERNITÉ EN 2009
À SAN MARTIN DE PORRES, PARAÑAQUE CITY, PHILIPPINES



sous-groupes de population et problèmes de santé qui font apparaître les plus grandes inégalités en santé en milieu urbain. Ces données désagrégées permettent également d'observer l'évolution de ces problèmes sur la durée ou de procéder à des comparaisons entre villes. Urban HEART donne à l'utilisateur des outils pour organiser les informations dont il dispose.

La composante réponse d'Urban HEART permet aux utilisateurs de déterminer quelles mesures et interventions seront les mieux à même de réduire les inégalités en santé. Urban HEART procède en plusieurs étapes : il détecte les manques d'équité, identifie les stratégies de réponse appropriées, puis sélectionne les interventions pertinentes. Grâce à cet outil, une équipe de Parañaque, aux Philippines, a pu formuler une réponse à un problème urgent d'inégalité en santé dans leur ville (encadré 7.2)¹⁵⁶.

UrbanInfo d'ONU-HABITAT

UrbanInfo¹⁵⁷ est un autre outil utile pour constituer une base de données factuelles à partir desquelles agir. Développé dans le but de répondre aux demandes des utilisateurs de données d'ONU-Habitat, ce logiciel convivial tourne sur une plateforme Windows et aide les

utilisateurs à stocker, présenter et analyser des indicateurs urbains grâce à divers outils de présentation, comme des tableaux, des graphiques et des cartes. UrbanInfo intègre à la fois des indicateurs mondiaux et définis par l'utilisateur, dans diverses langues, avec des noms, des logos et des illustrations personnalisés

Deux versions d'UrbanInfo ont été développées. La première, publiée en 2006, renferme des informations sur plusieurs sujets, tels que le logement, la démographie, la communication, l'énergie, l'économie, l'éducation, la santé, la nutrition et le genre. La seconde version offre des données mises à jour sur ces sujets et couvre de nouveaux thèmes, comme les catastrophes, la criminalité, la migration, les inégalités de revenus et le transport. Cet outil a été conçu par ONU-Habitat en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD), avec l'appui financier de la Banque mondiale et d'autres partenaires.

UrbanInfo s'inscrit dans la longue histoire de collecte d'indicateurs urbains et de renforcement des capacités locales et nationales de suivi du développement et des performances urbains dont peut se targuer ONU-Habitat. Son Programme de surveillance des inégalités urbaines permet d'alimenter la base de données des Indicateurs urbains mondiaux¹⁵⁸, actualisée chaque année.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Pour pouvoir agir contre les inégalités en santé en milieu urbain, il faut se pencher sur l'état de santé des différents sous-groupes de citoyens, en fonction de leur statut socio-économique, du quartier où ils habitent et d'autres caractéristiques démographiques. Grâce à un agencement adéquat des diverses informations disponibles, nous pouvons mieux comprendre quels sont les problèmes de santé, où ils se rencontrent et comment les résoudre au mieux. ■ La désagrégation des données sanitaires existantes au niveau national peut permettre de mettre au jour les inégalités en santé en milieu urbain. Ces informations peuvent servir de base pour mener des actions. ■ Les outils tels que Urban HEART et UrbanInfo peuvent être pratiques pour constituer une base de données factuelles à partir desquelles agir. Simple et convivial, Urban HEART peut être utilisé par une multitude de personnes dans le but d'évaluer les inégalités en santé et d'y remédier. Le logiciel UrbanInfo permet aux utilisateurs de stocker, d'analyser et de communiquer des résultats concernant toute une gamme d'indicateurs urbains, définis aussi bien à l'échelle mondiale que par l'utilisateur. L'annexe A recense encore d'autres outils et ressources. ■ En conclusion, les données doivent présenter un haut niveau de fiabilité, de transparence et d'exhaustivité. Dans la mesure du possible, elles doivent provenir de systèmes d'information existants et de registres et de rapports réguliers. Suivant le contexte, les données désagrégées peuvent être organisées par groupe démographique (sexe, âge), selon des zones géographiques ou les quartiers de la ville, ou en fonction de la situation socio-économique (mesurée par les revenus ou le patrimoine). ■ Après avoir évalué les inégalités en santé en milieu urbain, il convient de hiérarchiser et de déployer des interventions, puis d'en observer et d'en évaluer les résultats. Ces étapes sont décrites dans le chapitre suivant.



CHAPITRE 8

INTERVENTIONS

UN Photo/Wolff

Ce chapitre présente diverses interventions qui peuvent servir à améliorer l'environnement naturel et l'environnement bâti, l'environnement social et économique, la sécurité alimentaire et la qualité des aliments, ainsi que la gestion des services et des urgences sanitaires. Il ne propose pas de liste exhaustive de ce qu'il est possible de faire, mais illustre plutôt ce qui est réalisable.

Ce chapitre décrit un certain nombre de facteurs à prendre en compte dans la formulation d'un plan d'action spécifique contre les inégalités en santé en milieu urbain. Ce sont surtout les informations sur les inégalités en santé spécifiques au sein de la ville qui doivent servir de base à la hiérarchisation des activités et à la prise de décisions. Les interventions ciblées doivent être réalisables, durables et fondées sur des faits. Il convient également de tenir compte des capacités de mise en œuvre au niveau local, de l'impact probable, de l'acceptabilité du projet et du soutien politique.

Trois grandes approches pour réduire les inégalités urbaines

De multiples stratégies peuvent servir à remédier aux inégalités en santé en milieu urbain. Trois principales approches ciblent les catégories de population ou les classes sociales défavorisées, réduisant les disparités en santé, ainsi que les inégalités dans l'ensemble de la population (figure 8.1)⁹⁸. Il est communément admis que la réalisation optimale de l'équité en santé consiste en un « nivellement par le haut » des conditions physiques et sociales des pauvres vivant en ville et d'autres catégories défavorisées. Toutefois, en réalité, les trois approches sont interdépendantes et doivent reposer les unes sur les autres. Nous mentionnerons brièvement leurs avantages comparatifs.

CIBLER LES CATÉGORIES DÉFAVORISÉES (A)

Cette approche vise à améliorer l'état de santé d'une catégorie ciblée, par exemple les 20 % de citoyens les plus pauvres. Elle ne tient pas compte de la santé de la population urbaine dans son ensemble. Et si elle peut améliorer la santé de la catégorie ciblée dans l'absolu,

elle ne conduit pas nécessairement à une réduction des inégalités en santé. Ainsi, il se peut que les disparités en santé entre les citoyens riches et les citoyens pauvres ne se réduisent pas alors même que la santé des citoyens pauvres s'améliore (encadré 8.1 pour un exemple émanant du Pakistan).

RÉDUIRE LES DISPARITÉS EN SANTÉ (B)

Le point de départ de cette approche repose sur l'écart entre l'état de santé des catégories défavorisées et celui du reste de la population urbaine. L'action cible la réduction du fossé entre les plus mal lotis et les mieux lotis, c'est-à-dire entre ceux qui se situent aux extrêmes de l'échelle sociale (encadré 8.2 pour un exemple émanant d'Afrique de l'Est).

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION URBAINE (C)

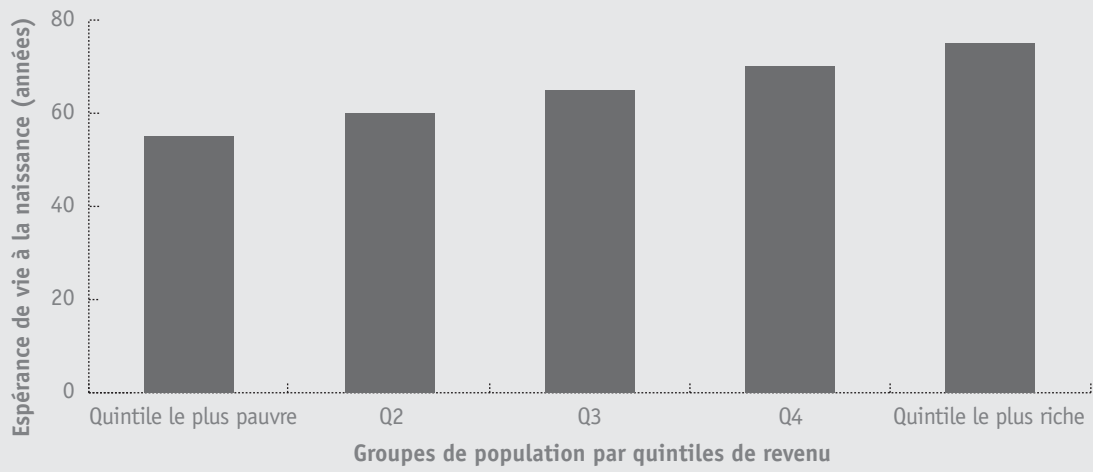
Cette approche reconnaît la relation de continuité entre l'état de santé et la situation socio-économique, comme l'explique la deuxième partie de ce rapport. En d'autres termes, les inégalités en santé existent non seulement entre les citoyens les plus riches et les plus pauvres, mais elles touchent également les classes intermé-



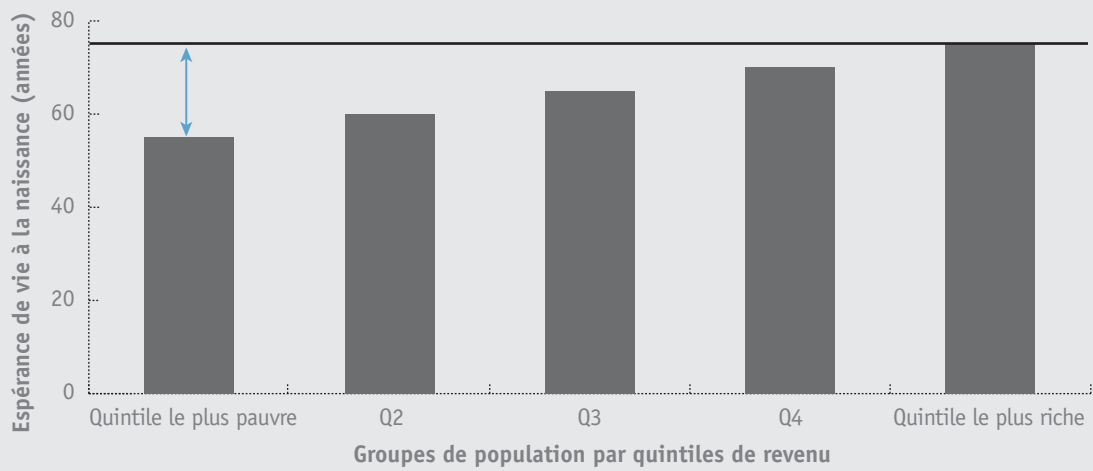
Pierre Holtz/IRIN

FIGURE 8.1
TROIS PRINCIPALES APPROCHES POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ :

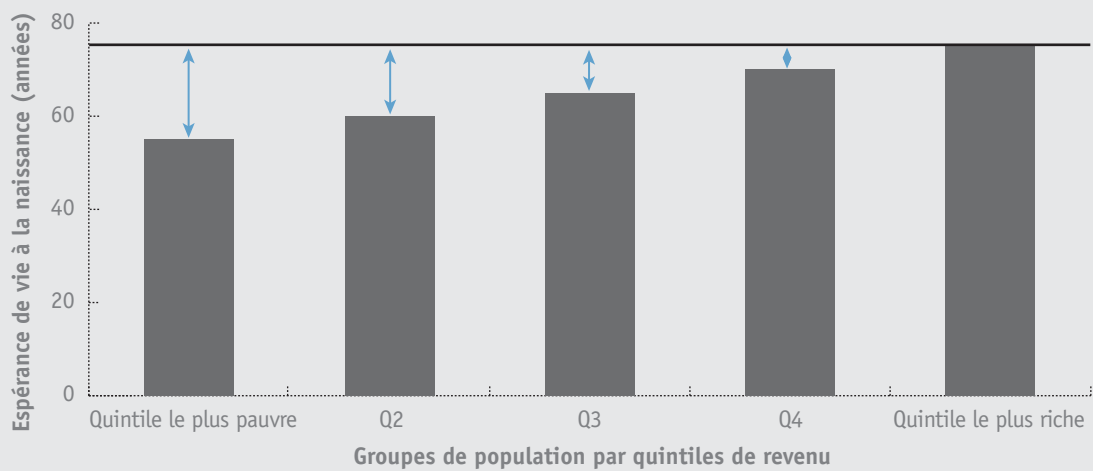
A. CIBLER LES CATÉGORIES DÉFAVORISÉES



B. ÉLIMINER LES DISPARITÉS



C. RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION



*(à des fins d'illustration uniquement)

ENCADRÉ 8.1

GROS PLAN SUR LES LADY HEALTH WORKERS DANS LES BIDONVILLES URBAINS DU PAKISTAN

L'urbanisation rapide du Pakistan a donné naissance à des bidonvilles urbains, dans lesquels la maladie et le handicap sont endémiques¹⁵⁹. Les centres de santé urbains sont, de leur côté, mal équipés et fonctionnent à la limite de leurs capacités, car leurs zones d'attraction se situent au-delà de leur portée opérationnelle¹⁶⁰.

Les agents de santé féminins, les lady health workers, comblent les besoins en santé qui ne sont pas satisfaits dans les bidonvilles urbains, en proposant des services de soins de santé primaires à domicile. Elles s'occupent des maux mineurs et des petites blessures, ainsi que de la santé génésique et de la planification des naissances, et dispensent des soins maternels, néonataux et pédiatriques. Les cas complexes ou les urgences sont renvoyés sur des médecins généralistes. Chaque agent de santé s'occupe d'environ 1 000 personnes ou 150 ménages de sa propre communauté, et reçoit une petite indemnité du ministère de la Santé.

Les candidates doivent être recommandées par leur communauté et remplir un certain nombre de critères, notamment un minimum de huit années d'études. Elles reçoivent une formation de 15 mois sur la prévention et le traitement des maladies courantes : trois mois de formation théorique suivis de 12 mois de formation sur le terrain. Après la formation, des coordonnateurs au niveau de la province et du district sont chargés du suivi et de la supervision.

Ces lady health workers réussissent à remédier à une part substantielle des besoins médicaux dans les bidonvilles urbains. Elles ont renforcé la planification des naissances et la vaccination des enfants, et favorisé le recours aux accoucheuses qualifiées. Elles traitent la diarrhée, les infections des voies respiratoires et la fièvre chez les enfants¹⁶¹. Plus généralement, elles agissent comme des catalyseurs pour l'implication de la communauté dans le domaine de la santé et servent à diffuser des messages sur le paludisme, la tuberculose, l'hépatite B et C, l'alimentation, la planification des naissances et la prévention des traumatismes.



ENCADRÉ 8.2

AMÉLIORER L'EAU ET L'ASSAINISSEMENT DANS LES VILLES DE LA RÉGION DU LAC VICTORIA EN AFRIQUE DE L'EST

Les centres urbains en croissance rapide du bassin du lac Victoria, en Afrique de l'Est, jouent un rôle croissant dans le développement économique de la région. Cependant, une urbanisation anarchique et de fortes tensions sur l'infrastructure de base nuisent fortement aux conditions de vie, à l'environnement naturel et au fragile écosystème du lac. Les populations pauvres de ces zones urbaines et périurbaines, dont la plupart restent hors de portée des services municipaux, sont les plus touchées.

ONU-Habitat mène une vaste initiative dans les villes de la région du lac Victoria au Kenya, en Ouganda et en République unie de Tanzanie¹⁶². Clairement axée sur les pauvres, cette initiative vise à améliorer l'accès aux services d'adduction d'eau, d'assainissement, de gestion des déchets solides et d'égout dans les zones couvertes par le projet, à mettre en œuvre des stratégies fonctionnelles et sexospécifiques pour une gestion et un suivi durables des systèmes remis en état, et à renforcer la capacité institutionnelle pour l'administration à long terme des systèmes. Elle s'attache également à réduire la quantité de polluants qui pénètrent dans le lac, protégeant ainsi l'environnement du lac dont dépend la survie de la région.

UN Photo/Evan Schneider

ENCADRÉ 8.3

GROS PLAN SUR LE PORT DU CASQUE

et le port du casque rarissime. D'après une récente étude Cochrane, le port du casque réduit en moyenne de 42 % le risque de décès des motocyclistes et de 69 % le risque de traumatisme crânien¹⁶³. De nombreux exemples de législation sur le port du casque existent dans le monde. Ainsi, en Thaïlande, la nouvelle législation a permis de réduire de 41 % le taux des traumatismes crâniens et de 21 % celui des décès¹⁶⁴. En Malaisie, le taux de décès des motocyclistes a reculé de 30 %¹⁶⁵. Au Viet Nam, la nouvelle loi sur le port du casque de décembre 2007 a produit des résultats similaires : elle oblige tous les conducteurs et passagers à porter un casque sur toutes les routes et à tout moment, sans exceptions ni exemptions. Par rapport à la même période de l'année précédente, en octobre 2008, les décès dus à des accidents de la circulation avaient reculé de plus de 1 400 et les accidents graves de plus de 2 200¹⁶⁶.



Fotolia

diaires. Cette approche prend en compte l'intégralité de la population urbaine, y compris les revenus intermédiaires. Son objectif est de réduire les inégalités en santé en assurant l'égalité d'accès à la santé à l'ensemble du spectre socio-économique (encadré 8.3 pour un exemple sur le port du casque).

Cibler les interventions prioritaires

Chaque ville doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs pour décider des interventions prioritaires. Le point de départ doit être une évaluation claire des inégalités urbaines existantes dans le domaine de la santé (chapitre 7). Le choix des interventions doit refléter l'opinion des citoyens et les priorités des décideurs, et se fonder sur la capacité du groupe intersectoriel à influencer les déterminants de la santé et à réduire les inégalités en santé. L'annexe C présente les interventions prioritaires dans divers domaines, et l'encadré 8.4 un exemple précis d'engagement de la population locale¹⁶⁷.

Les priorités doivent être sélectionnées de manière consensuelle, en tenant compte des différences légitimes de rythme du changement, des domaines nécessitant une action de toute urgence et du niveau de cohérence avec les mesures et projets nationaux et régionaux existants. Si, par exemple, un État accorde la priorité des projets d'amélioration de l'assainissement et les finance au niveau local, alors, le groupe intersectoriel pourra décider de saisir cette opportunité pour recentrer ses efforts sur la réduction des inégalités liées à l'assainissement. Dans tous les cas, les décideurs et les gouvernants ne doivent jamais perdre de vue leur vision du développement intégré.

FAISABILITÉ

Les interventions doivent pouvoir être mises en œuvre avec les ressources humaines, financières ou organisationnelles qui sont disponibles. En outre, elles doivent être acceptées par les populations qui seront touchées par leur mise en œuvre. Enfin, il est important que les interventions soient conformes aux politiques et priorités nationales existantes ou proposées, qu'elles s'inscrivent en droite ligne de l'agenda politique local et qu'elles bénéficient du soutien des autorités locales.

DURABILITÉ

La durabilité des interventions dépend de la disponibilité ininterrompue de ressources adéquates sur le long terme. Elle signifie également que les interventions satisfont aux besoins des citoyens sans compromettre la capacité des générations à venir de réaliser pleinement leur potentiel de santé.

FONDÉ SUR DES DONNÉES FACTUELLES

À chaque fois que possible, les dirigeants locaux doivent appuyer leur choix d'interventions sur les meilleures données factuelles disponibles. Cette approche repose sur le principe selon lequel il vaut mieux utiliser des données factuelles, même si elle ne proviennent pas d'un cadre d'étude rigoureux, que de ne pas en utiliser du tout. Elle reconnaît les lacunes des données disponibles, mais demande aux décideurs de chercher à utiliser les sources d'information qui leur sont accessibles.

POPULATION CIBLÉE

Comme nous l'avons expliqué plus haut, la plupart des gens s'accordent à dire que l'équité en santé passe surtout par la réduction des inégalités dans l'ensemble de la population urbaine. Néanmoins, les interventions qui ont une incidence positive sur la santé de l'ensemble de la population risquent de ne pas atteindre les catégories vulnérables et, partant, d'accroître les inégalités en santé. Les interventions portant sur les environnements naturels et bâtis, par exemple, n'amélioreront l'équité en santé que si elles ciblent prioritairement les défavorisés¹⁶⁸. Il est indispensable de procéder à une analyse minutieuse pour déterminer si les interventions prioritaires doivent être conçues de façon à toucher uniquement les groupes de population désavantagés ou bien les habitants des villes dans leur ensemble. Quoi qu'il en soit, la solution retenue doit toujours viser la réduction des inégalités en santé au sein de la ville.

PRINCIPALE AGENCE D'EXÉCUTION

C'est en grande partie la nature du problème qui déterminera dans quelle mesure le secteur de la santé peut (ou doit) devenir l'acteur principal de la mise en œuvre de l'intervention. En général, le premier rôle doit revenir à l'agence ou à l'organisation qui a la plus

ENCADRÉ 8.4

LA MOBILISATION DE LA POPULATION CONTRE LA VIOLENCE AU BRÉSIL



Le Brésil affiche l'un des taux d'homicide les plus élevés au monde. De 1980 à 2002, le taux national a été multiplié par plus de deux, passant de 11,4 à 28,4 pour 100 000. À São Paulo, ce taux a plus que triplé sur la même période, passant de 17,5 à 53,9 pour 100 000.

Jardim Angela est une favela d'environ 250 000 habitants située dans la banlieue sud de la ville de São Paulo. En juillet 1996, le magazine brésilien *Veja* a annoncé que le taux moyen d'homicides y était de 111 pour 100 000, classant cette région parmi les plus violentes au monde. Un effort communautaire intégré regroupant 10 institutions,

le Forum de défense de la vie (*Fórum de Defesa da Vida*), a été créé. En parallèle, un réseau de protection sociale englobant la société civile a été constitué, s'appuyant sur la population locale, les associations et les services de santé et sociaux formels et informels.

Ce réseau s'est lancé dans un vaste éventail d'interventions au niveau communautaire, de l'assistance aux enfants récemment incarcérés à une initiative collective de reconstruction des espaces collectifs. L'investissement dans ces derniers a permis de rebâtir des sites à l'abandon comme des places, des clubs et des écoles, offrant des espaces pour le

sport, des activités extrascolaires et des programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. La population locale et la police ont par ailleurs créé une coalition visant à préserver le bien-être de la population locale en surveillant la violence, la criminalité et le trafic de substances illicites. Plusieurs mesures et services ont également été mis en place avec le soutien de la population locale : horaires de fermeture des bars, programme pour les victimes de violences domestiques, campagnes de sensibilisation à la santé visant à réduire les grossesses d'adolescentes.

En 2005, le taux d'homicide était de 24 pour 100 000 pour la ville de São Paulo et de 18 pour 100 000 pour l'État de São Paulo, soit une réduction de 51 % pour ce dernier. En outre, on n'a recensé aucun homicide à Jardim Angela pendant 50 jours consécutifs cette même année. Plus récemment, de janvier à juillet 2006, Jardim Angela a enregistré une réduction de plus de 50 % des déclarations de vols, d'agressions, de vols de portefeuilles et de voitures par rapport aux années précédentes.

Jardim Angela constitue un exemple d'efforts intégrés dans le sens d'un développement global, attentif aux spécificités à la fois nationales et locales. Le dialogue continu entre la société civile et les autorités à différents niveaux est une condition préalable au succès de ces initiatives.

Nati Lis/SXC.hu

grande responsabilité ou la plus grande compétence dans le domaine concerné. Il sera ainsi préférable qu'une intervention visant à améliorer la qualité de l'eau soit menée par l'entité municipale qui s'occupe des services publics. Dans d'autres cas, il sera plus

judicieux que l'administration nationale, ou une organisation non dépendante de l'État, tienne le rôle principal, par exemple si l'intervention est située sur un site relevant du secteur privé, ou dans un centre communautaire.



**Hesti, 47 ans
Jakarta Nord, Indonésie
AMÉLIORER L'ASSAINISSE-
MENT DANS LE QUARTIER**

Hesti vit avec son mari et ses enfants dans un bidonville de Jakarta Nord. Son époux est ouvrier du bâtiment : il peut gagner jusqu'à 5,40 dollars par jour, mais ils ont du mal à joindre les deux bouts lorsqu'il ne trouve pas de travail. Alors, « les enfants et moi devons décoquer des fruits de mer pour 1,60 dollar par jour. J'ai mal au dos de rester assise dans la même position à ouvrir les

coquillages. Je prends des herbes traditionnelles pour me soulager. »

Hesti s'occupe des toilettes publiques de la ville, qui ont été construites il y a un an par une organisation caritative. Cette construction a fortement amélioré leur confort de vie, parce qu'elle a remplacé les fétides « latrines suspendues » sur pilotis, juste à côté de leur maison. C'était si terrible que « lorsqu'il pleuvait, se souvient-elle, les excréments étaient emportés par les flots dans les allées et même dans nos maisons. Que penseriez-vous, si cela arrivait chez

vous ? Quand nous avons emménagé ici, l'odeur des toilettes était si infecte que les enfants refusaient de manger. »

Désormais, elle gagne quelques revenus comme gardienne des nouvelles toilettes publiques. « Je les nettoie. Il faut payer 500 roupies (0,05 dollar) pour s'en servir, mais ceux qui n'ont pas d'argent peuvent quand même venir. Je pense que la plupart des gens du quartier viennent ici. Je ne gagne pas beaucoup d'argent avec ce travail, mais je suis très contente que nous ayons cette installation. »

OMS/Anna Kari

Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont des aspects clés de l'action. Ils sont indispensables au rassemblement de données factuelles, à l'affinement des approches et à la communication à d'autres acteurs des réussites enregistrées et des obstacles rencontrés. Il est nécessaire de procéder à un suivi et à une évaluation précis afin de savoir si les

activités en rapport avec l'intervention ont été menées dans les délais requis, si l'on a pu disposer de tous les éléments nécessaires pour aboutir aux effets désirés, si les cibles ont été atteintes et si les résultats visés ont été obtenus. Les évaluations doivent être aussi bien externes qu'internes, faire intervenir la population locale et de multiples secteurs et se concentrer sur les processus et les résultats.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre fournit une vue d'ensemble des trois grandes approches de la lutte contre les inégalités en santé en milieu urbain : cibler les catégories de population ou les classes sociales défavorisées, réduire les disparités en santé entre les mieux lotis et les plus défavorisés et réduire les inégalités dans l'ensemble de la population citadine. On s'accorde généralement à dire que, pour parvenir à l'équité en santé, il faut améliorer les conditions physiques et sociales des citoyens pauvres et d'autres catégories défavorisées. En réalité, ces trois approches sont interdépendantes et doivent s'appuyer les unes sur les autres. ■ Les questions prioritaires diffèrent d'une ville à l'autre. Dans tous les cas, les interventions choisies doivent être réalisables, durables et fondées sur des faits. L'action peut servir à améliorer l'environnement naturel et bâti, l'environnement social et économique, la sécurité alimentaire et la qualité des aliments, ainsi que la gestion des services et des urgences sanitaires. Ce chapitre donne des exemples de chaque type d'interventions. Quelle que soient les interventions retenues, le suivi et l'évaluation sont cruciaux pour en comprendre l'impact.

CONCLUSION

LE RISQUE ET LA PROMESSE DE NOTRE MONDE URBAIN



OMS/Anna Kari

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la majorité de la population mondiale vit dans des zones urbaines, et cette proportion ne cesse de croître. D'ici 2050, 7 personnes sur 10 vivront dans des villes. La quasi-totalité de la croissance démographique aura lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans certaines des villes enregistrant l'essor le plus rapide, la population va être multipliée par deux au cours des huit prochaines années.

Intrinsèquement, l'urbanisation n'est ni positive ni négative. Globalement, elle a été source d'opportunités, de prospérité et de santé pour les pays. Les populations urbaines sont généralement mieux loties que les habitants des zones rurales : elles disposent le plus souvent d'un meilleur accès aux services sociaux et sanitaires, et bénéficient d'un taux d'alphabétisation plus élevé et d'une espérance de vie plus longue. Dans le même temps, on observe d'importantes disparités entre les citoyens. Une croissance démographique rapide et imprévue peut peser sur la capacité des autorités à surveiller la qualité de l'air et de l'eau, à construire l'infrastructure requise et à apporter les services essentiels. À l'échelle de la planète, un citoyen sur trois vit aujourd'hui dans un taudis ou dans un établissement informel. Les pouvoirs publics vont se heurter à de nouvelles difficultés étant donné l'accroissement du nombre des personnes qui viennent vivre en ville.

De nombreuses villes sont exposées à une triple menace : les maladies infectieuses aggravées par les piètres conditions de vie ; les maladies chroniques non transmissibles et autres affections se développant à la faveur du tabagisme, d'un régime alimentaire déséquilibré et du manque d'exercice physique, et les traumatismes (résultant notamment des accidents de la route) et la violence. Cette menace découle d'une interaction complexe entre différents déterminants de la santé en milieu urbain, dont l'insalubrité des conditions de vie et l'insuffisance des infrastructures et des services.

Ce rapport a mis en évidence la répartition inéquitable de ces menaces sur la santé au sein des villes. Les familles au revenu le plus faible sont celles qui ont le plus grand risque de souffrir de problèmes de santé, dont la malnutrition et un fort taux de mortalité des



Marshall Faulk/SXC.hu

enfants de moins de cinq ans. Elles accèdent moins facilement aux services de santé, tels que l'assistance d'un personnel de santé qualifié pour les accouchements, et sont également désavantagées sur le plan des conditions de vie, par exemple pour l'accès à l'eau courante. Point important, ces inégalités suivent un gradient social, affectant donc aussi les classes moyennes au moins dans une certaine mesure. Causes de désavantages et maladies se concentrent également dans certains quartiers. Outre la situation socio-économique et le quartier, la mauvaise santé de certains citoyens s'explique aussi par la marginalisation et la discrimination sociales dont ils font l'objet pour des aspects de leur identité qu'ils ne peuvent pas changer (âge, sexe ou handicap, notamment).

Ces inégalités en milieu urbain ont beau ne pas être visibles à l'œil nu, elles n'en existent pas moins partout, dans les pays riches comme pauvres, sur tous les continents et dans toutes les cultures. Aucune ville, grande ou petite, riche ou pauvre, à l'Est ou à l'Ouest, au Nord ou au Sud, n'est épargnée. Et parce que ces inégalités sont omniprésentes, tous les dirigeants locaux et nationaux devraient réfléchir aux moyens de les vaincre.

L'avenir de nos villes n'est pas encore joué. Il renferme à la fois un risque et une promesse. Dans quelle mesure allons-nous voir ce risque, et non cette promesse, devenir réalité ? Tout dépend de nous.

Le risque, si nous n'agissons pas, est de voir les inégalités continuer à se répandre parmi les citoyens, avec encore plus de souffrances découlant de maladies et autres problèmes de santé, alors qu'elles étaient évitables. Le risque est de devoir redoubler d'efforts pour faire face aux conséquences des vagues de chaleur, de la pollution atmosphérique, des tempêtes, des inondations et des maladies infectieuses. Le risque est que certains pays n'atteignent pas les objectifs du Millénaire pour le développement, et n'exploitent donc pas tout leur potentiel économique et humain.

De l'autre côté, il y a la promesse de villes propices à une bonne santé pour tous. Riches et pauvres, jeunes et vieux, hommes et femmes, migrants et citoyens, tous seront en mesure de bénéficier du meilleur état de santé possible.

Cette promesse pourra devenir réalité à partir du moment où nous réorienterons nos approches traditionnelles. Cela suppose de réassocier santé publique et urbanisme au sein d'un cadre de gouvernance urbaine à plusieurs niveaux. Le présent rapport montre quel rôle moteur les responsables municipaux et les autorités locales peuvent endosser pour combiner les talents et les pouvoirs de tous les secteurs. Une action réussie passe par la mobilisation des associations de citoyens et de tous les niveaux de gouvernement (local, provincial et national) dans des efforts conjugués et coordonnés de lutte contre les inégalités en santé en milieu urbain.

Pour lutter contre ces inégalités, il faut commencer par chercher à savoir quels habitants sont touchés par quels problèmes de santé, et pourquoi. En étudiant les informations disponibles par ce prisme, les villes comprendront mieux quels sont les problèmes, où ils se situent et comment y remédier de manière optimale. Des outils comme Urban HEART et UrbanInfo peuvent aider à rassembler les données factuelles à partir desquelles agir.

Une fois que la nature et l'ampleur des inégalités en santé seront comprises, il sera possible de prendre des mesures dans plusieurs domaines. Différentes options seront alors envisageables : améliorer l'environnement naturel et bâti, l'environnement social et économique, la sécurité alimentaire et la qualité des denrées alimentaires, ainsi que la gestion des services et des urgences sanitaires. Les priorités ne seront pas les mêmes d'une ville à l'autre, mais en tout état de cause, les interventions retenues devront être réalisables, durables et fondées sur des données factuelles.

Nous nous trouvons de toute évidence à un point de basculement dans l'histoire, qui nous entraîne vers un monde de plus en plus urbanisé. Nous pouvons voir le risque aussi bien que la promesse se concrétiser, et tout dépend de nous. Il est de notre responsabilité collective de veiller à ce que les villes soient des lieux de vie propices à la santé de chacun, aujourd'hui et demain. Nous avons tous un rôle à jouer pour que cette aspiration devienne réalité.

Un rôle à jouer pour chacun : qui peut faire quoi ?ⁱ

MINISTÈRES DE LA SANTÉ

- S'informer davantage sur les déterminants de la santé et sur la manière dont les choix de politique publique influent sur la santé des citoyens.
- Prendre les devants pour coopérer avec d'autres secteurs, dont le logement, le transport, l'industrie, l'eau et l'assainissement, l'éducation, l'environnement ainsi que les établissements financiers.
- Donner l'exemple : faire des villes des lieux de vie plus sains et plus agréables.
- Encourager l'utilisation des évaluations de l'impact sur la santé et l'environnement dans les plans et la politique d'urbanisme.

AUTORITÉS LOCALES

- Favoriser la collaboration au sein des autorités locales par des forums et un dialogue entre les responsables de la santé publique et les urbanistes.
- Instaurer des partenariats avec les organisations non gouvernementales et les associations de citoyens ; mettre en place un mécanisme permettant aux professionnels de la santé de participer aux réflexions sur l'urbanisme et les transports.
- Introduire un système de partage de l'information sur la nature des inégalités en santé et sur les avancées dans la lutte contre ces inégalités entre les pouvoirs publics, la société civile et la population.

SOCIÉTÉ CIVILE

- Veiller à ce que les habitants participent pleinement à la définition des mesures et des programmes qui ont une incidence sur leur vie.
- Associer les habitants des établissements informels aux processus formels en constituant des groupes, des associations et des fédérations. Petites ou grandes, les organisations constituées par les habitants pauvres des villes doivent s'unir pour comprendre les conditions sociales et économiques dans lesquelles ils vivent, trouver des solutions pratiques à ces problèmes, lutter contre la marginalisation et obtenir l'accès aux biens et aux services auxquels ils ont droit.
- Travailler avec les pouvoirs publics aux processus participatifs de planification et d'établissement des budgets de manière à allouer une plus grande proportion des budgets d'investissement municipaux aux priorités arrêtées par les quartiers et les groupes de citoyens.

CHERCHEURS

Produire et systématiser des données permettant de remédier aux nombreuses lacunes de l'information, notamment sur :

- Les avantages potentiels de l'urbanisation et de la croissance urbaine ;
- Les inégalités en santé désagrégées par quartier ;
- L'efficacité des méthodes se fondant sur l'anticipation pour résoudre les problèmes des inégalités en santé en milieu urbain ;
- L'importance d'associer tous les citoyens aux décisions qui influent sur leur habitat et leur santé.

ⁱCette attribution des rôles aux différentes parties prenantes n'a rien de prescriptif et ne saurait être exhaustive. Il existe plusieurs possibilités pour établir une telle énumération. Tout ce rapport défend l'idée d'une « approche englobant tous les pouvoirs publics » et toutes les parties prenantes susceptibles d'influer sur l'équité en santé en milieu urbain



URBANISTES

- Utiliser la réglementation sur le zonage et l'occupation des sols afin d'empêcher l'exposition des citoyens aux émissions polluantes et aux dangers émanant des activités industrielles et commerciales, des déchets et des produits chimiques et des transports.
- Élaborer et adopter des pratiques de construction protégeant la santé des usagers en veillant à la qualité de l'air intérieur, à la sécurité, au bruit, à l'eau, à l'assainissement et à la gestion des ordures ménagères, entre autres déterminants de la santé en milieu urbain.
- Construire des villes compactes, où les citoyens puissent facilement accéder aux espaces verts, aux transports en commun et aux pistes cyclables, ainsi qu'aux services de santé, à l'éducation et autres services élémentaires.

- Intégrer les évaluations de l'impact sur la santé dans l'étude des autres solutions possibles pour l'urbanisme et les politiques publiques.

AGENCES INTERNATIONALES

- Promouvoir et soutenir les mesures propices à un environnement sain.
- Diffuser les enseignements tirés de l'expérience.
- Défendre le droit des femmes, ainsi que les stratégies de lutte contre la pauvreté et de promotion de l'équité.
- Encourager les décideurs à produire et à utiliser des informations sociodémographiques afin d'optimiser les décisions engageant l'avenir des zones urbaines.

ANNEXES

- A. SOURCES ET OUTILS SUPPLÉMENTAIRES
- B. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE POUR
L'ÉVALUATION DES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN
MILIEU URBAIN
- C. EXEMPLES D'INTERVENTIONS

SOURCES ET OUTILS SUPPLÉMENTAIRES

RESSOURCES ET OUTILS DU PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LES ÉTABLISSEMENTS HUMAINS (ONU-HABITAT)

URBAN INDICATORS

http://ww2.unhabitat.org/programmes/guo/urban_indicators.asp

Ce site Web est le portail présentant les indicateurs urbains d'ONU-Habitat, qui sont recueillis à intervalles réguliers dans un échantillon de villes du monde entier afin de permettre de faire le point sur les avancées dans 20 domaines essentiels de l'Agenda de l'habitat au niveau des villes (en anglais).

URBANINFO

<http://www.devinfo.info/urbaninfo/>

Ce site Web donne accès à une version d'UrbanInfo en ligne (en anglais)

RESSOURCES ET OUTILS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

LE RÉSEAU DE SAVOIR SUR LES MILIEUX URBAINS

<http://www.who.or.jp/knus.html>

Le Réseau de savoir sur les milieux urbains s'est attaché à synthétiser le savoir mondial sur les déterminants sociaux de la santé et de l'urbanisation. Ce site Web donne accès au rapport final du Réseau, ainsi qu'à un ensemble d'autres ressources qui ont permis l'élaboration de ce rapport (en anglais).

LA COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/fr/index.html

La Commission des déterminants sociaux de la santé a été créée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour réunir des décideurs, des chercheurs et des organisations de la société civile du monde entier afin de combattre les causes sociales des problèmes de santé et des inégalités en santé. Ce site Web donne accès au rapport final de la Commission et aux informations y afférentes.

PROGRAMME VILLES-SANTÉ

<http://www.euro.who.int/healthy-cities>

Ce site Web propose de nombreuses informations sur tous les aspects de la santé urbaine, et décrit le programme Villes-Santé de l'OMS, ainsi que ses activités dans le monde entier (en anglais).

URBAN HEALTH EQUITY ASSESSMENT AND RESPONSE TOOL (URBAN HEART)

<http://www.who.or.jp/urbanheart.html>

Ce site Web donne accès à la dernière version en date d'Urban HEART, ainsi qu'aux matériaux et informations y afférents (en anglais).

AUTRES RESSOURCES ET OUTILS

BANQUE MONDIALE – URBAN HEALTH

<http://go.worldbank.org/3YB10HELNO>

Ce site Web propose des liens vers des ressources qui aideront les urbanistes à concevoir, mettre en œuvre et améliorer leurs interventions au service de la santé (en anglais).

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID) – URBAN HEALTH AND ENVIRONMENT

<http://www.makingcitieswork.org/urbanThemes/Urbanhealthandenv>

Ce site Web décrit le travail d'USAID dans le domaine de la santé en milieu urbain et propose des liens vers les versions intégrales de certaines publications consacrées à ce sujet qui bénéficient du soutien d'USAID (en anglais).

UNITED STATES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) – TOOLS FOR COMMUNITY ACTION

<http://www.cdc.gov/healthycommunitiesprogram/tools/index.htm>

Ce site Web, qui fait partie du Healthy Communities Program du CDC, propose un éventail d'outils permettant de mobiliser les populations en vue d'améliorer les lieux et les organisations qui font partie de la vie quotidienne (écoles, lieux de travail, établissements de santé et autres lieux où se rassemble la population) afin de favoriser la santé et de prévenir les maladies chroniques (en anglais).

INTERNATIONAL SOCIETY FOR URBAN HEALTH

<http://www.isuh.org>

L'International Society for Urban Health est une association de chercheurs, d'universitaires et de professionnels, dans diverses disciplines et régions du monde, qui étudient les effets de l'environnement urbain et de l'urbanisation sur la santé.

INTERNATIONAL INSTITUTE FOR ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT – URBAN ENVIRONMENT

<http://www.iied.org/human-settlements/key-issues/urban-environment-0>

Le Human Settlements Programme (programme sur les établissements humains) de l'International Institute for Environment and Development se consacre à l'environnement urbain depuis le milieu des années 1970.

AFRICAN POPULATION AND HEALTH RESEARCH CENTER

<http://www.aphrc.org/>

Ce centre a pour mission de favoriser le bien-être des Africains en menant des recherches sur la population et la santé de nature à orienter les politiques publiques. La santé en milieu urbain fait partie de ses principaux thèmes de recherche.

URBAN HEALTH TODAY: A CURRENT-AWARENESS TOOL

<http://urbanhealthtoday.blogspot.com/>

Ce site Web rassemble des rapports relevant de la littérature non officielle (non indexée dans les bases de données bibliographiques médicales, telles que PubMed) qui traitent de la santé de la population des villes du monde entier. Les utilisateurs peuvent accéder aux rapports et mettre en ligne des informations à partager.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉVALUATION DES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN

Les analyses réalisées par l'Organisation mondiale de la Santé pour ce rapport s'appuient sur des sources de données fiables (organisations internationales ou organismes publics municipaux ou nationaux) pour lesquelles il était possible d'opérer une désagrégation entre milieu urbain et milieu rural, et idéalement aussi en fonction d'autres facteurs socio-économiques, tels que le niveau de revenu. On a désagrégé les échantillons urbains et évalué les inégalités en santé en examinant les disparités entre les différents sous-groupes pour un large éventail d'indicateurs de santé.

Des données issues de l'enquête sur la santé dans le monde¹¹³ et des enquêtes démographiques et sanitaires¹¹⁴ ont été exploitées pour de nombreux sujets. Mise en place par l'Organisation mondiale de la Santé, l'enquête sur la santé dans le monde est utilisée comme un instrument d'enquête standardisé permettant de compiler un ensemble complet d'informations de référence sur la santé et les dépenses de santé. En 2002, 71 pays ont mené cette enquête sous une forme ou une autre, dont plusieurs pays à revenu élevé, essentiellement des pays européens, qui ont opté pour une version partielle de l'enquête. Les données ont été collectées au moyen d'enquêtes en face à face, d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur ou d'entretiens personnels assistés par ordinateur. Les échantillons, dont la taille allait de 1 000 à 10 000, comportaient exclusivement des adultes sélectionnés de manière aléatoire. Les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) sont des enquêtes représentatives à l'échelon national qui sont fiables, valides et permettent des comparaisons entre les pays. Elles sont financées par l'USAID et menées conjointement par ICF Macro et les autorités nationales.

C'est une méthodologie proposée par Wagstaff, van Doorslaer et Watanabe¹⁶⁹ qui a été retenue pour décomposer les inégalités en santé en milieu urbain concernant la malnutrition des enfants de moins de cinq ans et le taux de

couverture des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (chapitre 4). Cette méthode permet de déterminer la contribution individuelle de chaque facteur aux inégalités en santé, après prise en compte de tous les autres facteurs. En outre, il est possible de déceler si cette contribution est causée par l'ampleur de l'effet de chaque facteur sur la variable de santé ou par l'importance de l'inégalité liée au revenu dans le facteur lui-même, ou encore par une combinaison des deux.

On s'est appuyé sur les tendances actuelles pour faire des projections sur la capacité à atteindre certaines cibles et certains OMD liés à la santé en milieu urbain d'ici 2015 (chapitre 5). Respectant l'approche méthodologique globale, cette analyse ne s'est pas cantonnée aux moyennes urbaines, et a fait apparaître en quoi les citoyens les plus riches diffèrent des plus pauvres. Les projections reposent sur les rythmes de progrès observés pendant la période la plus longue pour laquelle ces données étaient disponibles. Cette forme de projection linéaire n'est peut-être pas la plus précise dans tous les cas, étant donné que chaque pays a un contexte qui lui est propre et qu'il peut avoir entrepris de réformer son secteur de la santé ou enregistré une phase de croissance (ou de crise) économique, susceptible d'améliorer ou de dégrader les performances d'ici 2015. Toutefois, les projections linéaires présentent également plusieurs avantages : elles peuvent s'appliquer de façon standard à tous les pays, dépendent entièrement de données observables, et non de taux de croissance fixés arbitrairement, et sont relativement simples à comprendre.

La taille des échantillons urbains était suffisante pour ces analyses, mais les bidonvilles ou les établissements informels n'ont vraisemblablement pas fait l'objet d'une enquête exhaustive. Il est donc possible que les résultats concernant les populations les plus pauvres sous-estiment l'ampleur véritable des inégalités en santé.

TABLEAU B.1
PAYS POUR LESQUELS LES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES
FOURNISSAIENT DES DONNÉES POUR QUATRE INDICATEURS CLÉ

	RÉGION	PAYS	ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ	RETARD DE CROISSANCE	MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	BRANCHEMENT À UN RÉSEAU D'EAU
1	Afrique	Bénin	X	X	X	X
2	Afrique	Burkina Faso	X	X	X	X
3	Afrique	Cameroun	X	X	X	X
4	Afrique	Tchad	X	X	X	X
5	Afrique	Congo	X	X	X	X
6	Afrique	Égypte	X	X	X	X
7	Afrique	Éthiopie			X	X
8	Afrique	Gabon	X	X	X	X
9	Afrique	Ghana	X	X	X	X
10	Afrique	Guinée	X	X	X	X
11	Afrique	Kenya	X	X	X	X
12	Afrique	Lesotho	X	X		X
13	Afrique	Liberia	X	X	X	X
14	Afrique	Madagascar	X	X	X	X
15	Afrique	Malawi	X	X	X	X
16	Afrique	Mali	X	X	X	X
17	Afrique	Maroc	X	X	X	X
18	Afrique	Mozambique	X	X	X	X
19	Afrique	Namibie	X	X	X	X
20	Afrique	Niger	X	X	X	X
21	Afrique	Nigeria	X	X	X	X
22	Afrique	Rwanda	X	X	X	X
23	Afrique	Sénégal	X	X	X	X
24	Afrique	Tanzanie	X	X	X	X
25	Afrique	Uganda	X	X	X	X
26	Afrique	Zambie	X	X	X	X
27	Afrique	Zimbabwe	X	X		X
	AFRIQUE	TOTAL	26	26	25	27

TABLE B.1 SUITE

	RÉGION	PAYS	ACCOUPEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ	RETARD DE CROISSANCE	MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	BRANCHEMENT À UN RÉSEAU D'EAU
28	Amériques	Etat plurinational de Bolivie	X	X	X	X
29	Amériques	Colombie	X	X	X	X
30	Amériques	Republique Dominicaine	X	X	X	X
31	Amériques	Haïti	X	X	X	X
32	Amériques	Honduras	X	X	X	X
33	Amériques	Nicaragua	X	X	X	X
34	Amériques	Pérou	X	X	X	X
	AMÉRIQUES	TOTAL	7	7	7	7
35	Asie	Arménie	X	X	X	X
36	Asie	Bangladesh	X	X	X	X
37	Asie	Cambodge	X	X	X	
38	Asie	Inde	X	X	X	X
39	Asie	Indonésie	X		X	X
40	Asie	Jordanie	X	X	X	X
41	Asie	Népal	X	X	X	X
42	Asie	Pakistan	X		X	X
43	Asie	Philippines	X		X	X
44	Asie	Turquie	X	X	X	X
45	Asie	Viet Nam	X			X
	ASIE	TOTAL	11	7	10	10
	MONDE	TOTAL	44	40	42	44

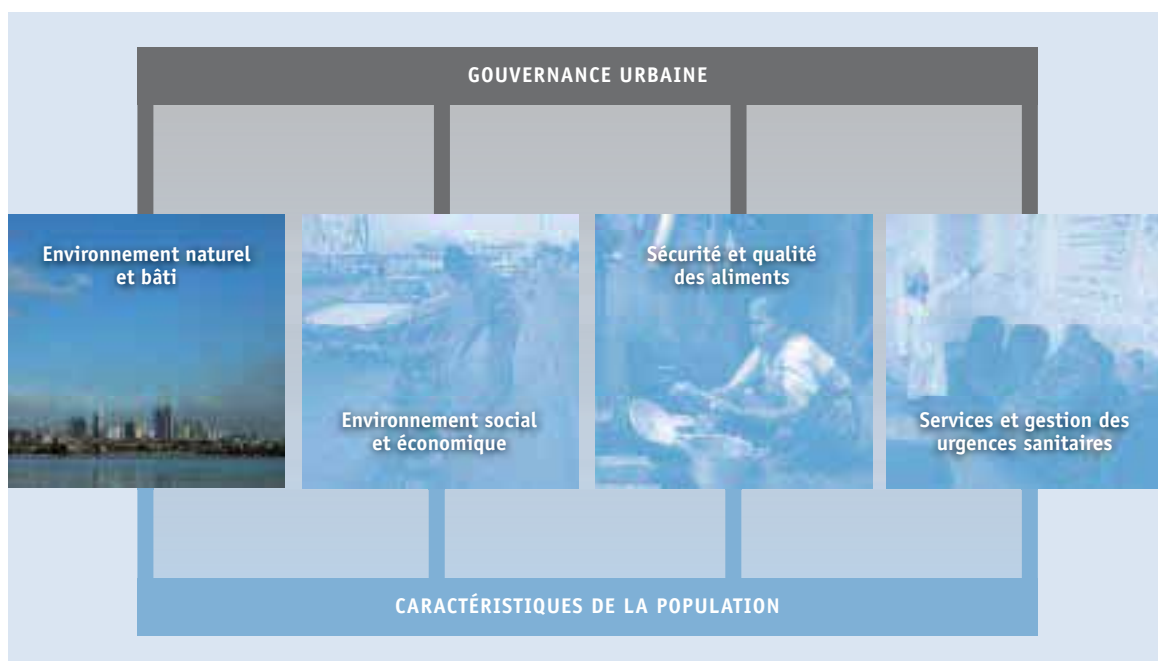
ANNEXE C

EXEMPLES D'INTERVENTIONS

Les exemples suivants ne constituent pas une liste exhaustive des interventions qu'il est possible de mener pour réduire les inégalités en santé en milieu urbain. Ils montrent toutefois le type d'actions qui peuvent être engagées vis-à-vis de certains déterminants de la santé. L'annexe A donne des sources d'information supplémentaires qui peuvent être consultées pour sélectionner les interventions prioritaires.

Interventions sur l'environnement naturel et l'environnement bâti

Concernant l'environnement naturel et l'environnement bâti, il est possible d'atténuer le changement climatique et de s'y adapter, d'améliorer les conditions de logement, de renforcer l'accès à l'eau potable et à un assainissement de meilleure qualité, de moderniser les systèmes de transport et l'infrastructure, ainsi que d'améliorer la qualité de l'air.



ATTÉNUER LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SES CONSÉQUENCES ET S'Y ADAPTER

Utilisant de l'énergie, des ressources et des terrains, le milieu urbain a toujours fortement contribué au changement climatique. Les deux grandes stratégies de lutte contre le changement climatique sont, premièrement, l'atténuation, qui impose de prendre des mesures visant à réduire les sources de gaz à effet de serre ou contribuant à leur suppression, et, deuxièmement, l'adaptation, c'est-à-dire l'ajustement des systèmes naturels ou humains au changement climatique réel ou attendu et à ses conséquences. L'atténuation et l'adaptation ne s'excluent pas mutuellement, et aucune n'est suffisante à elle seule : si l'on se concentre uniquement sur l'atténuation, les villes seront mal préparées pour faire face aux conséquences sanitaires anticipées, et si l'on se focalise sur l'adaptation, on ne luttera pas contre les émissions de gaz à effet de serre produites par la ville sur le long terme.

ÉLABORER DES MESURES D'ATTÉNUATION AXÉES SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. Les mesures visant à diminuer les émissions de carbone réduisent les émissions de gaz à effet de serre et contribuent positivement à l'environnement et à la santé. Ainsi, une réduction de la pollution atmosphérique aura des effets bénéfiques sur la santé cardiovasculaire et respiratoire. En outre, le traitement simultané de la pollution atmosphérique et du changement climatique permet de tirer parti de synergies et de mieux utiliser des ressources limitées.

ÉVALUER LA VULNÉRABILITÉ AU CHANGEMENT CLIMATIQUE, ses conséquences et les stratégies d'adaptation. L'évaluation des stratégies d'adaptation au changement climatique aide les autorités locales à identifier, à la lumière des conséquences climatiques attendues, les besoins, les axes d'amélioration et les actions préventives possibles. Il est essentiel de renforcer la résilience des villes, notamment en prenant des mesures structurelles d'atténuation des catastrophes ou encore en élaborant des règles, des codes de construction et d'urbanisme, ainsi qu'en renforçant les mesures de santé publique. Sur ce dernier point, l'adaptation au changement climatique peut bénéficier d'une action orientée sur la disponibilité et la qualité de l'eau potable, les systèmes d'assainissement, la sécurité alimentaire et la salubrité des aliments, ainsi que l'environnement bâti.

RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ. Pour lutter efficacement contre les conséquences supplémentaires ou nouvelles du climat sur la santé, il conviendrait de revoir et de renforcer les pratiques actuelles en matière de santé publique, et d'intégrer à l'infrastructure de santé

publique les éléments nouveaux propres au changement climatique. Les domaines d'intervention sont notamment l'éducation, la surveillance des maladies à transmission vectorielle, la gestion vectorielle, la préparation aux situations d'urgence, la cartographie des risques d'inondation et de catastrophe, l'identification des populations à risque, les laboratoires, les systèmes de diagnostic et d'information, ainsi que la facilitation de l'accès aux soins pour les populations vulnérables.

La section sur la gestion des services et des urgences sanitaires propose d'autres solutions que les villes peuvent envisager pour se préparer.

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE LOGEMENT

Plusieurs types d'interventions permettent d'améliorer les conditions de vie en milieu urbain pour les occupants de logements insalubres ou dangereux pour la santé. Il est ainsi possible d'améliorer l'état physique du logement, d'en renforcer l'accessibilité pour les personnes handicapées, de le rendre plus abordable financièrement, de remédier à la surpopulation et de promouvoir les droits de ses occupants.

AMÉLIORER L'ÉTAT PHYSIQUE DU LOGEMENT. Les interventions qui portent sur les aspects structurels du logement (comme la qualité des systèmes de chauffage et d'aération) ont un effet bénéfique substantiel sur l'état de santé de ses occupants. La rénovation et la réparation des habitations de mauvaise qualité réduisent le taux de morbidité et de mortalité chez les enfants comme chez les adultes¹⁷⁰. En Nouvelle-Zélande, par exemple, l'isolation des maisons anciennes a conduit à une amélioration de niveau de santé auto-évalué, à une diminution du nombre de visites chez le généraliste, ainsi qu'à un recul de l'absentéisme au travail et à l'école¹⁷¹.

RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ DU LOGEMENT POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES. Dans plusieurs pays et dans plusieurs villes, la loi impose à certains logements nouveaux qu'ils soient accessibles et utilisables pour les personnes handicapées. En outre, les citoyens s'intéressent davantage aux constructions accessibles ou de conception universelle. Un logement accessible peut simplifier la vie de nombreuses personnes et pas seulement des handicapés.

RENDRE LES LOGEMENTS PLUS ABORDABLES FINANCIÈREMENT. Le fait qu'un logement soit abordable financièrement a un effet positif sur l'état de santé, car la

famille dispose de davantage de moyens financiers à consacrer à d'autres besoins élémentaires, comme la nourriture. En donnant aux familles une plus grande stabilité résidentielle, le coût abordable du logement réduit également le stress et les problèmes de santé connexes. Les autorités locales peuvent contribuer à cet objectif en autorisant la construction de logements sur des terrains appartenant à l'État^{172,173}.

REMÉDIER À LA SURPOPULATION. En raison de la nature complexe des approches visant à remédier aux problèmes de logement en zone urbaine, rares sont les éléments qui font apparaître l'impact des interventions qui ciblent spécifiquement la surpopulation. Néanmoins, presque tous les programmes d'amélioration des taudis comportent des interventions destinées à réduire la densité de population et à réorganiser l'utilisation de l'espace de vie. Pour que l'impact soit durable, il importe que les programmes s'attaquent aux causes sous-jacentes de la surpopulation, comme la pauvreté et l'exclusion. L'action intersectorielle, qui intègre les aspects techniques, la politique publique, le BTP, le logement, l'ingénierie, la santé et l'urbanisme, est garante d'une approche globale.

PROMOUVOIR LES DROITS DES OCCUPANTS. S'il est essentiel d'améliorer les conditions de logement et de remédier aux problèmes de l'accessibilité et de la surpopulation, ces activités doivent s'inscrire en parallèle des actions qui ciblent les aspects touchant aux droits de l'homme. Le droit à un logement décent (une composante du droit à un niveau de vie décent) est inscrit dans de nombreux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Une approche du développement reposant sur les droits des occupants permettrait de conférer des pouvoirs aux pauvres et aux sans-abri, de favoriser le droit d'occupation, en particulier pour les femmes et les populations vulnérables habitant des logements de mauvaise qualité, de renforcer la protection contre l'expulsion et la discrimination dans le secteur du logement et de contribuer à l'égalité d'accès au logement et aux recours en cas de violation des droits des occupants.

AMÉLIORER L'ACCÈS À L'EAU POTABLE ET À UN ASSAINISSEMENT DE MEILLEURE QUALITÉ

Pour améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement de meilleure qualité, il est nécessaire de mettre en œuvre, de façon intégrée, un ensemble d'interventions, y compris en mobilisant les autorités et les populations locales, en développant l'approvisionnement en eau potable, en instaurant des mécanismes de gestion de la

qualité de l'eau, en créant des systèmes d'évacuation des eaux ménagères, en développant une infrastructure d'assainissement pour les ménages et en sensibilisant les populations locales à la santé et à l'hygiène¹⁷⁴.

AMÉLIORER LA QUANTITÉ ET LA QUALITÉ DE L'EAU UTILISÉE PAR LES MÉNAGES. L'accès des ménages à l'eau potable réduira la morbidité et la mortalité imputables aux maladies diarrhéiques et transmises par l'eau.

AMÉLIORER LES SYSTÈMES D'ASSAINISSEMENT. Des installations d'assainissement améliorées favorisent l'hygiène, en évitant les contacts avec les excréments humains. Ces systèmes protègent l'eau, l'air, le sol et la nourriture de la contamination et, partant, réduisent le risque de maladies. Parmi ces installations figurent les toilettes raccordées à un réseau d'égouts ou à une fosse sceptique, les latrines à fosse équipées d'une plateforme ou d'une dalle, ainsi que les toilettes à compostage. L'efficacité des systèmes d'assainissement améliorés est maximisée lorsqu'ils sont associés à une bonne hygiène (lavage des mains avec du savon ou un autre produit).

INTÉGRER L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET LES SYSTÈMES CONNEXES. Dans l'idéal, il convient d'intégrer les interventions au niveau de l'eau, de l'assainissement, de la gestion des déchets solides et de l'évacuation des eaux usées. Si l'on veut améliorer significativement l'environnement local et la vie des populations pauvres, cet objectif revêt une importance particulière dans les zones à faible revenu.

AMÉLIORER LES SYSTÈMES DE TRANSPORT

Pour que les systèmes de transport soient sans danger pour la santé et durables, il faut maximiser l'accès aux réseaux, la mobilité individuelle et l'activité physique, pour tous les citoyens. Sur le plan technique, un tel réseau présente des caractéristiques qui varient en fonction du lieu, des besoins locaux et des schémas de déplacement. Les éléments suivants figurent toutefois parmi les principaux¹⁷⁵.

VISER L'ÉQUITÉ SOCIALE. Dans l'idéal, les systèmes de transport urbains doivent procurer une grande mobilité à tous les citoyens qui doivent se rendre au travail, à l'école et dans les quartiers commerçants, qu'ils possèdent ou non un véhicule privé. Ils doivent réduire le plus possible les risques pour la santé émanant de la pollution et des blessures, et accroître les possibilités de pratiquer une activité physique saine et de produire des interactions au niveau collectif dans tous les secteurs.

VEILLER À CE QUE LES TRANSPORTS PUBLICS SOIENT ACCESSIBLES AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Parmi les mesures spécifiques, citons les ascenseurs pour fauteuils roulants ou les planchers surbaissés pour faciliter l'accès des personnes handicapées, des places réservées en priorité à ceux qui en ont besoin, des chauffeurs formés pour attendre que les passagers aient eu le temps de s'asseoir, de monter et de descendre du véhicule, et l'annonce des arrêts.

ACCORDER LA PRIORITÉ AUX TRANSPORTS NON POLLUANTS. Les transports publics et les transports non motorisés produisent moins d'impacts sur la santé et l'environnement (par exemple concernant les émissions de gaz à effet de serre) par unité de déplacement. Les politiques publiques peuvent leur accorder la priorité par le biais de mesures économiques et relatives à la conception.

ISOLER LES RÉSEAUX DE TRANSPORT NON MOTORISÉS. La présence de réseaux de qualité pour les piétons et les cyclistes, séparés de la circulation routière, peut réduire le risque de traumatismes et renforcer la mobilité des populations pauvres et vulnérables, telles que les enfants.

AMÉLIORER LES NORMES ET LA TECHNOLOGIE DES VÉHICULES. Les politiques qui privilégient les combustibles propres, l'amélioration des normes ou la modernisation des moteurs anciens, ainsi que le renforcement de la maintenance et du suivi des véhicules, peuvent déboucher sur une baisse des émissions polluantes, en particulier de celles des véhicules les plus polluants.

UTILISER DES OUTILS ÉCONOMIQUES. DES INSTRUMENTS ÉCONOMIQUES, tels que les taxes sur le carburant, les péages urbains ou la tarification du stationnement, peuvent décourager le recours à des formes de transport très polluantes, tout en générant des recettes pour les modes de transport sans danger pour la santé et durables.

AUTRES INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE. Les informations émanant de plusieurs villes montrent qu'un ensemble de mesures mises en œuvre de manière systématique et sur le long terme améliore la sécurité routière (politiques publiques et institutions, environnement routier, véhicule et usager de la route). Des résultats encourageants sont visibles dans plusieurs villes^{95,176}.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'AIR

Comme le décrit la Partie Un de ce rapport, les citoyens les plus pauvres sont les plus exposés à la pollution de l'air en milieu urbain et aux risques sanitaires qui en résultent.

Dans l'ensemble, les citoyens n'ont guère de moyens d'action contre cette exposition, et c'est aux autorités publiques nationales, régionales et locales d'agir. Le secteur de la santé peut jouer un rôle central dans une approche multisectorielle visant à prévenir l'exposition à la pollution atmosphérique urbaine. Il peut engager et soutenir d'autres secteurs (transport, logement, production d'énergie et industrie) dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de long terme visant à réduire les risques de la pollution atmosphérique pour la santé.

CONCEVOIR DES INTERVENTIONS SUR LA GESTION DE LA QUALITÉ DE L'AIR AMBIANT, les mettre en œuvre et les faire respecter. Si l'on réduisait le niveau de certains polluants atmosphériques (par exemple sous la forme de particules fines), le nombre de décès reculerait de 15 % par an dans les villes polluées. Parmi les interventions figurent les mesures et les règlements relatifs à la concentration maximale des polluants atmosphériques, les normes d'émissions pour les sources mobiles et stationnaires, les normes relatives aux carburants, les énergies propres, les modes de transport durables et les campagnes de sensibilisation du grand public. Les gaz d'échappement et les émissions industrielles constituent d'importantes sources de pollution atmosphérique, qui peuvent être réduites grâce à une réglementation associée à des incitations destinées à limiter les émissions dangereuses.

RÉDUIRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC. Étant donné que tout tabagisme passif est dangereux, l'interdiction totale de fumer sur le lieu de travail, dans les espaces et transports publics et, si besoin, dans d'autres endroits constitue l'approche de santé publique la plus sûre. C'est la décision prise notamment par Beijing (Chine) lors des Jeux olympiques de 2008. De par le monde, de nombreuses villes ont opté pour l'interdiction totale de fumer. Ainsi, New York (États-Unis) est un exemple célèbre de ville sans tabac. Dans d'autres métropoles, il est interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments : Chandigarh (Inde), Mexico (Mexique), Davao (Philippines), la Mecque et Médine (Arabie saoudite), Dubaï (Émirats arabes unis) et Liverpool (Royaume-Uni). D'autres villes ont réussi à instaurer des environnements sans tabac en faisant appliquer une réglementation provinciale ou nationale existante, comme c'est le cas de Recife (Brésil)¹⁷⁸.

Ces mesures ont des conséquences qui vont au-delà des villes qui les adoptent. Dans plusieurs cas, ces décisions ont encouragé des villes voisines à mettre en place des mesures analogues. Ailleurs, la réglementation est devenue régionale, voire nationale. Ainsi, début 2003, Makati (Philippines) a adopté une législation antitabac, qui a servi de base à la réglementation nationale adoptée cette même année^{179,180}.

L'expérience de New York (États-Unis)¹⁸¹ et de Hong Kong (Chine)¹⁸² montre également qu'il existe d'autres mesures de lutte contre le tabagisme : augmentation des taxes, publicités anti-tabac ou services pour arrêter de fumer.

LA QUALITÉ DE L'AIR À L'INTÉRIEUR DES BÂTIMENTS.

La qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments dépend à la fois de la qualité de l'air extérieur et de la puissance des émissions provenant de sources intérieures. Parmi les mesures visant à réduire la pollution de l'air à l'intérieur des bâtiments et ses conséquences sur la santé, citons l'adoption de sources d'énergie propres comme le gaz, l'électricité ou le solaire, l'installation de poêles ou de hottes améliorés qui évacuent vers l'extérieur les polluants nocifs pour la santé et l'encouragement d'un changement de comportement.

Interventions sur l'environnement social et économique

Les interventions visant à améliorer l'environnement social et économique en milieu urbain consistent notamment à améliorer la sécurité et la sûreté, ainsi qu'à favoriser l'égalité entre hommes et femmes dans toutes les mesures et à tous les niveaux.

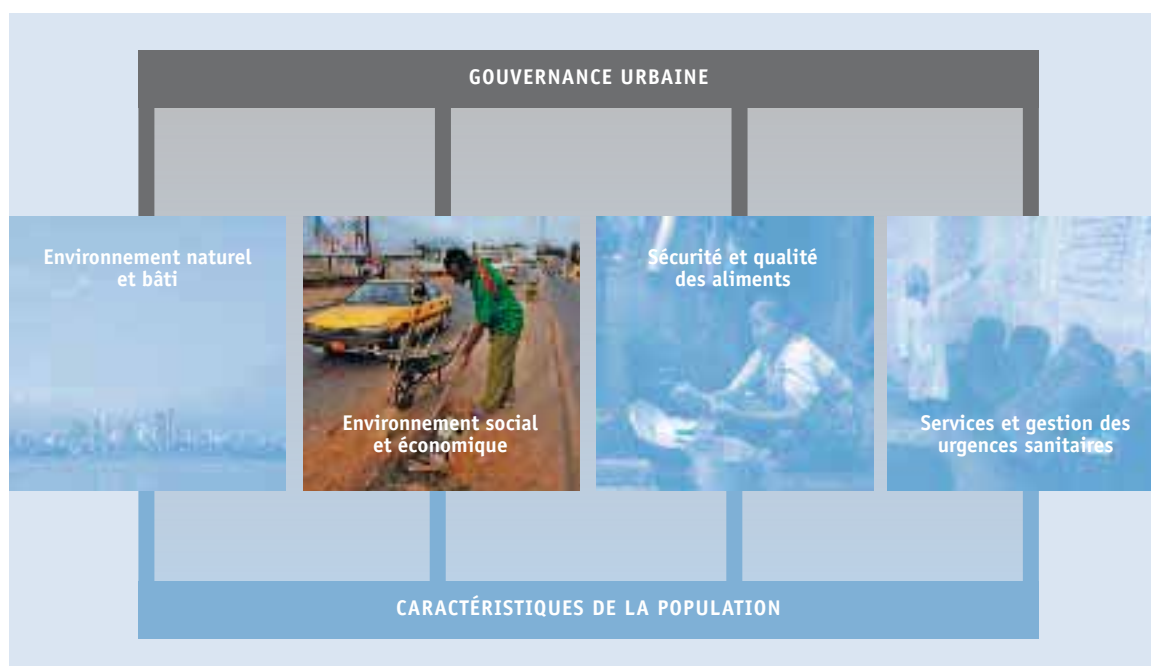
AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA SÛRETÉ

Comme le montre la Partie Deux de ce rapport, la délinquance et la violence urbaines sont inégalement distribuées dans les villes. Ce sont ainsi souvent les quartiers les plus pauvres qui en pâtissent le plus. De nombreuses stratégies existent pour améliorer la sécurité et la sûreté dans les villes. ONU-Habitat recense six grandes stratégies permettant de réduire ce fléau⁷³.

RENFORCER LA SÉCURITÉ ET LA SÛRETÉ URBAINES VIA UN URBANISME, UN AMÉNAGEMENT URBAIN ET UNE GOUVERNANCE URBAINE EFFICACES. Ces interventions nécessitent de modifier et d'améliorer l'environnement physique, qui est le cadre dans lequel sont commis l'essentiel des actes de délinquance.

FAVORISER DES APPROCHES REPOSANT SUR LA POPULATION LOCALE POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA SÛRETÉ URBAINES. Ces interventions permettent aux populations locales de s'approprier les initiatives. Les groupes d'habitants sont souvent à l'origine des idées de projets ou jouent un rôle de premier plan dans leur mise en œuvre.

RENFORCER LES SYSTÈMES FORMELS DE JUSTICE PÉNALE ET DE MAINTIEN DE L'ORDRE. Il s'agit de l'approche classique pour renforcer la sécurité et la sûreté. Ces interventions relèvent en premier lieu de la police et de la justice pénale.



RÉDUIRE LES FACTEURS DE RISQUE. Ces interventions ont tendance à se concentrer sur les catégories qui sont susceptibles de commettre des actes délictueux et sur celles qui risquent d'en être les victimes. Il s'agit de réduire soit la probabilité que ces individus se retrouvent impliqués dans des activités délictueuses soit les problèmes que rencontrent les victimes.

RÉGLER LES DIFFÉRENDS SANS VIOLENCE. Ces interventions cherchent à gérer des situations souvent sources de conflit, afin de réduire la probabilité d'occurrence de ces conflits ou de trouver des solutions qui ne débouchent pas sur de la violence.

RENFORCER LE CAPITAL SOCIAL. Ces interventions consistent à améliorer la capacité des individus, des groupes et des communautés dans leur ensemble à faire face aux problèmes de la délinquance et de la violence et à mettre à leur disposition des installations qui facilitent ou renforcent la possibilité de processus de cette nature.

Il est de plus en plus admis que les interventions visant à réduire la délinquance et la violence urbaines doivent s'inscrire dans un programme intégré et global. On rencontre aujourd'hui couramment des programmes reprenant des éléments des nombreux domaines d'intervention ci-dessus.

FAVORISER L'ÉGALITÉ ENTRE HOMMES ET FEMMES

Les femmes se heurtent à des problèmes particuliers d'inégalité en santé en milieu urbain. Les interventions visant à favoriser l'équité entre hommes et femmes dans les villes sont notamment les suivantes¹⁸³ :

INTÉGRER UNE DÉMARCHE SOUCIEUSE D'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES, afin que toutes les politiques urbaines reposent sur une approche systémique qui intègre l'analyse des spécificités de chaque sexe dans le cadre du développement des profils de santé et des plans de développement sanitaire des villes.

LUTTER CONTRE LES PARTIS PRIS SEXISTES DANS LES STRUCTURES DE LA SOCIÉTÉ, dans le droit et son application, dans la façon dont les organisations sont gérées et les interventions conçues, et dans la manière dont les performances économiques des villes sont mesurées³¹.

DÉVELOPPER ET FINANCER DES MESURES ET DES PROGRAMMES propices à la participation des femmes à l'économie.

PROMOUVOIR L'ÉDUCATION DES FILLES ET DES FEMMES, afin de renforcer leur capacité à lutter individuellement et collectivement contre les inégalités entre les sexes.

RENFORCER LA PARTICIPATION DES FEMMES AUX DÉCISIONS, notamment politiques, depuis le niveau du ménage jusqu'à celui de la municipalité.

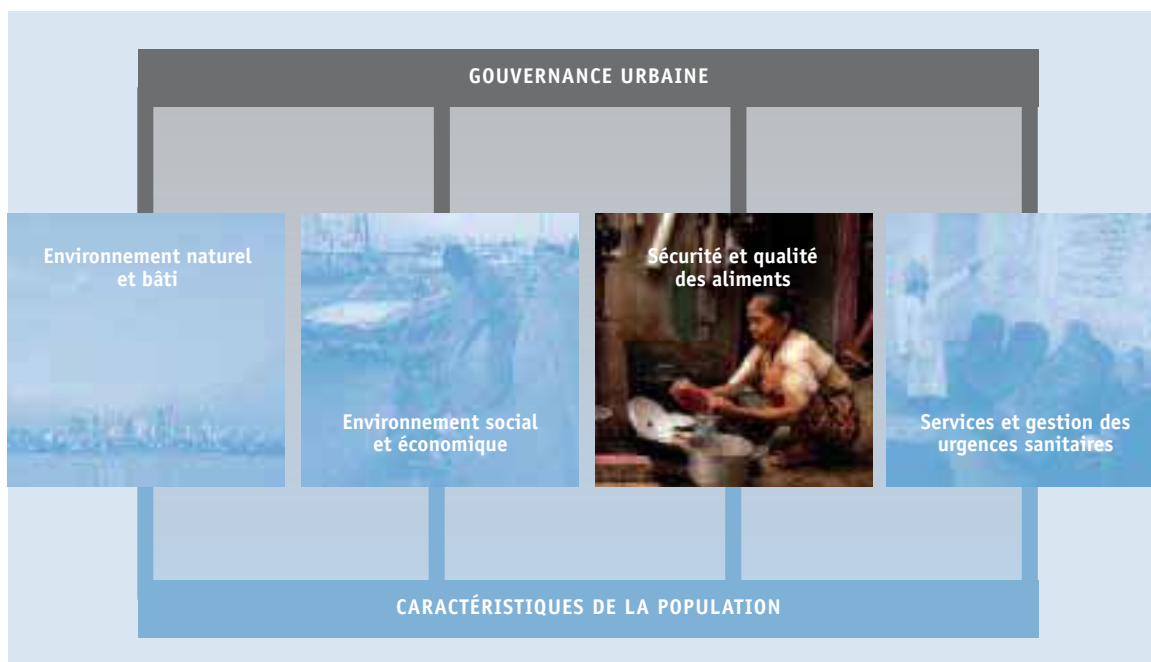
Interventions relatives à la sécurité alimentaire et à la qualité des aliments

Plusieurs interventions fondées sur des éléments factuels peuvent promouvoir la sécurité alimentaire et la qualité des aliments dans les villes, en particulier parmi les populations défavorisées : privilégier la production locale de denrées alimentaires, veiller à ce que les établissements scolaires opèrent des choix alimentaires sains, veiller à ce que les services de repas à domicile apportent une nourriture saine aux personnes âgées, ou encore réglementer la production et la commercialisation des aliments. Les principales caractéristiques de chaque intervention sont présentées ci-après.

PRIVILÉGIER LA PRODUCTION LOCALE DE DENRÉES ALIMENTAIRES. De nombreuses villes encouragent la production de denrées alimentaires à l'intérieur de leurs limites géographiques, dans les jardins partagés, les arrière-cours, les fermes urbaines, les terrains non bâtis, les écoles et autres terrains publics^{184,185,186}. Outre la production de denrées, cette solution présente des avantages sur le plan de l'éducation nutritionnelle et favorise l'activité physique¹⁸⁷.

VEILLER À CE QUE LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES ADOPTENT DES CHOIX ALIMENTAIRES SAINS. Les programmes qui permettent de se nourrir sainement grâce aux services de restauration des établissements scolaires, y compris cafétérias et distributeurs, ont prouvé leur efficacité. Parmi les autres stratégies efficaces en milieu scolaire, citons la sensibilisation des élèves à la diététique et l'association des parents à cette éducation¹⁸⁸.

VEILLER À CE QUE LES SERVICES DE REPAS À DOMICILE APPORTENT UNE NOURRITURE Saine AUX PERSONNES ÂGÉES. Le régime alimentaire des personnes âgées se trouve amélioré lorsque les services de repas à domicile leur apportent des fruits et des légumes¹⁸⁸.



RÉGLER LA PRODUCTION ET LA COMMERCIALISATION DES ALIMENTS. Il est prouvé que la réglementation relative à la production et à la commercialisation des aliments protège efficacement le public contre une exposition à des produits ou des pratiques potentiellement dangereux. En 2008, la ville de New York (États-Unis) a commencé à imposer des restrictions sur les acides gras trans artificiels dans les mets préparés. D'après les résultats préliminaires, le remplacement des acides gras trans artificiels a débouché sur des produits alimentaires plus sains¹⁸⁹.

Interventions au niveau de la gestion des services et des urgences sanitaires

La réforme des soins de santé primaires⁹⁴ est au cœur de l'amélioration des services sanitaires dans les villes, comme nous l'expliquons ci-dessous.

RÉFORMES VISANT LA COUVERTURE UNIVERSELLE

Les réformes qui ciblent la couverture universelle aident les systèmes de santé à promouvoir l'équité en santé, la

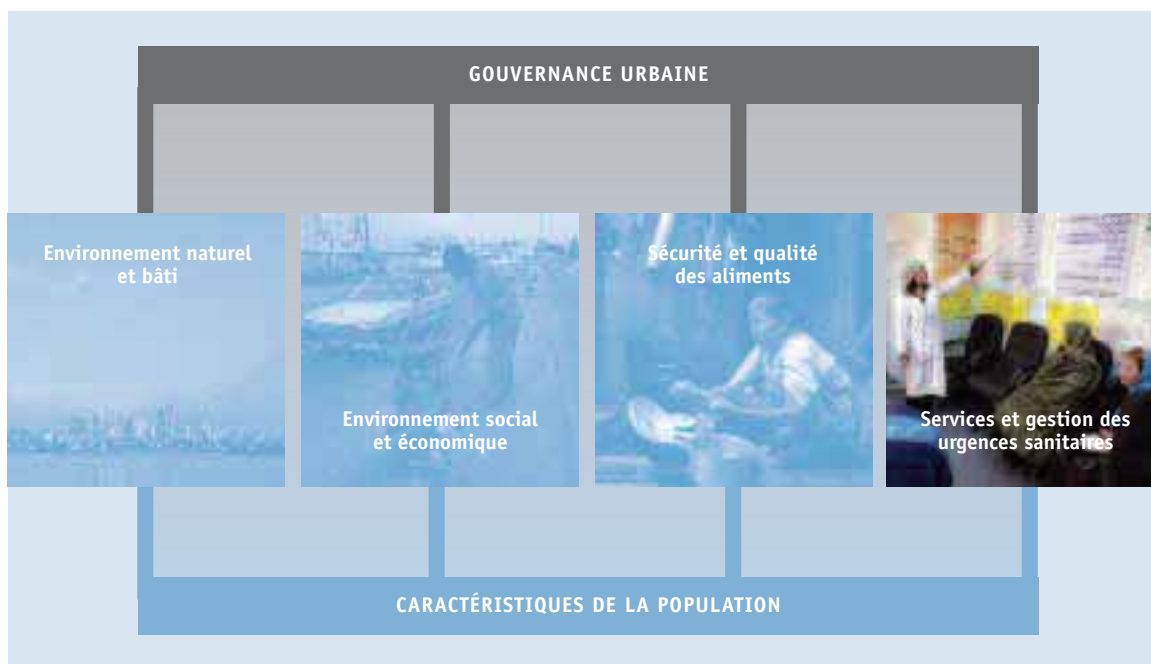
justice sociale et la lutte contre l'exclusion. Leurs principaux objectifs sont l'universalité de l'accès et de la protection sociale.

Tous les citoyens doivent avoir accès aux soins de santé en fonction de leurs besoins et indépendamment de leurs moyens financiers. Afin de fournir cette protection sociale, l'OMS recommande comme mécanismes de financement la mise en commun des ressources financières et le prépaiement¹⁹⁰. Ces dispositifs reposent sur le versement préalable de sommes dans un fonds commun, qui servira à financer les services de santé pour les malades.

Dans les villes, l'universalité de l'accès peut être facilitée par la mise en place de réseaux de centres de soins primaires, qui proposent une alternative aux soins payants non réglementés, et un lieu où l'on n'exigera pas des citoyens qu'ils payent des sommes astronomiques.

RÉFORMES DE LA PRESTATION DE SERVICES

Les réformes de la prestation de services réorganisent les services de santé afin qu'ils répondent mieux aux besoins, qu'ils soient plus pertinents socialement et plus réactifs au monde en mutation, tout en produisant de meilleurs résultats. Les perspectives et les choix des patients, des familles et des communautés sont écoutés, entendus et respectés. Leurs connaissances, leurs



valeurs, leurs croyances et leur culture sont intégrés dans la planification et la prestation des services de santé.

L'intégration et la coordination des soins (entre agents de santé, environnements cliniques et durée) constituent un autre aspect de la réforme de la prestation de services. Ils supposent que les citoyens disposent de points d'entrée réguliers pour accéder aux soins, sous la forme de cliniques de soins primaires situées à proximité⁸⁴, mais aussi que les agents qui dispensent ces soins primaires ont défini des populations cliniques pour lesquelles ils planifient et coordonnent les soins sur la durée. L'agent (ou l'équipe) de santé primaire identifié peut superviser et diriger les soins, en veillant à l'intégration et à la coordination des efforts de tous les agents de santé concernés¹⁹¹.

L'établissement de relations formelles avec les populations locales permet aux services d'être davantage centrés sur les individus et plus efficaces. Il est possible de former et de déployer relativement rapidement des agents de santé communautaires, qui comprennent les besoins sanitaires de ces populations et leur donnent accès aux services.

RÉFORME DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

Il convient d'instaurer à tous les niveaux des autorités locales une approche qui intègre la santé dans toutes les politiques. Le chapitre 6 de ce rapport a évoqué les stratégies spécifiques pour y parvenir.

RÉFORME DE L'ENCADREMENT

Nombre des difficultés et des compétences de l'encadrement que nous avons traitées dans le chapitre 6 concernent également le renouvellement des soins de santé primaires. Dans les villes, l'encadrement est particulièrement important car il gère l'environnement politique complexe dans lequel agissent de nombreux acteurs de la santé, chacun avec ses valeurs, ses intérêts et sa sphère d'influence.

Le ministère de la Santé joue en général un rôle pivot dans les services de santé urbains. Il est donc essentiel que les décideurs locaux fassent régulièrement participer ses représentants au dialogue politique sur le renouvellement des soins de santé primaires dans leur ville. Lorsque c'est possible, les décideurs locaux peuvent également conférer une dimension urbaine aux processus nationaux de planification sanitaire.

GESTION DES URGENCES SANITAIRES

Les villes jouent un rôle crucial dans la préparation aux urgences sanitaires et aux conséquences du climat sur la santé. Pour être efficaces les politiques et les projets urbains doivent mobiliser de multiples secteurs, y compris celui de la santé, et compléter les politiques et les projets régionaux et nationaux.

RENFORCER LA RÉSILIENCE DES POPULATIONS

LOCALES. Afin de réduire les risques et de réagir plus efficacement en situation d'urgence, il faut renforcer la capacité des populations locales à se protéger elles-mêmes de tous types de dangers et faire participer le secteur de la santé à des actions de prévention, mais aussi de planification et de formation menées par la population au niveau local.

CONCEVOIR, DIFFUSER ET TESTER RÉGULIÈREMENT LES PLANS D'INTERVENTION SANITAIRE D'URGENCE ET DE RELÈVEMENT SANITAIRE. Les plans de gestion des crises détaillés comportent un système d'alerte avancé, qui assure la communication avec le secteur de la santé et la population locale ; un système de coordination des opérations d'urgence sanitaire menées par la ville, telles qu'un système de gestion des incidents ; des procédures opérationnelles types et une liste de ressources humaines formées à la fourniture de moyens d'urgence, ainsi qu'un plan de continuité d'activité du système de santé, qui veille à la prestation de services de santé critiques en situation de crise.

ÉLABORER DES SYSTÈMES DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES POUR TOUS LES RISQUES. Ces systèmes

exécutent les plans d'intervention d'urgence et de relèvement et sont à même de fournir des services de santé remplissant des conditions de sûreté et de sécurité, de la nourriture et de l'eau, des installations d'assainissement, ainsi qu'une protection et un abri dans des situations très diverses. Ils permettent de réduire le plus possible les décès en cas de crise, de catastrophe et autre situation d'urgence.

RENFORCER LA PRÉPARATION DES SERVICES AU CHANGEMENT CLIMATIQUE. L'action de santé publique doit comporter une solide infrastructure de prestation des services de santé. On peut former les agents de santé pour qu'ils identifient et gèrent les nouvelles menaces sur la santé associées au changement climatique, comme le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle. Il peut être nécessaire d'améliorer d'autres aspects des services de santé quotidiens, comme la surveillance des maladies, l'identification des populations à risque, les capacités de laboratoire, les systèmes de diagnostic et d'information, ainsi que la facilitation de l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables.

RÉFÉRENCES

- 1 *State of the world's cities 2010/2011 – cities for all: bridging the urban divide*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)/Earthscan, 2010 (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=8051&catid=7&typeid=46&subMenuId=0>, accessed 17 July 2010).
- 2 *Glossary of environment statistics, studies in methods, series F, no. 67*. New York, United Nations, 1997.
- 3 *The state of the world's cities 2004/2005: globalization and urban culture*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)/Earthscan, 2004 (<http://ww2.unhabitat.org/mediacentre/sowckit.asp>, accessed 17 July 2010).
- 4 *World urbanization prospects: the 2009 revision*. File 6: Average annual rate of change of the urban population by major area, region and country, 1950–2050 (per cent). POP/DB/WUP/Rev.2009/1/F6. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 17 July 2010).
- 5 *World urbanization prospects: the 2009 revision*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 17 July 2010).
- 6 Cohen B. Urban growth in developing countries: a review of current trends and a caution regarding existing forecasts. *World Development*, 2004, 32(1):23–51 (<http://www.iussp.org/Activities/wgc-urb/cohen.pdf>, accessed 17 July 2010).
- 7 Florida R. *Who's your city?* New York, Basic Books, 2008.
- 8 Florida R, Gulden T, Mellander C. *The rise of the mega-region*. University of Toronto, Joseph L. Rotman School of Management, 2007 (<http://www.rotman.utoronto.ca/userfiles/prosperity/File/Rise.of.%20the.Mega-Regions.w.cover.pdf>, accessed 17 July 2010).
- 9 *The state of the world's cities 2004/2005: globalization and urban culture*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)/Earthscan, 2004 (<http://ww2.unhabitat.org/mediacentre/sowckit.asp>, accessed 17 July 2010). Original source: McGee T. Metrofitting the emerging mega-urban regions of ASEAN: an overview. In: McGee T, Robinson I, eds. *The mega-urban regions of Southeast Asia*. Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.
- 10 *The state of African cities report 2008*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2008.
- 11 Noronha P. Delhi-Mumbai industrial corridor: India, Japan sign MoU. *The Hindu Business Line*, 4 July 2007 (<http://www.thehindubusinessline.com/2007/07/04/stories/2007070452120200.htm>, accessed 17 July 2010).
- 12 Khosa MM. Transport and popular struggles in South Africa. *Antipode*, 1995, 27(2):167–188.
- 13 McElfish JM. *Ten things wrong with sprawl*. Washington, DC, Environmental Law Institute, 2007.
- 14 *World urbanization prospects: the 2007 revision population database*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://esa.un.org/unup/>, accessed 17 July 2010).
- 15 *State of the world's cities 2008/2009: harmonious cities*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)/Earthscan, 2008 (<http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2562>, accessed 17 July 2010).
- 16 *Keynote address by Mrs Anna Tibaijuka, Under Secretary-General & Executive Director of UN-HABITAT, at the Chatham House Future of Cities Conference, London, U.K., Monday 8 February 2010*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT) (<http://www.unhabitat.org/downloads/docs/ChathamHouseEDsSpeech.pdf>, accessed 17 July 2010).
- 17 Shrinking cities. Chapter 4 in: *State of the world's cities 2008/2009: harmonious cities*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)/Earthscan, 2008:40–47.

- 18 *State of the world's cities 2006/2007*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)/ Earthscan, 2006 (<http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2101>, accessed 17 July 2010).
- 19 *Types of healthy settings: Healthy Cities*. World Health Organization (http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/index.html, accessed 18 July 2010).
- 20 *Integrating distressed urban areas*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1998 (<http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?CID=sourceoecd&LANG=en&SF1=DI&ST1=5LMQCR2KQ9JH>, accessed 17 July 2010).
- 21 Merkel S, Otai J. *Meeting the health needs of the urban poor in African informal settlements: best practices and lessons learned*. Nairobi, Jhpiego, 2007 (http://www.jhpiego.jhu.edu/resources/pubs/UrbanSlums/UrbanSlums_Meeting_Health_Needs.pdf, accessed 17 July 2010).
- 22 *World energy outlook 2008*. Paris, International Energy Agency (<http://www.iea.org/weo/2008.asp>, accessed 17 July 2010).
- 23 *Climate change and cities*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT) (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5155&catid=550&typeid=24&subMenuId=0>, accessed 17 July 2010).
- 24 Doussou KMR, Gléhouenou-Dossou B. The vulnerability to climate change of Cotonou (Benin): the rise in sea level. *Environment and Urbanization*, 2007, 19(1):65–79.
- 25 Rattray W et al. Vulnerability assessment of the coastal zone of the Nile Delta of Egypt to the impact of sea level rise. *Ocean and Coastal Management*, 1997, 37(1):29–40.
- 26 Alam M, Rabbani MDG. Vulnerabilities and responses to climate change for Dhaka. In: Bicknell J, Dodman D, Satterthwaite D, eds. *Adapting cities to climate change: understanding and addressing the development challenges*. London, Earthscan Publishers, 2009:93–110.
- 27 Carbognin L et al. Global change and relative sea level rise at Venice: what impact in term of flooding. *Climate Dynamics*, 2009, DOI: 10.1007/s00382-009-0617-5.
- 28 Barten F et al. Democratic governance: fairytale or real perspective? Lessons from Central America. *Environment and Urbanization*, 2002, 14:129–144.
- 29 Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, accessed 18 July 2010).
- 30 *The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>, accessed 18 July 2010).
- 31 *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 18 July 2010).
- 32 *State of world population 2007: unleashing the potential of urban growth*. New York, United Nations Population Fund, 2007 (<http://www.unfpa.org/swp/2007/english/introduction.html>, accessed 18 July 2010).
- 33 Poverty and exclusion among urban children. *Innocenti Digest* no. 10, November 2002. Florence, United Nations Children's Fund (UNICEF).
- 34 *Pneumonia*. Fact Sheet No. 331. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>, accessed 18 July 2010).
- 35 Toroyan T, Peden M, eds. *Youth and road safety*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf, accessed 18 July 2010).
- 36 Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data on adolescent mortality. *Lancet*, 2009, 374(9693):881–892.
- 37 Richman N, Stevenson J, Graham P. *Preschool to school: a behavioural study*. London, Academic Press, 1982.
- 38 Kalff AC et al. Neighbourhood level and individual level SES effects on child problem behaviour: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:246–250.
- 39 Cook TD et al. The development of occupational aspirations and expectations among inner-city boys. *Child Development*, 1996, 67:3368–3385.

- 40 Rodwin VG. How are world cities responding to population aging? *Research in Profile Series*, Issue 19, 2007 (<http://www.investigatorawards.org/publications/default.asp?c=2&l=2&t=3&i=99>, accessed 18 July 2010).
- 41 *Gender inequalities and HIV*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gender/hiv_aids/en/, accessed 18 July 2010).
- 42 *Improving the health of the urban poor: learning from USAID experience*. Strategic Report 12. Washington, DC, Environmental Health Project, 2004 (http://www.ehproject.org/PDF/Strategic_papers/SR12-UH%20ImproveHealth.pdf, accessed 18 July 2010).
- 43 Zheng Z, Lian P. *Health vulnerability among temporary migrants in urban China*. Paper prepared for XXV International Population Conference, 18–23 July 2005, Tours, France (<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51980>, accessed 21 July 2010).
- 44 *Disabilities*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>, accessed 21 July 2010).
- 45 *Governance for sustainable human development*. UNDP Policy Document. New York, United Nations Development Programme, 1997 (<http://www.pogar.org/publications/other/undp/governance/undppolicydoc97-e.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 46 *The global campaign for urban governance*. Concept Paper, 2nd ed. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2002 (<http://ww2.unhabitat.org/cdrom/transparency/html/yellowp/y010.html>, accessed 18 July 2010).
- 47 *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings. Kobe, World Health Organization Centre for Health Development, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf, accessed 18 July 2010).
- 48 *Climate and health*. WHO Fact Sheet. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/globalchange/news/fsclimandhealth/en/index.html>, accessed 18 July 2010).
- 49 Patz JA et al. Impact of regional climate change on human health. *Nature*, 2005, 438(7066):310–317.
- 50 Parry ML et al., eds. *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability*. Contribution of Working Group II to the fourth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, Cambridge University Press, 2007 (http://www.ipcc.ch/publications_and_data/publications_ipcc_fourth_assessment_report_wg2_report_impacts_adaptation_and_vulnerability.htm, accessed 18 July 2010).
- 51 Campbell-Lendrum D, Corvalán C. Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2007, 84(1); DOI: 10.1007/s11524-007-9170-x (<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/picrender.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 52 Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.sehn.org/tccpdf/environment%20disease%20burden%20WHO.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 53 Jacobson MZ. On the causal link between carbon dioxide and air pollution mortality. *Geophysical Research Letters*, 2008, 35, L03809; DOI: 10.1029/2007GL031101 (<http://www.stanford.edu/group/efmh/jacobson/2007GL031101.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 54 Vlahov D et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2007, 84(1):i16–i26 (<http://www.springerlink.com/content/2154400595567861/fulltext.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 55 *The impact of overcrowding on health and education: a review of the evidence and literature*. London, Government of the United Kingdom, Office of the Deputy Prime Minister, 2004 (<http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/138631.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 56 *Crowding and health in low-income settlements of Guinea Bissau*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 1998.
- 57 *Water for life: making it happen*. Geneva, WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, 2005 (http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp2005/en/index.html, accessed 18 July 2010).
- 58 Hansen S, Bhatia R. *Water and poverty in a macro-economic context*. Oslo, Norwegian Ministry of Environment, 2004 (<http://www2.gtz.de/Dokumente/oe44/ecosan/en-water-poverty-in-macro-economic-context-2004.pdf>, accessed 18 July 2010).

- 59 Satterthwaite D, McGranahan G, Mitlin D. *Community-driven development for water and sanitation in urban areas*. Geneva, Water Supply and Sanitation Collaborative Council, 2005 (http://www.wsscc.org/fileadmin/files/pdf/publication/Community_driven_development.pdf, accessed 18 July 2010).
- 60 Dora C. A different route to health: implications of transport policies. *British Medical Journal*, 1999, 318:1686–1689.
- 61 Dora C, Phillips M, eds. *Transport, environment and health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2000.
- 62 *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, accessed 18 July 2010).
- 63 *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 64 Bishai D et al. National road casualties and economic development. *Health Economics*, 2006, 15:65–81.
- 65 Hazen A, Ehiri J. Road traffic injuries: hidden epidemic in less developed countries. *Journal of the National Medical Association*, 2006, 98(1):73–82.
- 66 Dominici F et al. Fine particulate air pollution and hospital admission for cardiovascular and respiratory diseases. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(10):1127–1134.
- 67 Finkelstein MM et al. Relation between income, air pollution and mortality: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169(5):397–402.
- 68 Forastiere F et al. Socioeconomic status, particulate air pollution, and daily mortality: differential exposure or differential susceptibility. *American Journal of Industrial Medicine*, 2007, 50:208–216.
- 69 Ellis JA et al. Secondhand smoke exposure among nonsmokers nationally and in New York City. *Nicotine and Tobacco Research*, 2009, 11(4):362–370.
- 70 Barten F et al. Contextualising workers health and safety in urban settings: the need for a global perspective and an integrated approach. *Habitat International*, 2008, 32:223–236.
- 71 Wilkinson RG. Putting the picture together: prosperity, redistribution, health and welfare. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:256–274.
- 72 Lloyd D, Newell S, Dietrich U. *Health inequity: a review of the literature*. Lismore, Health Promotion Unit, Northern Rivers Area Health Service, 2004 (http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1136&context=educ_pubs, accessed 18 July 2010).
- 73 *Global report on human settlements 2007: enhancing urban safety and security*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2007 (<http://www.unhabitat.org/content.asp?typeid=19&catid=555&cid=5359>, accessed 18 July 2010).
- 74 Moser C. Urban violence and insecurity: an introductory roadmap. *Environment and Urbanization*, 2004, 16(2):3–16 (<http://www.brookings.edu/views/op-ed/200410moser.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 75 Montgomery MR. Urban poverty and health in developing countries. *Population Bulletin*, 2009, 64(2) (<http://www.prb.org/pdf09/64.2urbanization.pdf>, accessed 18 July 2010).
- 76 Krug EG et al, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/, accessed 18 July 2010).
- 77 Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf, accessed 18 July 2010).
- 78 *Gender equality: the big picture*. New York, United Nations Children's Fund, 2004 (http://www.unicef.org/gender/index_bigpicture.html, accessed 18 July 2010).
- 79 *Gender, women and health: why gender and health?* Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/gender/genderandhealth/en/index.html>, accessed 18 July 2010).
- 80 *Gender or women's health: why should WHO work on this?* Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/gender/about/gender_or_womens_health/en/index.html, accessed 18 July 2010).
- 81 Zoellick RB. *Commentary: a new deal for global food policy*. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://beta.worldbank.org/node/3791>, accessed 18 July 2010).
- 82 Drewnowski A. Obesity and the food environment: dietary energy density and diet costs. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(Suppl. 3):154–162.

- 83 Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, accessed 19 July 2010).
- 84 *The world health report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 18 July 2010).
- 85 Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Technical Brief for Policy-Makers No. 1. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_05_1-universal_cov.pdf, accessed 19 July 2010).
- 86 Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003, 362(9378):111–117.
- 87 *Public health risk assessment and interventions: earthquake, Haiti*. WHO/HSE/GAR/DCE/2010.1. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSE_GAR_DCE_2010.1_eng.pdf, accessed 19 July 2010).
- 88 *The world health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>, accessed 19 July 2010).
- 89 Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- 90 *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 19 July 2010).
- 91 Caracci G. Urban mental health: an international survey. *International Journal of Mental Health*, 2006, 35(1):39–45.
- 92 Caracci G, Mezzich JE. Introduction to urban mental health. *International Journal of Mental Health*, 1999–2000, 28(4):3–7.
- 93 Turan MT, Besirli A. Impacts of urbanization process on mental health. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2008, 9:238–243.
- 94 *Injuries and violence: the facts*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599375_eng.pdf, accessed 19 July 2010).
- 95 *Global status report on road safety*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/en/, accessed 19 July 2010).
- 96 *Mental health: suicide prevention (SUPRE)*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, accessed 19 July 2010).
- 97 *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, accessed 19 July 2010).
- 98 Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf, accessed 19 July 2010).
- 99 Hanlon P, Walsh D, White B. *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health, 2006.
- 100 Van de Poel E. et al (2007). Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. *Social Science & Medicine* 65.
- 101 Fay M et al. (2005). Achieving child health related millennium development goals: The role of infrastructure. *World Development*, 33, 1267–1284.
- 102 Ritsatakis, A., *Equity and the Social Determinants of Health at the city level*, Health Promot. International, 2009, 24 (suppl 1): i81-i90.
- 103 Collins PA, Hayes MV. *The role of urban municipal governments in reducing health inequities: a meta-narrative mapping analysis*. International Journal for Equity in Health, 2010, 9:13; DOI:10.1186/1475-9276-9-13 (<http://www.equityhealthj.com/content/9/1/13>, accessed 20 July 2010).
- 104 *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, accessed 19 July 2010).
- 105 *25 questions & answers on health and human rights*. Health and Human Rights Publication Series No. 1. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>, accessed 20 July 2010).

- 106 *International digest of health legislation*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://apps.who.int/idhl-rils/frame.cfm?language=english>, accessed 20 July 2010).
- 107 *Promotion of environmental health*. CM Public Library (<http://www.cmeducation.co.uk/LIBRARY/HSC/01706.xml>, accessed 20 July 2010).
- 108 *Agenda 21*. United Nations Environment Programme (<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentid=52>, accessed 20 July 2010).
- 109 *Resolution adopted by the General Assembly: 55/2. United Nations Millennium Declaration*. United Nations (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>, accessed 20 July 2010).
- 110 *We can end poverty: 2015 Millennium Development Goals*. United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/>, accessed 20 July 2010).
- 111 *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 20 July 2010).
- 112 *Resolution WHA 62.12. Primary health care, including health system strengthening*. Geneva, World Health Organization, 2009.
- 113 *World Health Survey*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>, accessed 20 July 2010).
- 114 *Demographic and Health Surveys*. Measure DHS (<http://www.measuredhs.com>, accessed 20 July 2010).
- 115 *Progress on sanitation and drinking-water: 2010 update*. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2010 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/9789241563956/en/index.html, accessed 20 July 2010).
- 116 *World population prospects: the 2008 revision population database*. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://esa.un.org/UNPP/>, accessed 20 July 2010).
- 117 *World population prospects: the 2009 revision population database*. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://esa.un.org/wup2009/unup/>, accessed 20 July 2010).
- 118 *Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements*. Nairobi, African Population and Health Research Center, 2002.
- 119 Donson H. *A profile of fatal injuries in South Africa*. Johannesburg, South African Medical Research Council/University of South Africa Crime, Violence and Injury Lead Programme, 2008.
- 120 Bourne D. et al. *Western Cape burden of disease reduction project, Vol. 2 of 7: Institutionalising a mortality surveillance system in the Western Cape Province to measure the burden of disease and the impact of preventive interventions*. Final report 2007. City of Cape Town, 2007.
- 121 Karpati A et al. *Health disparities in New York City*. New York, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2004 (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/epi/disparities-2004.pdf>, accessed 20 July 2010).
- 122 *Life expectancy: districts and wards, central Lancashire*. NHS Central Lancashire, Public Health Intelligence, Business Intelligence Unit, 2009 (http://www.centrallancashire.nhs.uk/Library/Documents/PHI/Life_Expectancy/Life%20Expectancy%2004-06%20and%2005-07%20ward%20and%20LA%20comparison.pdf, accessed 20 July 2010).
- 123 *Communities and neighbourhoods: indices of deprivation 2007*. Communities and Local Government (<http://www.communities.gov.uk/communities/neighbourhoodrenewal/deprivation/deprivation07/>, accessed 20 July 2010).
- 124 *Millennium Development Goals (MDGs)*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/, accessed 7 August 2010).
- 125 Vandemoortele M. *The MDG fundamentals: improving equity for development*. London, Overseas Development Institute, 2010 (<http://www.odi.org.uk/resources/download/4751-2-page-policy-brief.pdf>, accessed 20 July 2010).
- 126 *Millennium Development Goals: progress towards the health-related Millennium Development Goals*. Fact Sheet No. 290. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html>, accessed 20 July 2010).
- 127 *State of the world's children: celebrating 20 years of the Convention on the Rights of the Child*. New York, UNICEF, 2009 (<http://origin-www.unicef.org/rightsite/sowc/>, accessed 20 July 2010).

- 128 *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hdp/publications/mdg_en.pdf, accessed 20 July 2010).
- 129 *The Millennium Development Goals report 2008*. New York, United Nations, 2008 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf>, accessed 22 July 2010).
- 130 Mehta D. Bringing the goals to city level. *Habitat Debate*, 2006, 11(3):10 (<http://www.stroi.ru/eng/default.aspx?d=5&dr=518&m=0&rr=492>, accessed 22 July 2010).
- 131 Tibajjuka A. A message from the Executive Director. *Habitat Debate*, 2005, 11(3):2 (<http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2652>, accessed 22 July 2010).
- 132 *Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project*, 3rd edition. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1997.
- 133 *Nakuru smoke-free city: case study*. Geneva, World Health Organization, unpublished.
- 134 Green, G., Tsouros, A. (eds) *City Leadership for Health: summary evaluation of Phase IV of the European Healthy Cities Network*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2008.
- 135 *U.S. Conference of Mayors Climate Protection Agreement*, as endorsed by the 73rd Annual U.S. Conference of Mayors Meeting, Chicago, 2005 (<http://usmayors.org/climateprotection/agreement.htm>, accessed 22 July 2010).
- 136 *Welcome to the Aalborg commitments signing website* (<http://www.aalborgplus10.dk/>, accessed 22 July 2010).
- 137 *Leipzig Charter on Sustainable European Cities, 2007*. Agreed on the occasion of the Informal Ministerial Meeting on Urban Development and Territorial Cohesion in Leipzig on 24/25 May 2007 (http://www.bmvbs.de/Anlage/original_998680/Leipzig-Charter-on-Sustainable-European-Cities-agreed-on-24-May-2007.pdf, accessed 22 July 2010).
- 138 Generalitat de Catalunya. *Programa de barris i àrees urbanes d'atenció especial (Regional Government of Catalonia. Programme for districts and urban areas requiring special attention)* (<http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/arees/ciutat/barris/index.jsp>, accessed 23 July 2010).
- 139 *WHO Healthy Cities Project, Phase V: 2009-2013, The requirements and the designation process*, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf, accessed 21 September 2010.
- 140 Tsouros, A and Green G, Healthy Cities: Lessons learnt, in Vlahov D, Boufford JI, Pearson C, Norris L (eds). *Urban Health: Global Perspectives*. Wiley and Sons, San Francisco, 2010, 405-419 (in print)
- 141 Harpham T, Burton S, Blue I. Healthy City projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promotion International*, 2001, 16(2):111-125 (<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/2/111>, accessed 23 July 2010).
- 142 *Resolution 36/43. Global strategy for health for all by the year 2000*. New York, United Nations General Assembly, 1981 (<http://www.un-documents.net/a36r43.htm>, accessed 23 July 2010).
- 143 *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1 Geneva, World Health Organization, 1986 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, accessed 23 July 2010).
- 144 *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/, accessed 23 July 2010).
- 145 Merkel S et al. *Improving quality, increasing access to reproductive health care in African urban slums*. Baltimore, Jhpiego, 2008 (http://www.jhpiego.jhu.edu/resources/pubs/UrbanSlums/UrbanSlums_Improving_Quality_Increasing_Access.pdf, accessed 23 July 2010).
- 146 Merkel S et al. *Making comprehensive care for HIV a reality in African urban slums*. Baltimore, Jhpiego, 2008 (http://www.jhpiego.jhu.edu/resources/pubs/UrbanSlums/UrbanSlums_Comprehensive_Care.pdf, accessed 23 July 2010).
- 147 *Investing in our common future: healthy women, healthy children*. United Nations high-level event, 23 September 2009, New York (http://www.who.int/pmnch/events/2009/20090923_mnchconsensusstory/en/, accessed 23 July 2010).
- 148 *The London Health Inequalities Strategy*. Policy Briefing 39. London, Greater London Authority, 2009 (<http://www.lvsc.org.uk/files/102020/FileName/PolicyBriefing39-HealthInequalities.pdf>, accessed 23 July 2010).

- 149 Chomik TA. *Lessons learned from Canadian experiences with intersectoral action to address the social determinants of health*. Public Health Agency of Canada, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_lessons_from_experience_can.pdf, accessed 23 July 2010).
- 150 *Health equity in all urban policies: a report on the expert consultation on intersectoral action (ISA) in the prevention of noncommunicable conditions, 22–24 June 2009, Kobe, Japan*. Kobe, World Health Organization, 2010 (http://www.docstoc.com/docs/43429103/ISA_Report_final_22Feb2010, accessed 23 July 2010).
- 151 Tsouros, A. City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*. Vol. 24. No 5: i4–i10.2009
- 152 Public policies for the public's health: towards health in all policies. Subsection of Chapter 4, in: *The world health report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008: 63–80 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 18 July 2010).
- 153 *City Health Profiles – How to Report on Health in your City*. Copenhagen. World Health Organization, 1995.
- 154 *Key indicators for urban poor in India from NFHS-3 and NFHS-2*. New Delhi, Urban Health Resource Centre (<http://uhrc.in/downloads/Factsheet-India.pdf>, accessed 25 July 2010).
- 155 *Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool*. Kobe, World Health Organization Centre for Health Development, 2010 (<http://www.who.or.jp/urbanheart/>, accessed 25 July 2010).
- 156 Sarr PT et al. Investigating the motivating factors behind high delivery rates of the Urban HEART birthing facility in San Martin de Porres, Philippines. *Journal of the National Institute of Public Health*, 2010, 59(1)64–70 (<http://www.niph.go.jp/toshokan/home/data/59-1/201059010010.pdf>, accessed 25 July 2010).
- 157 *UrbanInfo*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2008 (<http://www.devinfo.info/urbaninfo/>, accessed 25 July 2010).
- 158 *Urban indicators*. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT) (<http://www.unhabitat.org/stats/Default.aspx>, accessed 25 July 2010).
- 159 Marsh DR et al. Adult mortality in slums of Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50(9):300–306.
- 160 Jehan I et al. Neonatal mortality, risk factors and causes: a prospective population-based cohort study in urban Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(2):81–160 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/08-050963-ab/en/index.html>, accessed 25 July 2010).
- 161 *Evaluation of the Prime Minister's Lady Health Worker Programme*. Oxford, Oxford Policy Management, 2002 (http://www.opml.co.uk/policy_areas/statistics/quantitative_information_for_policy_and_programme/cn1064_lhw.html, accessed 25 July 2010).
- 162 *Lake Victoria region water and sanitation initiative (LVWATSAN)*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT) (<http://www.unhabitat.org/categories.asp?catid=462>, accessed 25 July 2010).
- 163 Liu BC et al. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1. Art. No.: CD004333. DOI: 10.1002/14651858.CD004333.pub3.
- 164 Ichikawa M, Chabunchachai W, Marui E. Effect of the helmet act for motorcyclists in Thailand. *Accident Analysis and Prevention*, 2003, 35:183–189.
- 165 Supramaniam V, Belle V, Sung J. Fatal motorcycle accidents and helmet laws in peninsular Malaysia. *Accident Analysis and Prevention*, 1984, 16:157–162.
- 166 *The facts: helmets for motorcycle safety*. World Health Organization, Country Office for Viet Nam (http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/F90353E5-D908-48C3-95E8-C5EAE858E2C0/0/fs_helmet_motorcycle_safety.pdf, accessed 25 July 2010).
- 167 Ompad DC et al. *Social determinants of the health of urban populations: implications for intervention*. Knowledge Network on Urban Settings, Thematic Paper 10. Kobe, World Health Organization Centre for Health Development, 2008 (http://www.who.or.jp/CHP/thematic_papers/KNUS_ThematicPaper10.pdf, accessed 25 July 2010).
- 168 Walpole SC, Rasanathan K, Campbell-Lendrum D. Natural and unnatural synergies: climate change policy and health equity. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(10):733–804. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/10/09-067116/en/>, accessed 25 July 2010).

- 169 Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 2003, 112:207–223.
- 170 Wilkinson D. *Poor housing and ill-health: a summary of research evidence*. Edinburgh, Central Research Unit, Secretary of State for Scotland, 1999 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/156479/0042008.pdf>, accessed 26 July 2010).
- 171 Howden-Chapman P. *Framing the picture: researching solutions not problems*. Wellington, Community Housing Intervention Research Programme, New Zealand Centre for Sustainable Cities, 2009 (<http://www.hpforum.org.nz/resources/HousingandHealth.pdf>, accessed 26 July 2010).
- 172 Cohen R. *The positive impacts of affordable housing on health: a research summary*. Columbia, Center for Housing Policy and Enterprise Community, 2007 (<http://www.nhc.org/media/documents/HousingandHealth1.pdf>, accessed 26 July 2010).
- 173 *Housing and community*. Welsh Assembly Government (<http://wales.gov.uk/topics/housingandcommunity/?lang=en>, accessed 26 July 2010).
- 174 *Water, sanitation and health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/water_sanitation_health/en/, accessed 26 July 2010).
- 175 *The Health and Environment Linkages Initiative (HELI): the urban environment*. Geneva, United Nations Environment Programme and World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/heli/risks/urban/urbanenv/en/>, accessed 26 July 2010).
- 176 *Guidelines for the development of road safety master plans*. Tshwane, City of Tshwane Public Works and Infrastructure Development Department, 2009.
- 177 *Air quality guidelines: global update 2005*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair_aqg/en/index.html, accessed 26 July 2010).
- 178 *Smoke-free cities*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.or.jp/smokefree.html>, accessed 26 July 2010).
- 179 *Revised anti-smoking ordinance of Makati*. Republic of the Philippines, Sangguniang Panlungsod, Makati City, 2002 (<http://www.makati.gov.ph/portal/roms/docs/ORD.%202002/2002-090.pdf>, accessed 26 July 2010).
- 180 *DOH backs Makati's anti-smoking campaign: Makati experience guides drafting of tobacco act's rules*. City of Makati, Republic of Philippines, 27 October 2003 (<http://www.makati.gov.ph/portal/index.jsp>, accessed 26 July 2010).
- 181 Frieden TR et al. Public health in New York City, 2002–2007: confronting epidemics of the modern era. *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37(5):966–977.
- 182 Fielding R et al. Declines in tobacco brand recognition and ever-smoking rates among young children following restrictions on tobacco advertisements in Hong Kong. *Journal of Public Health*, 2004, 26(1):24–30.
- 183 *Gender*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT) (<http://www.unhabitat.org/categories.asp?catid=303>, accessed 26 July 2010).
- 184 Altieri M et al. The greening of the “barrios”: urban agriculture for food security in Cuba. *Journal of Agriculture and Human Values*, 1999, 16:131–140.
- 185 Thaman R. Urban food gardening in the Pacific Islands: a basis for food security in rapidly urbanising small-island states. *Habitat International*, 1995, 19(2):209–224.
- 186 Wakefield S et al. Growing urban health: community gardening in south-east Toronto. *Health Promotion International*, 2007, 22(2):92–101.
- 187 Dixon J et al. The health equity dimensions of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(Suppl. 3):118–129.
- 188 *Interventions on diet and physical activity: what works*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/index.html>, accessed 26 July 2010).
- 189 Angell SY et al. Cholesterol control beyond the clinic: New York City's trans fat restriction. *Annals of Internal Medicine*, 2009, 151(2):129–134.
- 190 *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 26 July 2010).
- 191 *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/>, accessed 26 July 2010).

LA FACE CACHÉE DES VILLES

METTRE AU JOUR ET VAINCRE
LES INÉGALITÉS EN SANTÉ EN MILIEU URBAIN

Le rapport mondial *La Face cachée des villes : Mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain* constitue une composante importante de la stratégie générale de l'OMS et d'ONU-Habitat visant à renforcer les interventions des acteurs de la santé au niveau local, national et mondial en vue de réduire les inégalités en santé dans un monde toujours plus urbanisé.

Ce rapport montre que les citoyens pauvres sont particulièrement exposés à une multitude de maladies et de problèmes de santé, imputables à des disparités dans le contexte social et les conditions de vie. En outre, il propose des informations reposant sur des données factuelles et des outils dont les autorités sanitaires et municipales peuvent se servir pour lutter contre les inégalités en santé dans leur ville.



Organisation
mondiale de la Santé

World Health Organization
Centre for Health Development (WHO Kobe Centre)
Kobe, Japan
<http://www.who.or.jp>
wkc@wkc.who.int

ISBN 978 92 4 254803 7

ONU HABILITAT
POUR UN MEILLEUR AVENIR URBAIN

United Nations Human Settlements Programme
(UN-HABITAT)
Nairobi, Kenya
<http://www.unhabitat.org>
infohabitat@unhabitat.org

ISBN 978 92 1 132277 4

ISBN 978 92 4 254803 7



9 789242 548037