

2.7

WHO/SNS/MS/788.2  
Original: anglais  
Distribution: générale

WA 380  
88Am  
c.2

# Améliorer la santé en milieu urbain Programme d'action

Division du renforcement des Services de santé  
Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1988



24588

WA 380

1002

887M

C.2

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Photo de P. Almasy (France).

# EXPOSÉ DU PROGRAMME MONDIAL D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU URBAIN

## Table des matières

	<i>Pages</i>
Historique . . . . .	2
Bilan de la situation . . . . .	2-5
Aperçu des activités entreprises . . . . .	5-6
Raisons justifiant l'action . . . . .	6-7
Objectifs . . . . .	8
Stratégies . . . . .	8-9
Domaines d'action . . . . .	9
– Planification et prise de décision . . . . .	10-12
– Coordination des activités sanitaires . . . . .	12-13
– Formation et réorientation . . . . .	13-15
– Motivation de la population . . . . .	15-16
– Activités de recherche et de développement . . . . .	16-18
Projets d'action de l'OMS . . . . .	18
Appel à des ressources extrabudgétaires . . . . .	19
Conclusion . . . . .	19
Appendice I – Cartes montrant la croissance urbaine (en 1970 et en l'an 2000) . . . . .	20-21
Appendice II – Proportion de la population vivant en zone urbaine en l'an 2000 . . . . .	22



## ***Historique***

La politique des soins de santé primaires adoptée par les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé à Alma-Ata en 1978 concernait les problèmes des gens pour lesquels les soins de santé étaient hors de portée financièrement, inaccessibles matériellement et inacceptables sous leur forme d'alors. Comme il s'agissait à l'époque en majorité de ruraux, c'est sur les zones rurales que l'effort a d'abord porté. Cependant, on s'est vite aperçu que des problèmes analogues se posaient à la population des taudis et des bidonvilles des grandes villes en expansion, dans les pays développés comme dans les pays en développement. C'est pourquoi, peu de temps après la signature de la Déclaration d'Alma-Ata, les initiateurs de cette politique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (FISE), ont organisé une série de réunions pour définir et étudier les besoins sanitaires des pauvres en milieu urbain.

Des personnalités de tous horizons – hauts fonctionnaires de la santé, représentants des autorités municipales et des organisations non gouvernementales (ONG), etc. – se sont réunies pour passer en revue les problèmes et proposer des solutions adaptées à la population à faible revenu qui venait s'agglutiner dans les grandes villes, surtout dans les pays en développement. Ces rencontres ont constitué un terrain propice à l'échange d'idées et d'expériences et elles ont aussi été à l'origine d'autres initiatives visant à lutter contre les problèmes de santé des pauvres des zones urbaines. Enfin elles ont permis de mettre en place un réseau regroupant ceux qui s'occupent des soins de santé primaires en milieu urbain afin d'assurer un échange d'informations et de soutenir un secteur sanitaire dont l'amélioration exige de plus en plus d'efforts et qui, par sa nature même, implique la participation des pouvoirs publics et de la population à desservir.

L'OMS – comme d'autres organismes des Nations Unies, les gouvernements et les ONG – reconnaît que la situation sanitaire lamentable des pauvres en milieu urbain est un problème critique et persistant. C'est pourquoi elle a établi le présent document, qui fait le bilan de la situation, indique les raisons qui justifient un effort concerté, définit les stratégies à appliquer, énumère les domaines d'action pour l'avenir et, en conclusion, montre dans quelle direction l'Organisation agira à l'appui des soins de santé primaires en milieu urbain.

## ***Bilan de la situation***

Il suffit de consulter les récentes statistiques de l'ONU pour constater que la santé des populations urbaines est un sujet de préoccupation légitime. En 1920, les villes n'abritent que 14 % de la population mondiale; en 1985, le chiffre était de 41 % et l'on prévoit qu'il dépassera la barre des 50 % d'ici l'an 2010. Dans les pays développés, au milieu du siècle, plus de la moitié de la population vivait déjà en zone urbaine. Dans les pays moins avancés, ce taux d'urbanisation devrait être atteint durant la dernière décennie de ce siècle ou la première décennie du siècle suivant.

TABLEAU 1. POPULATION URBAINE, ACCROISSEMENT TOTAL DE LA POPULATION ET TAUX D'ACCROISSEMENT, 1975-2000

<i>Zones principales des régions peu développées</i>	<i>Population urbaine total en millions</i>		<i>Accroisse- ment total de la population 1975-2000</i>	<i>Accroisse- ment en % 1975-2000</i>
	<i>1975</i>	<i>2000</i>		
Régions peu développées	838.4	2122.1	1283.7	253
Afrique du Nord	38.2	109.8	71.6	287
Afrique subsaharienne	66.0	251.9	185.9	382
Amérique latine	198.1	428.1	230.0	216
Chine	218.0	491.9	273.9	226
Autres pays d'Asie orientale	30.6	64.6	34.0	211
Asie méridionale orientale	68.8	179.8	111.0	261
Asie méridionale centrale	175.9	477.9	302.0	272
Asie méridionale occidentale	21.2	64.0	42.8	302
Mélanésie-Micronésie-Polynésie	1.1	4.5	3.4	409

Source: Projections de la Division de la Population des Nations Unies établies à partir d'estimations calculées en 1980 (imprimé d'ordinateur).

Plusieurs tendances importantes peuvent être dégagées de ces statistiques sur l'urbanisation. Premièrement, l'urbanisation n'affecte plus désormais une minorité de gens; c'est au contraire la majorité qui est touchée. Deuxièmement, l'urbanisation n'est pas un problème propre au monde industrialisé; elle est – et demeurera – une caractéristique démographique majeure du monde en développement. Troisièmement, l'urbanisation n'est plus limitée aux capitales; elle concerne aussi d'autres grandes villes. Quatrièmement, ce n'est plus un problème passager; en moyenne, l'augmentation de la population est due pour un quart seulement à l'immigration, le reste étant le fait d'une croissance naturelle. Enfin – et c'est probablement là le point le plus important – l'urbanisation signifie et continuera à signifier dans un avenir immédiat que dans de nombreux pays, surtout dans le tiers monde, 50% des citoyens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les problèmes d'urbanisation deviennent donc souvent les problèmes de la misère et de leur impact sur les villes de demain.

La situation sanitaire qui découle de cette urbanisation rapide montre bien quels sont les problèmes de la misère: en l'absence d'une infrastructure de santé publique adéquate, une population à faible revenu et à forte densité est victime aussi bien des maladies contagieuses des zones rurales que de celles engendrées par l'environnement urbain. En outre, alors que les services et les ressources sanitaires sont traditionnellement concentrés dans les villes, la majorité des citoyens n'y a pas accès.

Plus précisément, de nombreux problèmes de santé tournent autour du manque de logements et d'hygiène du milieu. Dans les taudis et les bidonvilles du monde en développement, les gens s'entassent dans les abris de fortune. Compte tenu de ces fortes concentrations de population dans des espaces réduits, l'hygiène du milieu, tout comme le logement, est lamentablement déficient. Si dans les zones rurales, l'approvisionnement en eau prime sur l'assainissement, dans les zones urbaines, à cause du surpeuplement et de la

promiscuité, les deux sont également importants. Il faut de l'eau de qualité – et en quantité suffisante – pour la prévention des maladies. Or, non seulement il n'y a pas d'eau propre dans les quartiers qu'habitent les citoyens pauvres, mais il n'y a pratiquement pas non plus d'installation d'évacuation des eaux usées et des déchets.

**TABEAU 2. PROPORTION DES ZONES DE PEUPEMENT SPONTANÉ ET DES TAUDIS DANS CERTAINES VILLES (par régions en ordre décroissant)**

<i>Région en ville</i>	<i>Année</i>	<i>Population de la ville (en milliers)</i>	<i>Population dans les taudis et bidonvilles (en milliers)</i>	<i>Pourcentage des taudis et bidonvilles par rapport à la population de la ville</i>
<b>AFRIQUE</b>				
Addis-Abeba	1981	1200	948	79
Casablanca	1971	1506	1054	70
Kinshasa	1969	1288	733	60
Nairobi	1970	535	177	33
Dakar	1969	500	150	30
<b>AMÉRIQUE LATINE</b>				
Bogota	1969	2294	1376	60
Buenos Aires	1970	2972	1486	50
Mexico	1966	3287	1500	46
Caracas	1974	2369	1000	42
Lima	1970	2877	1148	40
Rio de Janeiro	1970	4855	1456	30
Santiago	1964	2184	546	25
<b>ASIE MÉRIDIONALE</b>				
Calcutta	1971	8000	5328	67
Bombay	1971	6000	2475	41
Delhi	1970	3877	1400	36
Dacca	1973	1700	300	35
Karachi	1971	3428	800	23
<b>ASIE ORIENTALE</b>				
Manille	1972	4400	1540	35
Pusan	1969	1675	527	31
Séoul	1969	4600	1320	29
Djakarta	1972	4576	1190	26
Bangkok/Thonburi	1970	3041	600	20
Hong Kong	1969	3617	600	17

**Source:** *Enquête sur la situation du logement dans le monde 1974: une étude d'ensemble de la situation dans le domaine de l'habitation, de la construction et de la planification dans les peuplements humains*, Département des Affaires économiques et sociales, Nations Unies, New York, ST/ESA/30, 1976, tableau 48, pp. 180-186; *Amélioration des taudis et des zones de peuplement non réglementé: Rapport du Cycle d'études interrégional sur l'amélioration des taudis et des zones de peuplement non réglementé*, Medellín, Colombie, 15 février - 1<sup>er</sup> mars 1970, Département des Affaires économiques et sociales, Nations Unies, New York, ST/TAO/SER.c/124, 1971, pp. 24-26; *Report of the municipality of Addis Ababa to the City Council*, juillet 1981, p. 7; *Housing Asia's millions*, Ottawa, IDRC, 1979, tableau 8, p. 53.

Le milieu dans lequel vivent et travaillent les populations urbaines à faible revenu a des conséquences directes sur leur état de santé. Les maladies dont souffrent ces populations déshéritées peuvent se répartir en trois grandes catégories. Premièrement, il y a les maladies directement liées à la pauvreté et qui sont le résultat de ressources insuffisantes, de mauvaises conditions de vie, du manque d'instruction, d'une mauvaise alimentation, d'une surpopulation et d'une sous-protection sociale: gastro-entérites, tuberculose, maladies infectieuses et maladies de la malnutrition. Deuxièmement, il y a les maladies qui résultent des conditions créées par l'homme dans les zones urbaines – pollution atmosphérique, bruit, trafic, stress et habitudes alimentaires – lesquelles sont à l'origine de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et de maladies mentales. Troisièmement, il y a les problèmes liés à l'instabilité sociale et à l'insécurité du logement et du revenu: alcoolisme, toxicomanie, maladies vénériennes et actes de violence.

Les efforts faits pour améliorer la situation ont été contrecarrés par un certain nombre de facteurs. Les infrastructures municipales existantes ne suffisent pas à assurer les services voulus à une population urbaine en expansion rapide et dans de nombreuses grandes villes il y a manque de communication et de coordination entre les diverses autorités municipales, y compris dans le secteur sanitaire. Dans ces conditions, la politique d'urbanisme devient une opération à court terme visant simplement à maîtriser la crise. Trop souvent, programmes et ressources font double emploi, ce qui empêche de toucher davantage de gens.

Un autre facteur est que dans de nombreuses zones urbaines, les groupes à faible revenu, étant mobiles et provenant de différentes régions du pays, ne sont pas fortement organisés au niveau de la collectivité. De ce fait, il leur est difficile de mobiliser les bonnes volontés et les ressources en vue d'améliorer leur sort. L'échec des efforts organisés a eu d'autres conséquences: les groupes à faible revenu ont peu d'influence sur les politiques municipales, un accès limité aux ressources et aucun recours légal pour régler leurs problèmes.

### ***Aperçu des activités entreprises***

Conscientes de cet état de fait, l'OMS, d'autres organisations internationales et de nombreuses ONG ont entrepris des activités pour améliorer la situation sanitaire en milieu urbain. L'OMS et le FISE ont organisé un certain nombre de réunions regroupant des autorités municipales, notamment sanitaires, ainsi que des représentants d'ONG, pour définir les grands problèmes sanitaires des populations urbaines démunies, pour échanger des solutions novatrices à ces problèmes et pour mettre en place un réseau de personnalités et d'organisations soucieuses d'agir.

L'OMS a également entrepris deux autres séries d'activités. La première consiste à élaborer des directives de recherche et d'action afin que les autorités municipales et autres groupements intéressés puissent étudier et planifier des programmes sanitaires pour les pauvres en milieu urbain. L'autre consiste à essayer de définir, puis de mettre en œuvre des améliorations de l'environnement d'ordre sanitaire – en particulier en faveur des mères et des enfants – portant sur l'habitat, l'hygiène du milieu, la lutte contre les nuisibles et la lutte contre la pollution.

Dans les bureaux régionaux de l'OMS, on se préoccupe de plus en plus des problèmes de santé urbains. Dans la Région africaine, à la suite des inquiétudes exprimées lors d'une consultation interrégionale sur le renforcement des ministères de la santé dans l'optique des soins de santé primaires, un atelier a été organisé à Addis-Abeba en automne 1986 pour débattre des problèmes des pauvres en milieu urbain en Ethiopie, au Kenya, en Tanzanie et en Zambie. Dans la région de la Méditerranée orientale, les pays ont décidé d'étudier les besoins sanitaires des populations péri-urbaines en croissance rapide. Dans la région européenne, on a lancé le projet « Cités-santé » pour promouvoir le bien-être et la santé, ainsi que la participation intersectorielle et communautaire, dans le cadre du mouvement vers une « nouvelle santé publique » pour les importantes populations urbaines de cette région du monde. L'Organisation panaméricaine de la Santé procède à des études pour déterminer l'impact des facteurs socio-économiques sur la santé des groupes urbains à faible revenu et pour voir de quelle façon ce qui a été fait en matière de soins de santé primaires en milieu rural pourrait être repris en milieu urbain. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des études sur la couverture socio-médicale des citoyens et sur les réformes de la prestation de services de santé en milieu urbain sont en cours afin d'identifier les problèmes urbains et de chercher à les résoudre en coordonnant les ressources allouées par les divers départements et organismes municipaux. La Région du Pacifique occidental a accueilli en 1986 une réunion interrégionale OMS/FISE au cours de laquelle les participants, venus du monde entier, ont échangé des idées sur le thème de l'amélioration de la santé des populations urbaines défavorisées.

L'action de l'OMS a été complétée et soutenue par d'autres organisations internationales. Par exemple, le FISE, qui agit en collaboration constante avec l'OMS, a organisé avec elle un certain nombre de réunions. En outre, il a appuyé dans diverses grandes villes du monde en développement un programme de services urbains de base axé sur une approche intégrée des activités en faveur des pauvres en milieu urbain. Le programme HABITAT des Nations Unies, à l'origine de la désignation de 1987 comme année internationale du logement des sans abri, a attiré l'attention sur le sort malheureux de ces millions de déshérités et indiqué des solutions nouvelles à leurs problèmes. Depuis quelque temps, la Banque mondiale accorde des prêts pour des actions d'urbanisme, notamment des projets de « trames d'accueil », de centres de santé urbains et d'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène du milieu. De nombreuses ONG ont également contribué à des expériences visant à améliorer la santé des citoyens à faible revenu et allant de projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement communautaire et de programmes concernant les agents de santé communautaires jusqu'à des activités de développement communautaire plus variées : entreprises génératrices de revenus, classes d'alphabétisation et structures préscolaires pour les enfants de parents qui travaillent.

### ***Raisons justifiant l'action***

La situation sanitaire des citoyens exige une action concertée immédiate pour régler les problèmes qui existent déjà et empêcher les choses d'empirer encore. L'expérience montre que cette action devra aborder les problèmes

en termes de redistribution et de disponibilité des ressources d'une part et de participation des communautés elles-mêmes aux décisions concernant l'affectation des ressources d'autre part. Pour apporter des améliorations sanitaires à tous ceux qui vivent en milieu urbain, il faut appliquer des politiques qui respectent l'équité, tirent le meilleur parti des ressources existantes et assurent la participation des communautés intéressées.

Pour respecter l'équité, il faut, premièrement, donner la priorité aux besoins des citoyens pauvres et mal desservis. Les services assurés par les municipalités urbaines, qui ont pourtant presque toujours beaucoup plus de ressources humaines et financières que leurs homologues des zones rurales, sont inégalement répartis et souvent inaccessibles aux pauvres et aux déshérités. Si l'on veut améliorer la santé de tous les citoyens, il faut que les ressources limitées dont on dispose aillent à ceux qui ne bénéficient ni des services ni des moyens qui leur permettraient d'être mieux portants et qu'elles servent à créer un environnement propice aux améliorations.

Deuxièmement, il faut axer l'attention sur la population à faible revenu dans les pays où l'on manque de moyens pour assurer une infrastructure socio-sanitaire qui protège les pauvres. Dans ces pays, c'est-à-dire la plupart des pays du monde en développement, donc la majorité des nations, les pauvres des villes n'ont aucune protection sociale. Souvent, l'absence de tout statut juridique empêche les nouveaux arrivés et leurs enfants d'avoir accès aux ressources permettant une amélioration. C'est ainsi que les habitants des taudis et des bidonvilles qui se trouvent dans ce cas n'ont droit ni aux prestations sociales ni aux aménagements de l'habitat et de l'environnement financés par les municipalités.

Enfin, l'équité exige que des mesures soient prises pour remédier au sort malheureux des groupes particulièrement vulnérables parmi les populations à faible revenu : les enfants, qui sont déjà les plus vulnérables dans les milieux urbains pauvres et sont en outre délaissés par leurs parents, les adultes devant gagner de quoi vivre ; les jeunes filles et les femmes qui assument souvent seules la charge d'une famille et travaillent dans des conditions nocives tant physiquement que mentalement ; les jeunes qui, sans travail et dégoûtés d'eux-mêmes, traînent dans la rue à la recherche de drogue, d'alcool ou autre stimulant qui risque de les pousser à la violence ; les personnes âgées, qui n'ont plus la force de travailler, mais qui ont besoin qu'on s'occupe d'elles ; ceux qui sont au chômage ou en situation de sous-emploi et qui travaillent illégalement et souvent dans des conditions dangereuses et insalubres ; enfin les handicapés mentaux et physiques.

Si l'on veut utiliser au mieux les ressources limitées dont on dispose, on doit se concentrer sur la prestation de services qui correspondent aux besoins de la majorité de la population. Pour cela, il faut essayer de mettre l'accent sur des mesures préventives spécifiques, d'intégrer les services de santé aux services de protection sociale, en particulier pour les groupes de population à faible revenu, de susciter l'appui de la communauté, surtout par l'engagement de ressources. A une époque où les moyens vont en diminuant, il faut faire preuve de souplesse et d'esprit novateur pour instaurer des soins de santé qui puissent répondre aux besoins et aux demandes d'une population urbaine pauvre en croissance rapide.

## **Objectifs**

Les objectifs du programme mondial de l'OMS concernant les soins de santé primaires en milieu urbain reposent sur les principes des soins de santé primaires et sont le prolongement des raisons d'agir que nous venons d'exposer. Ils consistent à :

1. promouvoir des soins de santé primaires qui privilégient l'équité et la participation communautaire en milieu urbain;
2. promouvoir l'amélioration de la situation sanitaire des citoyens, en particulier de ceux auxquels l'accès aux services sont totalement ou partiellement interdit;
3. fournir un appui technique aux autorités sanitaires nationales et municipales pour atteindre les objectifs précités.

## **Stratégies**

Si les principes appliqués dans le cadre des soins de santé primaires pour améliorer la santé sont les mêmes pour les populations urbaines que pour les populations rurales, on a vu que la situation urbaine est très différente sous certains aspects, tels l'accroissement rapide de la population, la concentration des services et infrastructures sanitaires mais leur accessibilité limitée, et la diversité des communautés urbaines. Les principes et les stratégies des soins de santé primaires sont pourtant indispensables pour améliorer la santé. L'expérience nous permet encore une fois de dégager les trois stratégies les plus importantes.

La première stratégie consiste à développer et à renforcer la collaboration entre les divers éléments du secteur sanitaire, et aussi entre les autres secteurs, les autorités municipales, les organismes et les ONG qui sont partie prenante dans l'amélioration des soins de santé en milieu urbain. Dans de nombreux cas, ceux qui assurent les services de santé ne communiquent guère les uns avec les autres. Les services se trouvent souvent en concurrence, font double emploi et sont surtout destinés aux classes aisées. De ce fait, ils deviennent plus coûteux et moins efficaces. Il en va de même avec les différentes autorités et organisations chargées des améliorations sanitaires. Alors qu'elles sont nombreuses à s'occuper de santé et de protection sociale, en particulier pour les pauvres des milieux urbains, trop souvent les luttes intestines pour détenir les ressources et le pouvoir vont à l'encontre de leurs objectifs déclarés. Le résultat est encore une fois une augmentation croissante des coûts de la santé, le mécontentement des ayants droit et l'incapacité à répondre efficacement aux besoins et aux demandes de la population.

Pour surmonter ces difficultés, les soins de santé primaires préconisent la collaboration et la coordination de tous les organes participant à l'amélioration de la santé. Dans certaines villes, cette coordination a été entreprise par le conseil municipal qui, pour les programmes sanitaires, a été réorganisé de façon à ce que soient représentés tous ceux – autorités, organismes, associa-

tions non gouvernementales – qui s’attachent à améliorer la santé. Dans d’autres villes, on a établi à cet effet un organisme de coordination. Ces formules contribuent à résoudre les problèmes dus au manque de ressources et à leur mauvaise répartition et à faire adopter une approche multisectorielle des problèmes qui ont des causes multiples.

La deuxième stratégie consiste à réorienter les services et les personnels sanitaires pour répondre à tout l’éventail des problèmes sanitaires qui se posent en milieu urbain. Depuis toujours, les villes reçoivent la majorité du budget national de santé qui finance des services curatifs en milieu hospitalier, ce qui a entraîné la prolifération de grands hôpitaux dotés d’un nombreux personnel à orientation clinique. Cet état de fait a aussi entraîné une réduction des ressources, des structures et du personnel disponibles pour répondre aux besoins sanitaires de la majorité des citoyens.

Les soins de santé primaires impliquent un changement de ce type de services et de la façon dont ils sont assurés car ils mettent l’accent sur des services de santé préventifs, à base communautaire et décentralisés et qui soient dispensés par des personnels formés pour entreprendre et promouvoir ce changement. Il faut que les personnels admettent que les services de santé ne pourront pas à eux seuls, améliorer le sort des pauvres en milieu urbain; ils doivent apprendre à travailler avec tout un éventail d’autorités, d’organismes et d’individus soucieux d’amélioration sanitaire et à adapter leur action à des problèmes qui se manifestent sous forme de maladie mais dont les causes profondes se trouvent dans la situation socio-économique de l’individu.

La troisième stratégie consiste à faire participer les membres des collectivités à la solution de leurs propres problèmes de santé. Par le passé, on a eu l’habitude d’indiquer des solutions aux gens sans leur demander leur avis ou leur accord. Ils recevaient donc souvent des conseils qui étaient inadaptés ou même inacceptables, ce qui ne leur donnait guère envie de les suivre.

La formule des soins de santé primaires a pour principe majeur la participation active des gens auxquels ces soins sont destinés. Cette participation, dont la clé est la collaboration à la prise de décisions, va de la promotion d’habitudes et de modes de vie sains jusqu’à une contribution aux soins de santé sous forme d’argent, de matériel et de travail. Bien que cela soit plus difficile en ville qu’à la campagne, on connaît des exemples de communautés de zones de taudis ou de bidonvilles qui se sont organisées en comités pour la santé et le développement afin de s’attaquer à toute une série de problèmes, sanitaires comme celui des égouts, ou autres comme celui des revenus. Des agents de santé communautaires ont été formés pour assurer des soins de santé de base d’un coût abordable et qui soient accessibles et acceptables. La participation communautaire aide à faire en sorte que les ressources correspondent aux besoins en matière de santé.

## ***Domaines d’action***

Un tour d’horizon des problèmes urbains et des solutions novatrices qui leur ont été apportées indique qu’il y a un certain nombre de domaines d’action où la formule des soins de santé primaires améliore la situation, en particulier pour les classes déshéritées. Les exemples cités ci-après, domaine par domaine, sont de nature à encourager les autres, à leur donner des idées et à leur servir d’inspiration.

## PLANIFICATION ET PRISE DE DÉCISIONS

### **Le problème :**

Les systèmes de soins de santé traditionnels s'occupent essentiellement de « gérer » la maladie. Pour leur part, les soins de santé primaires comprennent huit éléments : éducation concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ; promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base ; protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; vaccination contre les grandes maladies infectieuses ; prévention et réduction des endémies locales ; traitement approprié des maladies et des lésions courantes ; enfin, fourniture de médicaments essentiels. Ces éléments exigent naturellement une réforme de la façon dont les soins sont dispensés. Pour cela, il faut d'abord disposer de données plus complètes que les taux d'incidence et de prévalence des maladies et les taux de morbidité et de mortalité : il faut connaître la situation socio-économique des grands groupes de population déshérités, leurs traditions, leurs croyances, leurs mentalités. Une fois ces données obtenues, il est impératif de savoir les utiliser pour élaborer des programmes de santé en milieu urbain, en contrôler l'exécution et en évaluer les résultats. Trop souvent, on rassemble et l'on stocke à grands frais des données qui ne servent à personne.

Si les statistiques dont on dispose montrent bien l'explosion démographique des zones urbaines, elles ne donnent que des chiffres globaux en ce qui concerne la situation sanitaire en matière de soins et de niveau de santé, rares sont effectivement celles qui indiquent les différences entre les couches de population suivant leurs revenus. Souvent, les données fournies par les centres de santé et les hôpitaux ne montrent que les problèmes de ceux qui ont les moyens de venir s'y faire soigner. Elles ne mentionnent pas les problèmes de ceux auxquels ces services sont inaccessibles pour une raison ou une autre – éloignement, manque de temps et/ou d'argent – non plus que les circonstances qui sont à l'origine des problèmes de santé pour lesquels les gens viennent se faire traiter.

Un autre problème critique pour la planification est le financement des soins de santé. Alors que les centres urbains disposent des installations les plus modernes et du personnel le mieux formé, la création et l'entretien de ces établissements coûtent si chers qu'il ne reste plus rien pour assurer un minimum de prestations aux groupes pauvres les plus vulnérables. Les dépenses par habitant sont quelquefois trois fois plus élevées en zone urbaine qu'en zone rurale, et pourtant les groupes à faible revenu n'en tirent aucun profit. L'une des principales raisons est que ces dépenses sont destinées à de grands établissements de soins situés dans les quartiers centraux et qui sont hors de portée des pauvres pour des raisons de temps ou d'argent. Au moment où les ressources diminuent tandis que la demande augmente, il faut trouver d'autres méthodes qui ne reposent pas sur les soins curatifs en milieu hospitalier. De nombreuses institutions socio-médicales, comme la sécurité sociale, sont encore essentiellement axées sur les services curatifs et accordent peu d'attention aux aspects préventifs ou à la promotion de la santé.

## ***Les solutions possibles :***

Avec les nouveaux systèmes de gestion pour les soins de santé primaires en milieu urbain, il faudra trouver le moyen d'identifier et de réunir les informations pertinentes, ainsi que les méthodes qui permettront tant aux planificateurs qu'aux bénéficiaires de les utiliser. Pour cela, il faudra pouvoir disposer d'un large éventail de données, sociales et économiques aussi bien que sanitaires. Une mesure importante consiste à identifier les indicateurs qui montreront si l'on progresse ou si l'on régresse par rapport aux objectifs des programmes et qui révéleront si les groupes les plus vulnérables sont ou non desservis. Une autre mesure consiste à faire participer les bénéficiaires potentiels à la collecte et à l'interprétation des données afin que les plans tiennent compte de leur avis et traduisent leur engagement vis-à-vis de l'avenir.

La gestion financière ne peut se faire en comptant uniquement sur les subventions de l'Etat ou sur la facturation à l'utilisateur. Les programmes qui mettent l'accent sur la prévention, développent la contribution et l'appui communautaires et sont intégrés à d'autres programmes socio-sanitaires offrent autant d'autres solutions. De même, le financement par un régime de sécurité sociale, de prépaiement des services ou d'assurance-maladie peut aider à surmonter certains obstacles.

### **L'expérience vécue:**

Dans plusieurs grandes villes, on a commencé à mettre au point des systèmes de surveillance du développement social grâce à un certain nombre d'indicateurs. C'est ainsi qu'à Bangkok on a retenu 33 indicateurs, qui portent aussi bien sur les mentalités et autres éléments subjectifs que sur des éléments objectifs comme la morbidité et la mortalité. Les communautés s'occupent elles-mêmes de collecter ces données au moyen de questionnaires et de les analyser pour voir où les besoins essentiels ne sont pas satisfaits. Une fois les problèmes identifiés, la communauté établit une proposition de plan de développement pour s'attaquer aux problèmes prioritaires et la soumet aux autorités du district. Les problèmes qui dépassent les moyens de la communauté sont renvoyés aux autorités du district, à la municipalité de Bangkok ou au gouvernement. En outre, les autorités municipales ont fixé des objectifs chiffrés en vue d'améliorer la santé par des actions préventives. Les données qui permettent de suivre les progrès vers ces objectifs sont recueillies lors des enquêtes faites par les communautés.

Le régime de sécurité sociale qui existe dans 16 pays d'Amérique latine devient de plus en plus crédible comme moyen de planification financière des prestations, en particulier en milieu urbain. La critique qui lui était adressée à l'origine, à savoir de créer un système pour les riches et un autre pour les pauvres, est de moins en moins valable à mesure que davantage de gens entrent dans le monde du travail et bénéficient ainsi d'une assurance pour eux et leur famille. Au Brésil, par exemple,

dans les années 60, 23% seulement de la population active bénéficiaient d'une couverture sociale alors que le chiffre dépassait 85% en 1984. Les prestations sociales sont fixées équitablement et permettent ainsi un transfert des ressources des plus riches vers les plus pauvres. Le problème le plus critique aujourd'hui semble être de réduire le coût de l'inflation pour continuer à développer ces prestations.

## COORDINATION DES ACTIVITÉS SANITAIRES

### **Le problème:**

Dans de nombreuses zones urbaines, il n'y a guère de coordination à l'intérieur du secteur sanitaire. Dans certains cas, c'est le ministère de la santé qui est chargé des services sanitaires, tandis que ce qui touche à l'environnement est normalement du ressort des autorités municipales; or, la communication entre les deux est souvent réduite au minimum. Dans d'autres cas, l'organisation verticale des activités sanitaires empêche la coordination et, de ce fait, il est fréquent que les objectifs chevauchent ou soient en concurrence avec ceux d'autres programmes.

La coordination entre secteurs – santé, éducation, hygiène du milieu, travail, etc. – s'est souvent révélée aussi difficile que la coordination à l'intérieur du secteur sanitaire. L'existence de liens entre les améliorations de la santé et les améliorations de la situation socio-économique a pourtant été clairement démontrée: les premières dépendent autant de toute une gamme d'activités de développement communautaire que de la couverture des services de santé. La coordination des actions est gênée par la compétition pour les ressources et le prestige et par une approche unisectorielle et hiérarchisée des problèmes de santé, en particulier de ceux des pauvres des milieux urbains. Dans de nombreuses villes, le secteur sanitaire définit les problèmes en fonction des solutions disponibles et l'on ne demande pas à la communauté de dire quels sont ses besoins non plus que d'envisager un appui intersectoriel pour régler les problèmes qui ont été définis.

### **Les solutions possibles:**

Comme on l'a déjà indiqué, les soins de santé primaires exigent une restructuration des modalités de prestation des services. Pour améliorer la coordination et la communication, il faut: de meilleurs échanges entre personnel central et personnel local; un renforcement du système d'information municipal pour contrôler les progrès et déterminer la valeur des interventions sanitaires; une participation des bénéficiaires à la planification des programmes; enfin, un rôle nouveau pour le personnel sanitaire.

On doit aussi pratiquer la coopération multisectorielle. Pour être efficace, cette coopération doit exister à plusieurs niveaux – ministériel, national, départemental, provincial, municipal et local – et il serait même bon qu'elle

implique des instituts de gestion, de santé publique et d'urbanisme. La collaboration entre ces différentes instances devrait être basée sur les besoins identifiés au niveau local par les dirigeants des communautés, l'action à mener en commun devant être élaborée avec les organismes compétents en fonction de situations spécifiques, en vue de résoudre des problèmes communautaires spécifiques, et en privilégiant la contribution des ONG. Enfin, les liens entre les divers secteurs doivent être renforcés au niveau municipal et local par l'intermédiaire des autorités centrales et des organisations communautaires. Une coopération peut également être instaurée au niveau municipal par des organismes de coordination pour s'attaquer à des problèmes spécifiques.

### **L'expérience vécue :**

Le programme *Sang Kancil* réalisé à Kuala Lumpur (Malaisie) a été organisé par la faculté de Médecine de l'Université et la Commission nationale de planification familiale avec des fonds de donateurs étrangers afin d'assurer des services de santé aux pauvres de la ville. A partir d'un besoin défini par la communauté – des crèches pour les mères qui travaillent – les prestataires de services se sont rapidement rendu compte qu'à eux seuls les services de santé n'arriveraient pas à améliorer la situation sanitaire et ils ont donc demandé l'aide de l'Etat pour assurer l'approvisionnement en eau, l'assainissement et autres services publics. Faute de ressources, celui-ci a dû mobiliser, avec l'aide du FISE, un certain nombre d'organismes publics et de ministères pour participer à une action commune de réhabilitation des taudis. Tous se sont joints aux équipes d'organisation communautaires déjà créées pour s'attaquer à toute la gamme des problèmes de santé. Le résultat a été la mise en place d'un programme qui a permis de passer de prestations de services par une seule institution à des prestations pluri-institutionnelles grâce à la création d'équipes de programme, d'un fonctionnement institutionnel à un fonctionnement communautaire avec le soutien de groupes d'action communautaire, d'une action en faveur de tous à une polarisation sur un groupe cible constitué par les pauvres de la ville, d'approches indirectes à des activités intéressant directement la famille urbaine pauvre, cellule-clé du développement, et enfin de l'utilisation des ressources d'une seule institution à la mise en commun des ressources de plusieurs institutions. L'une des conséquences de cet effort concerté a été la décision du Gouvernement de créer une Division du développement social, seule unité ayant une structure à plusieurs niveaux. Une autre a été le reclassement des zones d'habitat urbain pour assurer davantage de ressources aux groupes à faible revenu. Une troisième et dernière a été la création ou le renforcement d'organisations communautaires locales.

## **FORMATION ET RÉORIENTATION**

### **Le problème :**

Les systèmes de soins de santé, en particulier en milieu urbain, reposent sur l'infrastructure hospitalière et sont orientés vers les soins curatifs. Les

personnels hospitaliers, qui constituent la majorité des personnels de santé, ont reçu une formation clinique spécialisée qui les a amenés à croire que la santé est un domaine où l'individu est impuissant et qui est de la seule compétence de ceux qui, comme eux, ont une formation poussée. On leur a appris à traiter les individus en appliquant les connaissances spéciales qu'ils ont acquises. Cette façon de voir est aux antipodes de la formule des soins de santé primaires, qui considère que les collectivités et les individus sont responsables de leur propre santé et que, quand il s'agit de rechercher des améliorations, l'individu est le partenaire du professionnel de la santé.

### **Les solutions possibles :**

Le système traditionnel de prestation de soins de santé en milieu hospitalier doit être réorienté vers un système à base communautaire. Cela suppose que certaines mesures soient prises dans le cadre même de l'hôpital. Une série d'activités devrait être entreprise pour intégrer les hôpitaux aux soins de santé primaires à tous les niveaux, et pas seulement comme dernier maillon de la chaîne. On pourrait les faire participer à l'élaboration des programmes, à la coordination, et à l'évaluation de la mise en œuvre des principaux éléments des soins de santé primaires et les utiliser comme centres de formation pour réorienter le personnel vers les soins communautaires. On pourrait également leur donner un rôle d'appui au niveau de l'administration et de la gestion.

Le personnel habitué à ne dispenser que des soins curatifs devrait suivre une formation qui lui permette d'effectuer les tâches et d'acquérir la mentalité que nécessitent les soins de santé primaires. Pour cela, il faudra recycler le personnel en poste pour le mettre à même de s'acquitter de nouvelles fonctions et de maîtriser les techniques de gestion nécessaires. Par exemple, les infirmières de santé publique peuvent devenir des éléments clés de la promotion de la santé au sein de la communauté en apprenant à assurer le développement communautaire et en travaillant parmi des groupes de population à faible revenu. Il faut que les professionnels de la santé accordent leur estime et leur soutien actif aux bénévoles et aux agents de santé communautaires, qui assurent les soins médicaux «de première ligne» et réalisent un important travail de prévention dans les bidonvilles et les taudis des grandes villes.

### **L'expérience vécue :**

Au début des années 80, à Karachi (Pakistan), les services de santé Aga Khan ont construit un nouvel hôpital de 700 lits. Le souci du comité de gestion et des donateurs était de faire en sorte que l'hôpital élabore et applique un programme de soins de santé primaires. La formation de professionnels de santé par l'école de médecine associée à l'hôpital est un des éléments majeurs de cette opération. Les programmes d'études sont axés sur les soins de santé primaires à base communautaire dispensés sur le terrain, la priorité étant donnée à la protection maternelle et infantile, alliée à la lutte contre les maladies endémiques. Cette formule donne aux étudiants une expérience concrète des taudis de Karachi ainsi que des zones rurales misérables des régions du Sind et de la frontière nord.

Organiquement, les services assurant la formation des nouveaux professionnels de la santé à Karachi sont divisés en trois sections responsables des agents de santé communautaires, qui interviennent au niveau des familles et de la communauté, des visiteuses sanitaires, qui travaillent à partir de postes de santé et supervisent les agents de santé communautaires, et enfin des équipes médecin-infirmière, qui travaillent à partir des centres de santé et appuient les agents des deux autres niveaux. Le système d'aiguillage des malades relie la communauté à l'hôpital de base qui est également engagé dans l'appui aux soins de santé primaires. La formation et l'orientation données tant aux étudiants qu'au personnel en poste commencent à définir pour les hôpitaux un rôle positif dans les soins de santé primaires, rôle qui consiste à se préoccuper des besoins de santé des communautés, à fournir des modèles pour le nouveau personnel médical et à rechercher la collaboration d'autres secteurs pour améliorer les soins de santé à l'intention des plus démunis, en particulier dans les taudis de Karachi.

## MOTIVATION DE LA POPULATION

### **Le problème :**

Les améliorations de l'état de santé tant des individus que des communautés tout entières ne dépendent pas seulement de l'accès aux services de santé mais également de ce que les gens choisissent de faire pour et par eux-mêmes. Une série de choix dépend en particulier du comportement de chacun : mode de vie, alimentation, tabagisme – voilà autant d'éléments critiques d'une bonne ou d'une mauvaise santé.

Une autre série de choix dépend de la communauté plutôt que de l'initiative personnelle. Pour les gens à faible revenu, ces choix ont davantage d'importance encore parce que les autres options sont limitées par des facteurs socio-économiques et écologiques sur lesquels ils n'ont pas beaucoup d'influence. Malheureusement, les populations urbaines à faible revenu se caractérisent souvent par un manque d'organisation et même de prise de conscience au niveau communautaire. Souvent coupés des liens familiaux étroits qu'ils entretenaient en milieu rural, les nouveaux immigrants s'installent dans des zones où ils ne connaissent personne et où les systèmes de secours traditionnels n'existent pas. En outre, tout comme dans les zones rurales, les préoccupations d'ordre sanitaire ne sont pas prioritaires. Lorsque les gens vivent entassés les uns sur les autres sans sécurité de jouissance de leurs logements ni de leurs revenus, dans des quartiers pauvres envahis d'ordures, ils connaissent toutes sortes de problèmes qui exigent une véritable panoplie de mesures.

### **Les solutions possibles :**

Parmi les classes urbaines aisées, il s'agit essentiellement d'aider les individus à modifier leur mode de vie de façon à améliorer leur situation sanitaire. Le programme «Cités-santé» de l'OMS est axé sur la promotion de la santé et sur une sensibilisation visant à stimuler des changements positifs.

En mobilisant les pouvoirs publics pour soutenir ces campagnes en faveur de la santé, les responsables du programme espèrent non seulement faire connaître aux gens les conséquences de divers comportements liés à la santé mais aussi les persuader de faire les bons choix dans ce domaine.

Parmi les groupes de population à faible revenu des grandes villes de pays en développement, où l'action communautaire est davantage susceptible que l'action individuelle d'avoir des retombées sanitaires, il s'agit souvent de mettre en place des organisations communautaires. Là où elles existent, les gens à faible revenu se montrent capables d'améliorer les systèmes d'évacuation des déchets, d'obtenir un statut d'occupation foncière, d'engager des enseignants pour apprendre un métier rémunérateur et de fournir des agents de santé communautaires pour assurer les soins de santé de base. Lorsqu'il n'y en a pas, il faudra que le personnel de santé en facilite la création en aidant les organisateurs ou, éventuellement, en devenant eux-mêmes des organisateurs. Certes, il n'est pas facile de mettre en place ce genre d'organisations, mais l'expérience montre qu'à long terme elles sont le seul moyen de concourir à l'amélioration de la santé des pauvres en milieu urbain.

#### **L'expérience vécue :**

A Colombo (Sri-Lanka) les services de santé publique de la ville ont désigné des moniteurs de santé, qui sont des agents de santé communautaires semi-professionnels. Ils aident à regrouper les habitants en organisations – ce qui représente la première priorité de la communauté – et travaillent ensuite à la promotion de la santé, de la nutrition et de l'hygiène publique. Les cent moniteurs de santé ont ainsi organisé près de 300 communautés et lancé diverses actions : campagne d'assainissement par des bénévoles, formation professionnelle, manifestations religieuses, programmes culturels et sportifs pour les enfants, etc. Les habitants ont participé activement à ces divers programmes mais ils ne sont pas eux-mêmes moniteurs de santé. Ces derniers sont essentiellement des jeunes qui viennent d'achever leur scolarité et qui sont choisis par les services de santé publique. Ils sont formés pendant deux mois à l'éducation sanitaire, la nutrition, l'assainissement et le développement communautaire.

## **ACTIVITÉS DE RECHERCHE ET DE DÉVELOPPEMENT**

### **Le problème :**

Actuellement, dans tous les domaines d'action qui ont été évoqués, il existe des rapports et des publications sur toutes sortes de programmes qui ont recherché des solutions novatrices aux problèmes de santé en milieu urbain, en particulier parmi les groupes de population à faible revenu. Cependant, peu d'auteurs se sont attachés à faire une analyse systématique

et critique de ces expériences. C'est pourquoi on trouve dans la littérature spécialisée beaucoup de descriptions de programmes pilotes mais peu d'indications sur les moyens de développer ces petits programmes ou de les reprendre dans d'autres régions ou d'autres pays.

En outre, on n'a pas fait grand chose pour tirer les leçons de l'expérience et fournir des méthodes et des directives à l'usage d'autres planificateurs. L'absence de bonnes études comparées reposant sur des recherches opérationnelles limite le transfert systématique d'idées et d'approches qui pourraient accélérer le développement de programmes de soins de santé en milieu urbain.

### **Les solutions possibles :**

Obtenir des données fiables pour la planification et l'évaluation des programmes est un élément primordial. Par le passé, rares étaient les municipalités qui avaient les moyens de procéder à une large étude de base, et lorsqu'on s'y est essayé les résultats n'ont pas été satisfaisants en raison des problèmes que posent la collecte et l'interprétation des données.

Il s'agit aussi de savoir comment réunir et analyser systématiquement les données utiles pour l'évaluation et pour l'élaboration d'un plan d'action concernant les programmes en milieu urbain. Pareille opération appelle un effort multisectoriel mettant en jeu des compétences de domaines divers – éducation, techniques sanitaires, sciences sociales et professions de la santé – et réclame, pour répondre aux besoins des communautés pauvres, la participation de ceux-là même qui ont besoin de meilleurs soins de santé. Il faut réaliser des études qui soient à la fois rétrospectives et prospectives et conçues pour tirer des leçons décisives des expériences faites en milieu urbain. En outre, il faut mettre au point des méthodologies qui permettent aux planificateurs/décideurs d'évaluer rapidement la situation sanitaire en milieu urbain.

### **L'expérience vécue :**

A la suite d'une réunion patronnée par l'OMS en Afrique en 1986, deux pays, la Tanzanie et la Zambie, ont décidé d'entreprendre des projets de soins de santé primaires en milieu urbain. En Tanzanie, le responsable médical municipal, ainsi que d'autres fonctionnaires et du personnel de santé, ont commencé à identifier un programme d'action. Conscients des limites que leur imposaient le manque de temps et d'argent et l'absence de statistiques, ils ont décidé de faire une enquête suivant la technique Delphi modifiée pour évaluer les problèmes de santé. Ils ont mis au point un questionnaire simple, que des professionnels du secteur de la santé ont fait remplir à des informateurs clefs, issus tant de la communauté que de l'administration. Un atelier a été organisé pour présenter les résultats aux responsables municipaux et pour élaborer un programme basé sur la perception par la communauté de ses propres problèmes de santé.

En Zambie, le responsable médical municipal, travaillant lui aussi avec d'autres fonctionnaires municipaux et avec des chercheurs de l'université, a conçu, après avoir consulté la population de l'une des agglomérations les plus pauvres, un programme de réhabilitation des taudis par l'amélioration de l'habitat, de l'hygiène publique et des services de santé. Avec l'aide de spécialistes de tous horizons, une enquête initiale simple a été réalisée avec, notamment, des apports de la communauté, et elle a servi de base au suivi et à l'évaluation du projet. Des interventions spécifiques en vue d'améliorer la santé ayant été décidées, un atelier a ensuite été organisé pour présenter les premières données évaluant l'impact des travaux.

### **Projets d'action de l'OMS**

L'OMS se doit de renforcer et d'appuyer les actions menées dans les domaines décrits ci-dessus. Elle fera donc le nécessaire à cet effet.

Pour cela, l'OMS continuera, à la demande des gouvernements et des autorités municipales et sanitaires, à *fournir une coopération technique* pour aider à élaborer des programmes de soins de santé primaires en milieu urbain. Cette coopération portera notamment sur: la collecte et l'interprétation de données sanitaires pour la prise de décision; la coordination des activités sanitaires à l'intérieur du secteur de la santé, ainsi qu'avec d'autres secteurs clefs lorsqu'il s'agit d'améliorer la santé; la formation de personnel sanitaire pour réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires; l'étude de méthodes et d'activités propres à motiver la population afin qu'elle participe à ses propres soins de santé et fasse les bons choix en matière de santé; l'élaboration et l'adaptation de méthodologies et de directives pour évaluer les programmes de soins de santé primaires en milieu urbain.

En outre, l'OMS continuera à *mettre en place et appuyer des réseaux* d'autorités sanitaires et municipales, d'organismes publics et d'organisations non gouvernementales qui travaillent à des programmes de soins de santé primaires en milieu urbain. Ces activités pourront comporter l'échange d'informations entre les différentes municipalités, l'organisation de réunions pour débattre de problèmes particulièrement critiques, le partage d'expériences entre groupes urbains et, enfin, comme par le passé, la recherche, conjointement avec d'autres organisations internationales, des moyens de mobiliser un appui collectif de la part des villes qui mettent en place des programmes pour les classes déshéritées de leur population.

Enfin, l'OMS continuera à *mener une action de promotion de la santé* dans le contexte des soins de santé primaires, comme moyen d'améliorer la santé de la population urbaine. En fournissant des données sur les aspects sanitaires de diverses activités visant à améliorer le sort des couches déshéritées de la population urbaine et en mettant en lumière l'intérêt qu'elles présentent pour traiter d'autres problèmes urbains, l'Organisation contribuera à trouver des solutions durables à des problèmes qui ont presque l'ampleur d'une crise dans de nombreuses grandes villes à travers le monde.

## **Appel à des ressources extrabudgétaires**

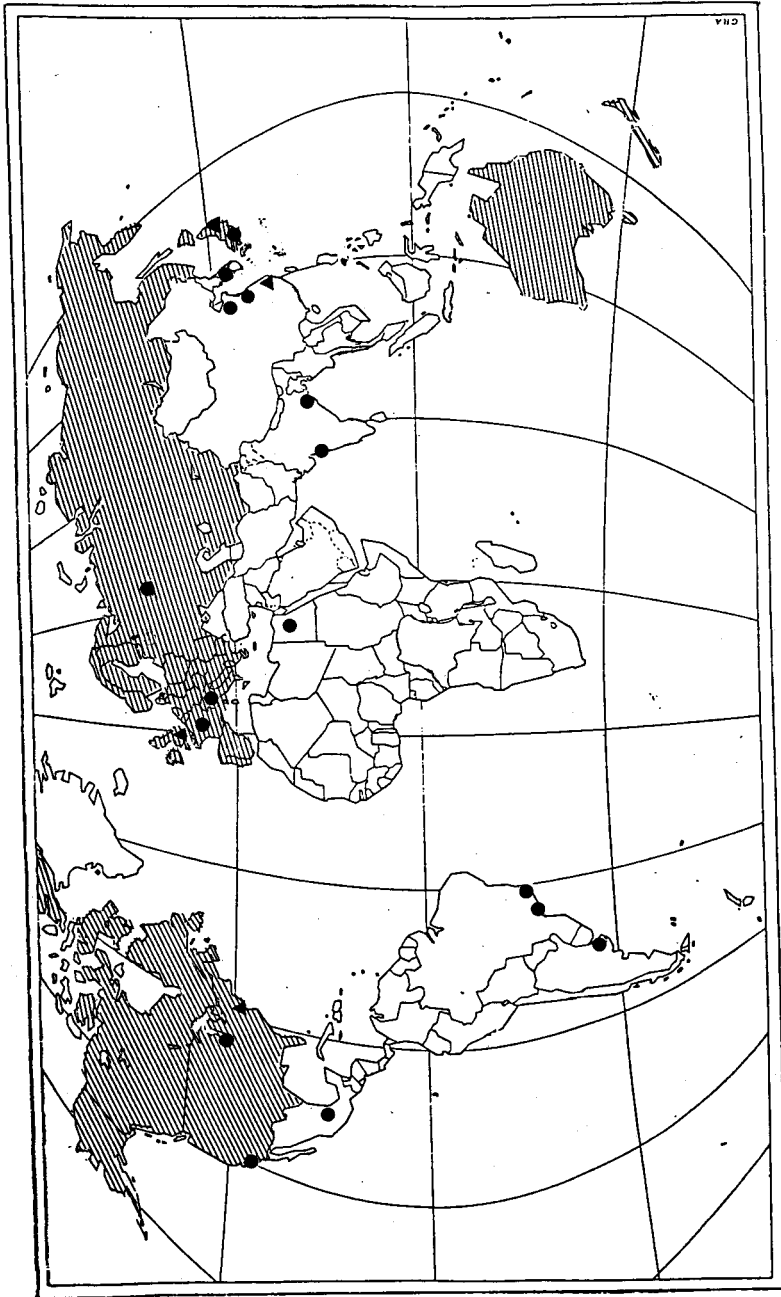
L'OMS aura besoin de ressources extrabudgétaires pour développer ces liens de coopération avec les autorités sanitaires et les municipalités urbaines. Il lui faudra effectivement appuyer les activités suivantes :

1. élaboration et adaptation de *méthodologies* pour la collecte de données portant spécifiquement sur les situations urbaines, en particulier celle des populations déshéritées, avec la participation des bénéficiaires eux-mêmes;
2. élaboration de directives pour l'utilisation de ces données sanitaires lors de la *planification* et de l'*évaluation* des programmes;
3. élaboration, après analyse de ces données, de programmes de *réorientation* des systèmes de soins de santé basés sur l'équité, et de *formation* des personnels pour qu'ils répondent aux besoins des communautés plutôt qu'à ceux des institutions;
4. appui à l'organisation d'activités de *recherche et développement* concernant les principaux problèmes du développement sanitaire en milieu urbain;
5. appui au *réseau* naissant de groupements travaillant parmi les populations urbaines à faible revenu à des fins d'entraide et d'échanges mutuels;
6. développement de la *promotion* des soins de santé primaires comme solution alternative pour répondre aux besoins sanitaires des populations urbaines en croissance rapide.

## **Conclusion**

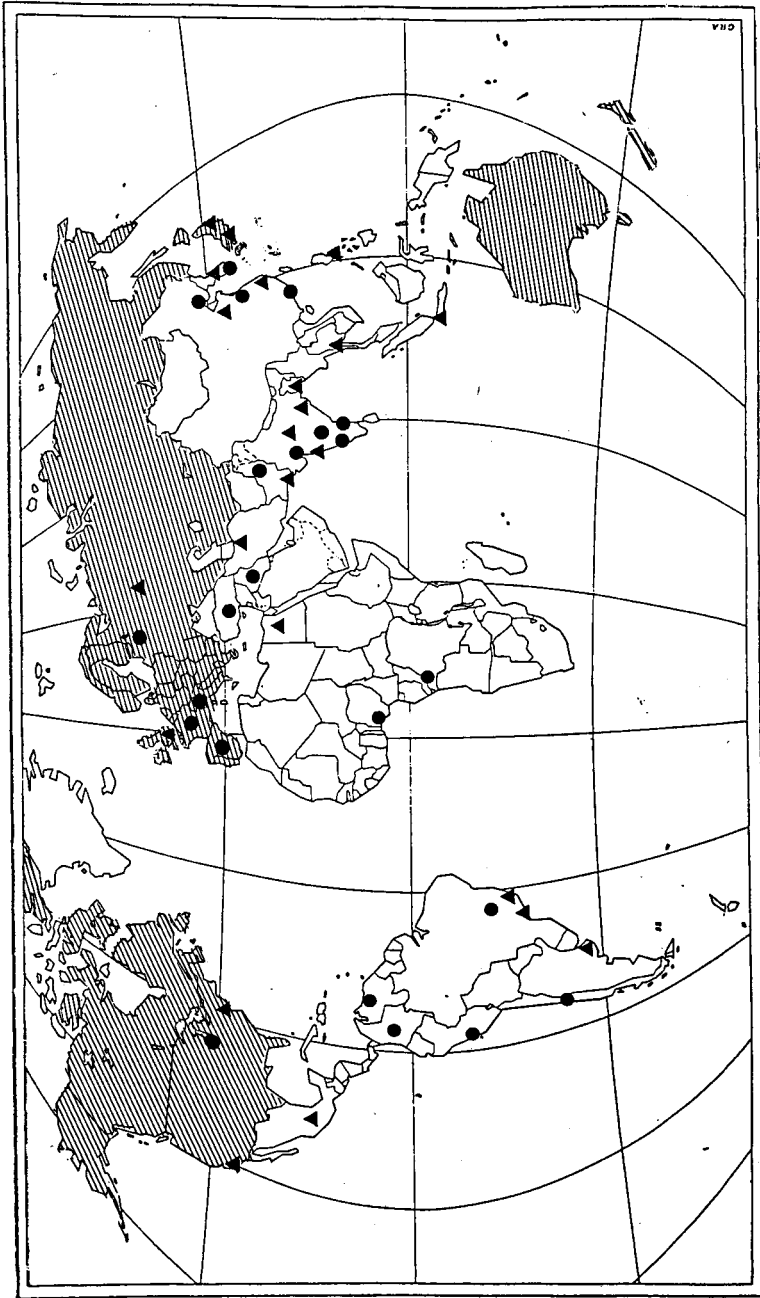
Le programme mondial de soins de santé primaires en milieu urbain essaye de répondre aux besoins sanitaires des populations qui viennent gonfler de plus en plus les grandes agglomérations urbaines. Pour cela, les responsables du programme mettent l'accent sur la nécessité de rechercher les moyens d'assurer une répartition équitable des ressources existantes, de faire participer les communautés aux décisions et aux mesures visant à améliorer leur propre santé, d'apporter des solutions multisectorielles aux problèmes de santé en milieu urbain et de réorienter les services de santé et les personnels sanitaires pour appliquer et promouvoir les principes qui sont à la base des soins de santé primaires. La concrétisation des améliorations dans le domaine de la santé exige une action et un appui décisifs et systématiques. Le Programme mondial vise à contribuer, par la promotion et le soutien des soins de santé primaires, à la solution des problèmes urbains dans le contexte du développement sanitaire de la cité.

# Appendice I



- Agglomération de 5 à 9,9 millions d'habitants en 1970
- ▲ Agglomération de 10 millions d'habitants ou plus en 1970
- ▨ Régions développées
- Régions en développement

# Appendice I



- Agglomération de 5 à 9,9 millions d'habitants en 2000
- ▲ Agglomération de 10 millions d'habitants ou plus en 2000
- ▨ Régions développées
- Régions en développement

## Appendice II

PROPORTION DE LA POPULATION VIVANT EN ZONE URBAINE EN L'AN 2000

