
RAPPORT DE LA REUNION INTERREGIONALE SUR LA SANTE DANS LES GRANDES VILLES: LE DEFI DE LA JUSTICE SOCIALE

KARACHI, PAKISTAN
27-30 NOVEMBRE 1989

Co-parrainé par:

Université Aga Khan ■ FINNIDA ■ METROPOLIS ■ UNICEF ■ PNUD ■ OMS



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

REPONDRE AU DEFI DE LA JUSTICE SOCIALE :
"L'ESPRIT DE KARACHI"

La santé des populations les plus défavorisées et les plus démunies des grandes villes continue de se dégrader, sinon dans l'absolu, du moins relativement aux autres et par référence aux normes les plus élémentaires. Cette situation deviendra de plus en plus préoccupante en raison de l'augmentation du nombre et de l'étendue des grandes villes, en particulier dans les pays en développement.

L'engagement actif de l'ensemble des responsables politiques, administratifs et techniques, au niveau local, national et international est indispensable si l'on veut progresser dans la voie de l'instauration de la Santé pour tous d'ici l'an 2000, prévue à Alma-Ata.

Nous devons, certes, agir énergiquement pour apporter à la population l'aide matérielle immédiate dont elle a un urgent besoin, mais il nous faut aussi concevoir, en faisant appel à toute notre imagination et en nous projetant dans l'avenir, une série de mesures de nature à empêcher l'état de santé des citoyens de périliter. Les participants à la Réunion interrégionale sur la santé dans les grandes villes, tenue à Karachi en novembre 1989, ont lancé à cette occasion un cri d'alarme et un appel pressant à tous afin de sauver l'humanité d'une catastrophe qui n'est que trop prévisible si des actions immédiates ne sont pas entreprises.

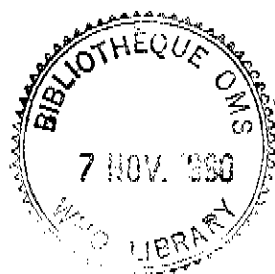


TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
PLAN DU RAPPORT	2
SECTION 1 : RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTS	3
1.1 INTRODUCTION	3
1.2 CROISSANCE URBAINE ET PAUVRETE: AMPLEUR DU PROBLEME	3
1.3 LES INEGALITES DANS LES GRANDES VILLES	4
1.4 LE SECTEUR DE LA SANTE NE PEUT AGIR Isolement	4
1.5 HETEROGENEITE	4
1.6 NECESSITE D'UNE REponse DANS LE DOMAINE DES STRATEGIES	5
1.7 PROCESSUS ET STRUCTURES DE LA PRISE DE DECISIONS	6
1.8 STRATEGIE D'INTERVENTION EN FAVEUR DE LA SANTE DANS LES VILLES	7
1.9 LE ROLE DES MUNICIPALITES	7
1.10 INTERACTION AU NIVEAU DES POLITIQUES LOCALES	8
1.11 INFORMATION ET COMMUNICATION	8
1.12 REORIENTATION DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL ET DES STRUCTURES SANITAIRES	9
1.13 ASPECTS FINANCIERS	9
1.14 ACTION NATIONALE ET INTERNATIONALE	10
SECTION 2 : LA SANTE DES POPULATIONS URBAINES PAUVRES	11
2.1 CARACTERISTIQUES ET DEFINITIONS	11
2.2 CROISSANCE URBAINE	11
2.3 PAUVRETE DES POPULATIONS URBAINES ET PROBLEMES DE SANTE	12
2.4 LES DETERMINANTS DE LA SANTE CHEZ LES POPULATIONS URBAINES PAUVRES	16
2.5 AMPLEUR ET NATURE DU PROBLEME	20
SECTION 3 : AMELIORER LA SANTE DANS LES GRANDES VILLES	21
3.1 INTRODUCTION	21
3.2 NECESSITE D'UNE REponse A ASSISE LARGE	21
3.3 ROLE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	22
3.4 IMPORTANCE DES PRISES DE DECISIONS AU NIVEAU MUNICIPAL	27
3.5 OBSTACLES A L'ACTION	29
3.6 LES INSTRUMENTS D'UNE PRISE DE DECISION EFFICACE	32
3.7 ASSURER L'ENGAGEMENT	36
3.8 PLAN DE SANTE MUNICIPAL : BLOC OU PROGRESSION TACTIQUE ?	40
SECTION 4 : POUR CONCLURE	44
4.1 RESUME	44
4.2 L'AMPLEUR DU PROBLEME	44
4.3 LA LOCALISATION DES RESPONSABILITES	44
4.4 LA SANTE DES GRANDES VILLES DANS UN CONTEXTE ELARGI	45
4.5 LES MOYENS D'AMELIORER LA SANTE DANS LES GRANDES VILLES	46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXE A LISTE DES PARTICIPANTS	48
ANNEXE B ORDRE DU JOUR	52

PLAN DU RAPPORT

La présente publication comprend le rapport et les recommandations des participants à la Réunion interrégionale sur la santé dans les grandes villes, tenue à Karachi du 27 au 30 novembre 1989, ainsi qu'un condensé du document de travail et des présentations de villes préparés pour la réunion. Les sections 2, 3 et 4 ont été établies par le Secrétariat de l'OMS et des extraits tirés des présentations de villes reproduits à titre d'exemple pour illustrer certaines questions et réalisations. Cela étant, le rapport est articulé comme suit :

- I. La section 1 reprend le rapport et les recommandations des représentants des villes qui ont participé à la réunion.
- II. La section 2 décrit l'accroissement des populations urbaines, les problèmes de santé qui sont les leurs et les éléments qui influent de façon déterminante sur la santé des populations pauvres des villes.
- III. La section 3 présente les questions de politique, les possibilités d'action pour améliorer la santé des populations urbaines défavorisées et le potentiel de planification stratégique de la santé. Elle expose les modalités des prises de décision, les organisations et individus qui y participent à divers niveaux et les moyens d'en accroître l'efficacité.
- IV. La section 4 contient une série de conclusions qui reprennent les thèmes qui sont revenus régulièrement pendant toute la conférence ainsi que dans les exposés et documents d'information.

SECTION 1 RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTS

1.1 INTRODUCTION

1.1.1 Les représentants de 17 grandes villes (annexe A) se sont réunis pour mettre en commun leurs expériences et envisager des mesures - notamment communes - pour s'attaquer aux graves problèmes que rencontrent les populations urbaines défavorisées. Chaque ville était représentée par une personnalité politique de premier plan - par exemple le maire - ou par un haut responsable et par le spécialiste de la santé compétent. Cette composition des délégations reflétait les thèmes et la tonalité de la réunion axée non seulement sur les connaissances partagées par les spécialistes mais aussi sur les réalités politiques, les obstacles et les possibilités d'action. La rencontre était organisée par l'OMS et co-parrainée par l'Université Aga Khan, la FINNIDA, Métropolis, le PNUD, l'UNICEF et l'OMS. Le programme de travail des quatre jours de réunion figure à l'annexe B. Il comprenait des visites organisées sur place pour permettre aux participants de se rendre compte par eux-mêmes de la situation et de prendre connaissance des projets pilotes mis en oeuvre par l'Ecole de Médecine de l'Université en faveur des populations urbaines défavorisées.

1.1.2 La réunion s'est ouverte sur des allocutions explicatives et des déclarations de soutien de la part des organisations co-parrainantes, du maire de Karachi et du Gouverneur du Sindh. Le fait que le maire élu de Karachi soit également médecin a rendu d'autant plus intéressant son exposé sur les problèmes que pose pour sa ville et en fait à l'échelle planétaire la persistance d'une forte croissance démographique. Le Gouverneur du Sindh a ajouté à sa déclaration officielle une touche personnelle en demandant aux délégués d'être prêts à faire appel au besoin à l'initiative locale et de ne pas jamais sous-estimer l'intelligence, l'énergie et le bon sens des communautés défavorisées.

1.2 CROISSANCE URBAINE ET PAUVRETE : AMPLEUR DU PROBLEME

1.2.1 Les délégués ont décrit la situation dans leur propre ville, les caractéristiques de leur population et les difficultés des plus démunis, ainsi que les points forts et les points faibles de leurs stratégies d'action. Considérées ensemble, ces descriptions illustrent à la manière d'un graphique l'immensité des grandes villes, les problèmes que pose leur croissance continue et la situation désespérée de leurs citoyens les plus pauvres.

1.2.2 Le nombre des citadins dans le monde ne cesse de croître; à la fin du siècle, il dépassera pour la première fois celui des habitants des campagnes. Cette tendance est encore plus marquée dans les pays en développement. Un taux de croissance d'environ 3 % - correspondant à un doublement de leur population en l'espace d'une génération - est courant dans les villes représentées à la réunion. A Karachi, ce doublement se fera sur une décennie environ. En Afrique et dans l'Asie du Sud-Est, la population urbaine aura plus que doublé entre 1980 et l'an 2000. Cette année-là, les régions en développement compteront 45 mégapoles de plus de 5 millions d'habitants, alors qu'il n'en existait qu'une seule en 1950. Environ la moitié de leurs habitants vivront vraisemblablement dans une extrême pauvreté. De ce fait, le nombre total des décès prématurés dans les villes en développement continuera d'augmenter régulièrement, à moins qu'on ne trouve une solution aux problèmes des populations urbaines défavorisées.

1.3 LES INEGALITES DANS LES GRANDES VILLES

1.3.1 Nos grandes villes sont presque toutes marquées par des contrastes flagrants entre les extrêmes de la richesse et de la pauvreté. On le voit, par exemple, dans la juxtaposition de grands immeubles à usage de bureaux et d'habitations d'un côté et de bidonvilles de l'autre, ainsi que dans les différences spectaculaires dans l'espace dont dispose chaque habitant et dans son style de vie. Mais les contrastes ne sont pas simplement visuels; ils s'étendent à tous les aspects de la vie, y compris la santé, la maladie et la mort. Ils sont souvent occultés par le manque de données, mais lorsque des statistiques fiables existent, les principaux indices de la morbidité, des accès aux services de santé et de la mortalité montrent que les pauvres de maintes grandes villes se trouvent dans une situation effroyable qu'il serait sans nul doute possible d'améliorer. Tous les participants présents à la réunion ont partagé le même sentiment d'urgence et le même désir de s'engager dans l'action.

1.4 LE SECTEUR DE LA SANTE NE PEUT AGIR ISOLEMENT

1.4.1 L'UNICEF et l'OMS ont mis l'accent sur l'action intersectorielle. La réunion s'est appuyée sur leurs avis et a particulièrement insisté sur les éléments suivants :

- emploi, production et distribution des revenus;
- habitat;
- eau et assainissement;
- gestion des déchets solides;
- régime foncier;
- protection de l'environnement;
- équilibre démographique;
- développement, et responsabilisation de la communauté.

Des exemples ont été fournis par les représentants de certaines villes qui, à l'aide de données et, parfois, de diapositives et de films, ont démontré comment ces villes avaient pu s'attaquer à certains des éléments énumérés avec imagination et un succès relatif.

1.4.2 Certes, cette liste n'est pas nouvelle puisque toute l'approche fondée sur les soins de santé primaires est intersectorielle. Mais plusieurs de ses composantes ne figurent pas dans la Déclaration d'Alma-Ata et un sentiment particulier d'urgence s'est fait jour dans les discussions sur la gestion des déchets solides et la pollution de l'environnement. Il a également été reconnu que, dans de nombreuses villes, les problèmes resteraient pratiquement insolubles tant que la croissance démographique ne ralentirait pas quelque peu.

1.5 HETEROGENEITE

1.5.1 Chaque ville est unique de par ses conditions géographiques, son climat, ses caractéristiques sociales, sa situation économique et son contexte politique. Par ailleurs, il existe de grandes différences à l'intérieur même de chaque agglomération urbaine, non seulement entre les riches et les pauvres mais également dans les caractéristiques des quartiers déshérités et parmi les groupes de population habitant un même quartier. Cette hétérogénéité rend plus qu'improbable la possibilité de solutions uniques, normalisées et toutes faites, sauf peut-être pour ce qui concerne les aspects les plus techniques des problèmes ainsi que les grands principes généraux. En fait, la mise en commun des connaissances sera vraisemblablement des plus productives dans la mesure où elle fera apparaître d'une manière différente et plus approfondie les succès et les échecs des uns et des autres et permettra de sélectionner certains éléments particuliers de l'expérience d'autrui pour les adapter aux circonstances et préférences locales.

1.6 NECESSITE D'UNE REPOSE DANS LE DOMAINE DES STRATEGIES

1.6.1 Le secteur de la santé ne pouvant mener seul une action efficace, toute stratégie doit, pour être adéquate, comprendre (notamment) un grand nombre des éléments énumérés au paragraphe 1.4.1 et être prise en charge au niveau de la ville et de la communauté, de manière bien plus large que ne peuvent le faire isolément les instances sanitaires compétentes. Elle doit tenir compte de contraintes diverses, dont celles relatives aux ressources, et fixer des objectifs précis.

1.6.2 L'une des difficultés auxquelles se heurtent certaines grandes villes - mais elles ne sont pas toutes, et de loin, dans ce cas - réside dans le fait qu'elles se voient confier des responsabilités sans être investis des pouvoirs correspondants. Leurs maires constatent qu'ils ont les mains liées, par exemple lorsque les services de santé sont gérés au niveau régional, ou qu'il leur faut obtenir l'agrément du pouvoir central pour des initiatives et des dépenses relativement peu importantes. Par ailleurs, les délégués ont notamment mis en avant la nécessité de :

- mettre sur pied une collaboration interinstitutions plus étroite à l'appui des villes entre toutes les entités intéressées, y compris les organisations internationales;
- déterminer les obligations ou les orientations découlant de plans nationaux de développement et des politiques sanitaires nationales afin de réduire au minimum les contradictions entre programmes nationaux et programmes locaux;
- mieux coordonner les efforts à tous les niveaux, depuis celui des communautés locales jusqu'aux organisations nationales et internationales;
- voir les représentants des grandes villes défendre plus explicitement non seulement leurs propres citoyens, mais aussi les zones rurales dont l'avenir est inextricablement lié au leur;
- décentraliser davantage le pouvoir au sein des villes.

1.6.3 Les participants ont insisté sur le rôle des femmes dans l'action en faveur de la santé et donné des exemples de l'importance de leur contribution à la mise au point et en oeuvre des politiques d'éducation pour la santé, de planification familiale et de soins à l'enfance. Cet état de fait comporte des incidences évidentes pour l'éducation des femmes et l'acceptation de leur rôle dans la participation communautaire, ainsi que pour un changement dans les attitudes masculines.

1.6.4 Les communautés doivent participer à la définition de la gamme et de l'urgence de leurs besoins, au choix des options et à l'action subséquente. Personne ne peut le faire à leur place. Sans leur aide, la coordination n'a guère de chances de s'exercer, et toute action privée de leur soutien et de leurs propres efforts pour s'aider elles-mêmes est vouée à l'échec. Lorsque l'action s'appuie sur des technologies, celles-ci doivent être intelligibles et appropriées dans le contexte local.

1.6.5 Les participants ont reconnu la nécessité d'une information appropriée sur les problèmes de santé. Il est nécessaire d'identifier avec quelque précision les groupes de populations urbaines défavorisées, d'en déterminer les caractéristiques et, parallèlement, de découvrir ce qu'elles souhaitent. Cette information comportera des éléments formels - recueillis à grande échelle - et informels (issus, par exemple, d'enquêtes au niveau de la communauté). Ces deux types de données doivent se compléter mutuellement et leur interprétation doit s'appuyer sur la connaissance des conditions locales.

1.6.6 Les populations favorisées des villes ont une responsabilité des plus importantes dans la satisfaction des besoins de santé des citoyens pauvres. Il y a à cela des raisons tant morales que pragmatiques. Le thème de la réunion - le défi de la justice

sociale - reconnaît l'obligation morale de ceux qui bénéficient d'une meilleure santé et de davantage de ressources de répondre aux besoins sanitaires de leurs concitoyens démunis. Au niveau pragmatique, les conséquences d'une absence de prise en charge de ces problèmes affecteront tous les citoyens, quelles que soient leur richesse ou leur situation sociale, par exemple du fait de la propagation des maladies, de la violence et de la dégradation de la qualité de la vie dans les villes. Pour faire face à cette responsabilité, les plus nantis pourront apporter leur contribution (en compétences autant qu'en espèces) aux initiatives municipales dans ce domaine, ou mener des activités bénévoles, ou encore associer ces deux formes d'action.

1.6.7 Les participants ont reconnu la nécessité d'un développement équilibré qui prenne en compte les problèmes tant ruraux qu'urbains et s'attaque aux grandes questions démographiques et écologiques. Parmi les exemples cités, on peut mentionner la nécessité d'implanter des industries en zone rurale et de prendre des mesures de planification, subtiles mais efficaces, visant à donner une solution appropriée aux problèmes migratoires.

1.7 PROCESSUS ET STRUCTURES DE LA PRISE DE DECISIONS

1.7.1 Bien des possibilités et des difficultés de la mise en oeuvre des stratégies sanitaires sont déterminées par des facteurs politiques. Ces derniers peuvent être nationaux ou locaux, et des problèmes particuliers peuvent se poser si la municipalité représente un ou plusieurs partis politiques différents de ceux qui sont au pouvoir à l'échelon central. Des difficultés d'ordre politique peuvent naître d'une opposition aux stratégies sanitaires ou de la non-prise en compte des problèmes de santé, ainsi que d'une compétition entre groupes, secteurs géographiques, secteurs publics ou organismes divers. La prise de décisions sur la nature, l'implantation et la gestion des services locaux sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus proche des communautés desservies. Pour développer et maintenir un système authentiquement décentralisé tout en exigeant une action stratégique, il faut une volonté politique et une aptitude bien au-dessus de la moyenne à envisager l'avenir. Tous les participants se sont accordés à penser que la volonté politique est souvent le déterminant principal de l'efficacité de la résolution des problèmes de santé des populations pauvres des villes.

1.7.2 Les considérations financières constituent évidemment un autre aspect dans ce type de décisions. En sus des discussions que soulève leur répartition, les budgets affectés à la santé par les municipalités sont souvent considérés comme insuffisants. D'une façon générale, les participants ont estimé qu'en période de difficultés économiques, les budgets les plus menacés étaient : (a) ceux des projets sanitaires et d'infrastructure, et (b) ceux destinés aux pauvres et aux personnes incapables de se défendre. Par suite de la croissance démographique, des technologies nouvelles et des attentes accrues, le potentiel d'augmentation de la demande et du coût de la santé apparaît souvent comme important. Par contre, certaines villes ont la plus grande difficulté à accroître leurs recettes du fait de limites imposées par la législation ou de problèmes techniques (tels que la fixation et la collecte des diverses formes de prélèvements). A été également citée la difficulté inhérente aux crises périodiques de financement, dans le cadre du budget municipal ou du fait d'une baisse des fonds d'origine extérieure.

1.7.3 Les participants ont considéré qu'un large éventail de facteurs organiques limitait l'efficacité de la prise de décisions. Ont été cités, à cet égard, l'autorité insuffisante des municipalités, les problèmes bureaucratiques et une coopération inadéquate entre technocrates et politiciens.

1.7.4 Une préoccupation souvent citée concernait la multiplicité des instances intervenant dans les questions de santé qui débouche sur une coordination inadéquate, source d'inefficacités et de doubles emplois. Une définition plus précise du rôle des divers organismes intervenant dans les mêmes domaines a été préconisée. Souvent, les organisations ont des processus de prise de décisions relativement rigides qui peuvent compromettre la décentralisation des décisions et la souplesse des activités futures (par exemple, l'adaptation à l'évolution de l'échelle ou de la nature des besoins en matière de santé).

1.7.5 Les mentalités, les orientations et les compétences devront subir des modifications sensibles. Pour réaliser le changement à l'échelle nécessaire, les plans et politiques des nations devraient s'attacher aux problèmes propres aux couches pauvres de la population - dans les campagnes comme dans les villes - et adapter en conséquence l'affectation des ressources. Ainsi, les systèmes hospitaliers dirigent généralement les prestations de prestige et les ressources vers des spécialités de coût élevé qui intéressent un nombre relativement restreint de malades. Les réalités des besoins de la population, les solutions primaires à ces besoins et les activités des hôpitaux devront être mieux coordonnées. Lorsque de tels liens existent, les activités hospitalières peuvent être sensiblement plus efficaces et donner bien davantage satisfaction.

1.7.6 Les universités et leurs départements ont un rôle capital à jouer, car ce sont elles qui forment les médecins, les infirmières et autres professionnels de la santé et modèlent leurs attitudes. Elles peuvent également prendre la tête des projets de soins de santé primaires dans les quartiers urbains pauvres dont elles ne sont jamais très éloignées. Au surplus, leurs contributions sont indispensables en matière de surveillance, d'évaluation et de recherche. Pour leur part, les organisations non gouvernementales ont joué un rôle extraordinairement actif dans ces domaines.

1.7.7 Les attitudes et compétences des principaux décideurs (et de ceux qui façonnent l'opinion publique) constituent un facteur capital. Politiciens, responsables de haut niveau et autres ont, à l'occasion, imprimé leur marque personnelle en améliorant réellement et de manière durable la santé des pauvres des villes. Ce sont eux aussi qui modèlent l'opinion publique et réagissent à ses vœux, de telle sorte qu'une meilleure compréhension par les autres citoyens des aspirations des plus démunis, ainsi que l'abaissement des barrières culturelles et l'amoindrissement des malentendus, peuvent préparer la voie à l'action. Par ailleurs, les pauvres sont souvent marginalisés et méfiants à l'égard de tous, fonctionnaires compris. Les réponses ne sont guère faciles à trouver, mais l'égalité des droits politiques avec les autres citoyens contribue certainement à accroître leur influence dans la cité et leur capacité à s'aider eux-mêmes.

1.8 STRATEGIE D'INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA SANTE DANS LES VILLES

1.8.1 Les participants à la réunion de Karachi ont cerné un certain nombre de domaines où agir à l'avenir et ils ont arrêté à la session de clôture un ensemble bien précis de recommandations qui appellent une action à différents niveaux, par exemple à celui des grandes villes, à l'intérieur de ces villes, entre institutions ainsi qu'aux échelons nationaux et internationaux.

1.8.2 Nous avons réuni ces recommandations en une Stratégie d'intervention en faveur de la santé dans les villes. Chacune de ces recommandations a une valeur en soi, et nous avons déterminé de façon pragmatique les possibilités de définir une démarche constructive qui permettrait d'aller plus loin peu à peu. Cependant, l'effet multiplicateur de ces recommandations serait beaucoup plus grand que la somme de ceux produits par chacune d'elles.

1.8.3 Ainsi qu'il a été indiqué dans le résumé qui définit "L'esprit de Karachi", nous n'insisterons jamais assez sur la nécessité urgente de s'attaquer à tous les niveaux aux problèmes de la santé dans les grandes villes. C'est ce qui explique notre appel pressant à tous en faveur d'une stratégie d'intervention pour améliorer la santé des populations urbaines défavorisées toujours plus nombreuses et qui se comptent par millions.

1.9 LE ROLE DES MUNICIPALITES

1.9.1 L'une des grandes préoccupations des participants à la réunion de Karachi tenait au fait que les villes se voient confier certaines responsabilités sans être investies des pouvoirs correspondants. Si les municipalités paraissent de toute évidence les mieux à même de prendre la direction de la recherche de solutions aux problèmes de santé des

populations urbaines défavorisées, il apparaît aussi qu'elles sont bien souvent soumises à des contraintes juridiques, administratives et financières. De plus, il existe de multiples autres centres de décision qui ne tiennent pas nécessairement à aider les municipalités à assumer ce rôle de chef de file.

1.9.2 Nous recommandons de renforcer et de définir clairement le rôle des municipalités qui doivent être pour le moins les principaux organismes de coordination des interventions publiques en faveur de la santé dans les grandes villes.

1.9.3 Un problème sérieux se pose lorsque les stratégies sanitaires ne font pas partie intégrante de la planification urbaine, comme si la planification sanitaire constituait un volet distinct qui pourrait être ajouté par la suite. Tous les participants se sont inquiétés des effets indésirables d'une croissance et d'un développement économiques sauvages, et cela vaut également pour les plans nationaux.

1.9.4 Nous recommandons que les plans globaux de développement urbain soient conformes aux besoins et objectifs en matière de santé.

1.9.5 Nous recommandons également que les villes qui n'ont pas établi de plan précis en faveur de la santé soient encouragées à le faire et que tous ces plans fassent une large place à la santé des populations urbaines défavorisées.

1.9.6 Il a été admis que les budgets des grandes villes devraient correspondre à leurs responsabilités. Si les municipalités peuvent mener une action de coordination avec des ressources financières limitées, il faudrait, pour qu'elles interviennent directement, leur en donner les moyens financiers.

1.9.7 Les participants ont également estimé qu'il fallait décentraliser davantage les responsabilités dans les villes afin de répondre effectivement aux besoins des populations et de mobiliser leur énergie pour résoudre les problèmes.

1.9.8 Nous recommandons que les grandes villes procèdent à cette décentralisation tout en prenant des dispositions qui favoriseront le développement communautaire.

1.10 INTERACTION AU NIVEAU DES POLITIQUES LOCALES

1.10.1 Considérant le nombre et la complexité des organismes qui interviennent dans l'adoption de décisions en matière de santé, nous recommandons d'envisager la création de comités de coordination interinstitutions au niveau urbain. Ces comités devraient réunir toutes les institutions compétentes et être présidés par le détenteur de l'autorité suprême, le maire par exemple.

1.10.2 Nous recommandons également que ces comités bénéficient d'un soutien et d'une aide au niveau des grandes villes.

1.10.3 Pour faciliter les choses, les participants ont estimé qu'il valait la peine d'envisager l'organisation, dans le cadre des villes, d'ateliers communaux qui comprendraient des représentants d'un aussi grand nombre de secteurs que possible, y compris les habitants des quartiers pauvres.

1.10.4 Il a été admis qu'il faut trouver un équilibre entre le développement urbain et le développement rural et nous recommandons que les villes apportent e toute connaissance de cause leur soutien au développement des campagnes parce qu'elles en dépendent et que leur contribution peut faciliter l'instauration d'un certain équilibre dans les courants migratoires entre les villes et les campagnes.

1.11 INFORMATION ET COMMUNICATION

1.11.1 Il s'est avéré que la plupart des villes ne possédaient pas les informations voulues pour servir de base à un plan de santé municipal. Nous recommandons de choisir

(ou éventuellement de mettre au point) des techniques permettant d'obtenir, d'analyser et de stocker des données comparables et pertinentes sur les populations pauvres des villes et sur leurs besoins. C'est seulement ensuite que l'on pourra dresser des plans et évaluer les progrès.

1.11.2 Ces données ne doivent pas être recueillies au petit bonheur. Pour que l'information soit utile, elle doit contribuer à mettre en évidence les liens entre la santé et des tendances sociales plus larges. La collecte des données devra donc être conçue dans cette optique.

1.11.3 Les représentants des diverses villes se sont montrés très désireux de tirer les leçons de l'expérience non seulement de leur municipalité, mais de celles des autres aussi. Si cela doit se faire systématiquement, il faut que les villes soient en mesure de décrire ce qui se passe chez elles, et qu'il y ait un mécanisme permettant le partage d'informations sur les études de cas.

1.11.4 Pour faciliter le partage d'expérience, nous recommandons que l'on envisage de créer, au sein de l'une des institutions parrainantes, un centre de documentation où seraient stockées et cataloguées les études de cas et autres informations pertinentes, qui pourraient être copiées ou prêtées sur demande.

1.12 REORIENTATION DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL ET DES STRUCTURES SANITAIRES

1.12.1 L'une des contraintes potentielles, dans la prise des décisions et leur application à tous les niveaux, réside dans les attitudes et compétences des médecins et autres agents de santé, en relation notamment avec les soins de santé primaires.

1.12.2 Nous recommandons par conséquent d'intégrer dans l'enseignement des facultés de médecine et dans l'expérience pratique des jeunes médecins les besoins des populations urbaines pauvres ainsi que les principes des soins de santé primaires.

1.12.3 Ces mêmes concepts, priorités et principes devront être intégrés aux programmes de formation des personnels infirmiers et autres agents de santé, tant au niveau de base qu'au niveau postdiplôme. Des exercices de formation communs aux agents sanitaires relevant de différentes disciplines pourraient apporter un avantage supplémentaire.

1.12.4 Les participants à la réunion de Karachi ont jugé qu'il était un peu partout nécessaire de mieux sensibiliser le grand public et les professionnels aux déterminants de la santé, que les uns et les autres perçoivent encore comme axée sur les hôpitaux, les dispensaires et les interventions curatives, à la campagne comme à la ville.

1.13 ASPECTS FINANCIERS

1.13.1 L'une des préoccupations revenant constamment dans les interventions des participants est que, quoi qu'ils aient pu apprendre au cours de la réunion sur le plan des idées et des pratiques, il leur sera difficile de l'appliquer largement chez eux par suite des problèmes que pose la mobilisation des ressources. Ils ont estimé très important de s'attacher à mieux faire coïncider la répartition des ressources, l'affectation des responsabilités et les plans.

1.13.2 Nous recommandons qu'une assistance spéciale (tant technique que financière) soit recherchée à tous les niveaux pour permettre aux villes de faire face de manière responsable aux différents problèmes des populations urbaines pauvres.

1.13.3 Il ressort de l'expérience de nombreuses municipalités que les médecins et autres professionnels de la santé ont une tendance très nette à se concentrer dans les quartiers des villes habités par les couches à revenu moyen ou élevé.

1.13.4 Nous recommandons d'envisager des incitations pour encourager les agents de santé à travailler dans les secteurs défavorisés.

1.13.5 Ces problèmes de finances et de ressources n'empêchent pas que l'on trouve de nombreux exemples de succès obtenus à petite échelle avec des moyens réduits. De nombreux participants ont rappelé que, même dans les communautés les plus démunies, il ne faut jamais sous-estimer la capacité et la volonté des pauvres de s'aider eux-mêmes.

1.14 ACTION NATIONALE ET INTERNATIONALE

1.14.1 Etant donné l'ampleur, la complexité et l'universalité des problèmes qui se posent aux villes participantes, il est apparu à tous que ces villes auront besoin d'un appui, aux niveaux national et international notamment. Un certain nombre de recommandations ont été formulées sur la manière d'obtenir le soutien nécessaire.

1.14.2 Nous recommandons de renforcer la coopération internationale dans le domaine de la santé publique, en particulier dans les villes, avec l'aide des organismes internationaux de financement.

1.14.3 Nous recommandons également qu'au niveau national les pays commencent par renforcer leurs propres politiques, systèmes de planification, systèmes d'appui et autres, afin de pouvoir coordonner l'assistance requise des organismes internationaux.

1.14.4 Nous recommandons vivement que les instances financières internationales prennent en compte les effets défavorables des restructurations économiques sur les plus faibles et les plus vulnérables (par exemple les enfants des citadins pauvres).

1.14.5 Nous estimons que le réseau international de compréhension et de soutien que constitue la réunion de Karachi devrait continuer à se développer, par exemple grâce à des ateliers, à des échanges de visites et à un bulletin d'information. Un centre de documentation par lequel les études de cas et autres informations pourraient être mises en commun serait également utile. La coopération internationale devrait comprendre la mise en commun permanente de données d'expérience :

- entre les villes du tiers monde;
- entre les villes de pays développés et de pays en développement.

1.14.6 Nous souhaiterions que, pour mieux développer une stratégie d'action en santé urbaine, le rapport de la réunion de Karachi soit mis à la disposition de villes qui n'ont pas participé à cette réunion, ainsi que d'instances nationales et internationales s'occupant de problèmes qui affectent directement la santé des pauvres des villes. Nous espérons que l'appel passionné de l'Esprit de Karachi attirera l'attention de nombreux individus et organisations sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans cette stratégie.

1.14.7 Les participants ont remercié les organisateurs et les organisations parrainantes de la réunion pour l'excellent choix du moment de sa tenue, ainsi que pour la manière dont elle a été préparée et conduite. Par ailleurs, ils ont tenu à exprimer leur reconnaissance à tous leurs hôtes à Karachi pour la chaleur de leur accueil.

SECTION 2 LA SANTE DES POPULATIONS URBAINES PAUVRES

2.1 CARACTERISTIQUES ET DEFINITIONS

2.1.1 La seconde moitié de ce siècle a été marquée par une large croissance démographique en milieu urbain, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Une grande partie des populations vivant dans les grandes agglomérations, ou à proximité, connaissent la pauvreté et leur niveau de santé est médiocre.

2.1.2 Il existe diverses manières d'étudier la santé des populations urbaines. La santé d'un individu peut être considérée soit comme l'absence de maladie ou d'invalidité (c'est ce que mesurent habituellement les épidémiologistes), soit comme un état de complet bien-être physique, mental et social. (1) La plupart des spécialistes de la santé admettent qu'il existe généralement une corrélation entre ces diverses méthodes de mesure de la santé de l'individu et prennent en considération les deux éléments pour évaluer son état de santé.

2.1.3 De même, nous pouvons mettre en évidence une santé déficiente chez une population d'après les niveaux de la mortalité précoce ou la prévalence de certaines maladies; ces mesures peuvent servir à évaluer la santé d'une population urbaine déterminée ou les inégalités d'ordre sanitaire qui existent entre divers groupes au sein de cette même population. Mais nous pouvons aussi tirer des conclusions sur la santé d'une population urbaine à partir d'un certain nombre d'indicateurs reflétant la qualité de la vie, notamment ceux qui montrent les caractéristiques de l'environnement (par exemple le surpeuplement, l'approvisionnement en eau et les installations d'égouts), le degré d'interaction au sein des collectivités (par exemple la sécurité, la violence, les systèmes d'assistance sociale), et enfin le degré de justice sociale (revenu, accessibilité des soins, éducation, etc.). Les spécialistes de la santé publique sont aujourd'hui d'accord pour affirmer qu'il existe également une corrélation, au niveau de la population, entre les indicateurs d'une médiocre qualité de vie (par exemple l'emploi des carences et des privations) et la maladie (par exemple les taux élevés de mortalité).

2.2 CROISSANCE URBAINE

2.2.1 La croissance démographique n'est pas uniforme dans le monde. Les populations urbaines augmentent environ deux fois plus vite que les populations rurales dans les pays en développement. Le taux d'accroissement démographique des pays industrialisés a diminué rapidement, alors qu'il reste élevé dans les pays les moins avancés. Il est probable que cette tendance se maintiendra au siècle prochain.

2.2.2 Pendant la période 1990-2020, la population totale du monde augmentera de moitié environ (passant de 5,2 milliards à 7,8 milliards) mais la population urbaine doublera ses effectifs (passant de 2,2 milliards à 4,5 milliards) (Fig. 1). (2) Sur cet accroissement de 2,6 milliards de la population totale, les zones urbaines compteront pour 2,3 milliards, soit 88 % !

2.2.3 Entre 1920 et 1985, la proportion des habitants du monde entier vivant en milieu urbain a passé de 14 % à 41 %. Une projection du rapport population urbaine/population rurale indique que la population urbaine représentera 43 % de la population mondiale en 1990, 47 % en 2000 et 57 % en 2020. (2)

2.2.4 La Fig. 2 montre les différences qui existent entre la proportion de la population urbaine dans les pays développés et dans les pays en développement. Il ressort de ces chiffres que, à l'heure actuelle, la proportion des citoyens reste plus élevée et qu'elle continuera d'augmenter, bien que lentement. Cette proportion est plus faible dans les pays en développement mais l'augmentation se fait à un rythme de deux à trois fois supérieurs à celui que les pays industrialisés ont connu jusqu'ici. (3) Cela signifie que, dans beaucoup de pays, l'accroissement démographique aura pour siège unique les grandes villes.

2.2.5 En l'an 2000, les 60 plus grandes villes du monde compteront chacune environ 5 millions d'habitants, ou davantage, et 45 d'entre elles seront situées dans des régions en développement. Cette situation marque un net changement dans la distribution mondiale des populations citadines en un demi-siècle seulement (voir Fig. 3). (4)

2.2.6 Le développement des zones urbaines et périurbaines est imputable à deux facteurs : la migration et l'accroissement naturel. A mesure que les pays connaissent des niveaux plus élevés d'urbanisation, l'influence du premier facteur s'amointrit et l'accroissement naturel compte pour une plus large part dans le développement des zones urbaines, notamment parmi les groupes à faible revenu (voir Fig. 4). Pour la période 1960-1970, le taux de croissance moyen de la population dans 26 grandes villes de pays en développement a été de 4,3 %; dans ce chiffre, l'accroissement naturel entre pour 2,6 %, et le mouvement migratoire net ainsi que le reclassement pour 1,8 %. (3)

2.2.7 Dans beaucoup de pays, l'évolution se fait en deux étapes, en rapport l'une avec l'autre. En premier lieu, on assiste à un accroissement rapide et continu de la population et, en second lieu, à une urbanisation accélérée. Il a été dit que certains pays en développement s'engageaient dans la seconde phase de cette transition démographique sans être en mesure d'acquérir les avantages sociaux et économiques indispensables à une réduction des taux de natalité. (5)

2.2.8 La population de plusieurs pays commence à excéder les possibilités de rendement des ressources en terres, forêts et eau, d'où une dégradation de l'environnement entraînant une diminution de la production agricole, à laquelle s'ajoutent les catastrophes "naturelles" et une raréfaction accrue des terres disponibles. Cette pauvreté rurale ainsi que le manque de terres encouragent les migrations de la campagne vers les villes, en même temps que la diminution du rendement agricole entraîne pour les zones urbaines une réduction des ressources en aliments essentiels et une augmentation de leur coût. Il en résulte une pauvreté et une santé déficiente qui touchent aussi bien les populations rurales que les populations urbaines et, bien que le présent rapport s'attache plus particulièrement à étudier la condition des populations pauvres des villes, il est bien évident que le développement rural joue un rôle important dans la réalisation d'un développement urbain harmonieux.

2.3 PAUVRETE DES POPULATIONS URBAINES ET PROBLEMES DE SANTE

2.3.1 Dans certaines grandes villes en développement, les pauvres représentent actuellement jusqu'à 60 % de la population et les problèmes de santé de ces masses urbaines s'aggravent considérablement. (6) Parmi ceux-ci, on peut citer les maladies que l'on rencontre traditionnellement dans les pays en développement, de même que celles qui sont en rapport avec des niveaux plus élevés de développement et d'industrialisation.

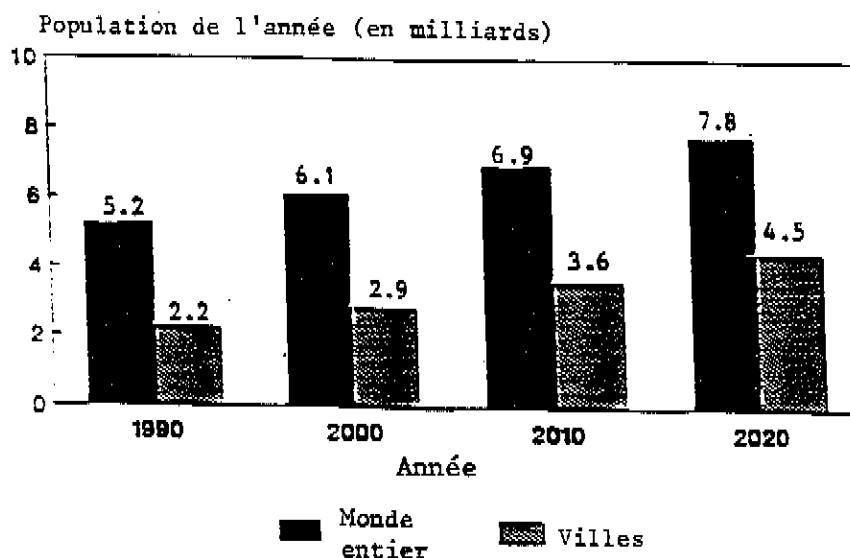
BOMBAY (Inde)

Exemple de l'échelle de la pauvreté urbaine

La population de cette ville de plus de 10 millions d'habitants augmente de 3,8 % par an en moyenne. Plus de 30 % des habitants sont illettrés, près de 40 % sont au chômage. Sur le plan de la santé, le taux moyen de mortalité infantile dans la ville est de 53,1 % pour 1000, le taux de mortalité maternelle de 0,4 per 1000. La moitié des décès interviennent avant l'âge de 45 ans. Parmi les causes principales de la mortalité précoce aussi bien que des consultations dans les dispensaires figurent les maladies des voies respiratoires (y compris la tuberculose), les diarrhées, la dysenterie, la fièvre et les accidents.

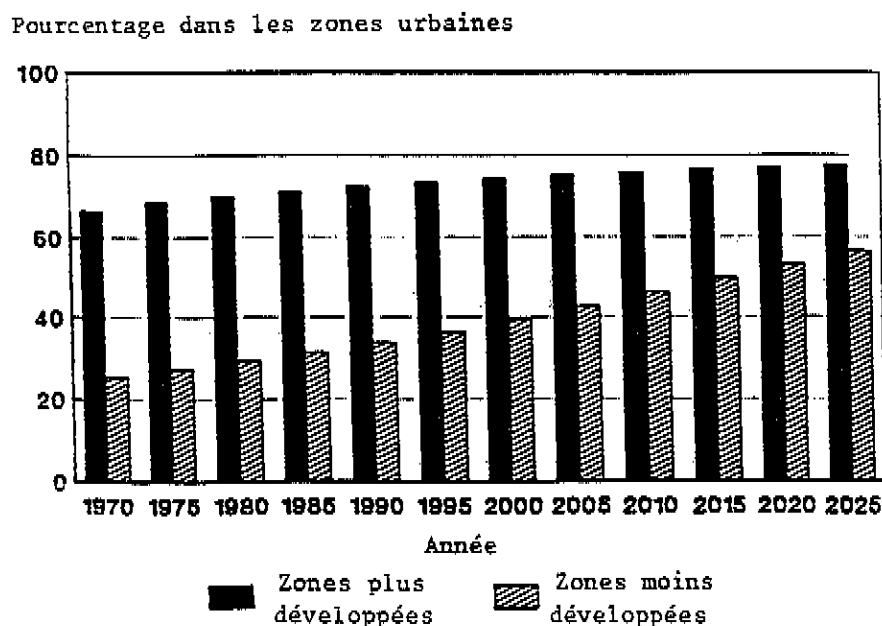
Bombay connaît une série de problèmes d'environnement (eau, égouts, élimination des déchets, pollution, conditions de travail) qui se posent sur l'ensemble de son territoire mais affectent particulièrement les quartiers misérables.

FIG. 1
ACCROISSEMENT DE LA POPULATION URBAINE
DE 1990 A 2020



Source: Organisation des Nations Unies: "The Prospects of World Urbanization", Revised as of 1984-85, Population Studies, No. 101, St/ESA/SER/101, New York, 1987 (anglais seulement).

FIG. 2
PROPORTION DE LA POPULATION VIVANT EN MILIEU URBAIN
Région développée/en développement, 1970-2025



Source: Organisation des Nations Unies. "The Prospect of World Urbanization", Revised as of 1984-85. Population Studies No. 101, ST/ESA/SER/101, New York, 1987 (anglais seulement)

FIG. 3
REPARTITION DES GRANDES VILLES DE
5 MILLIONS D'HABITANTS ET PLUS

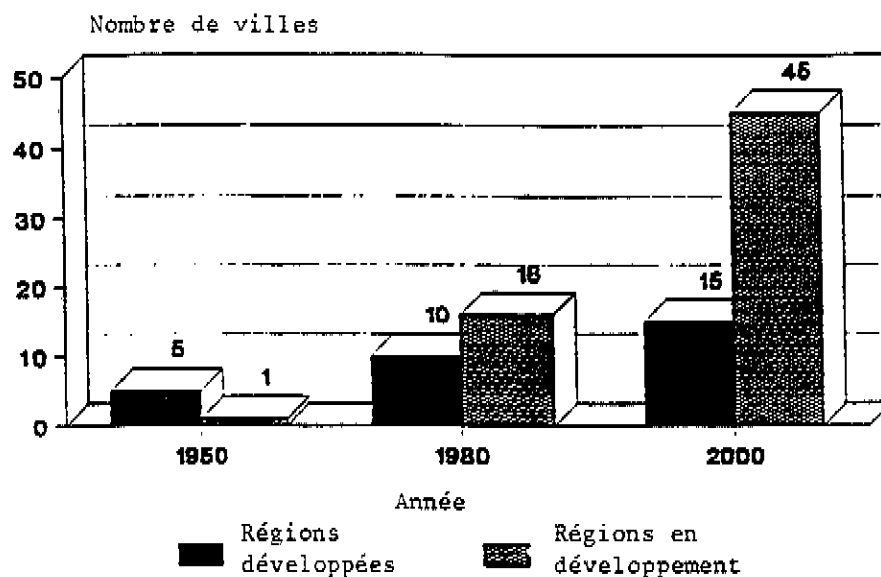
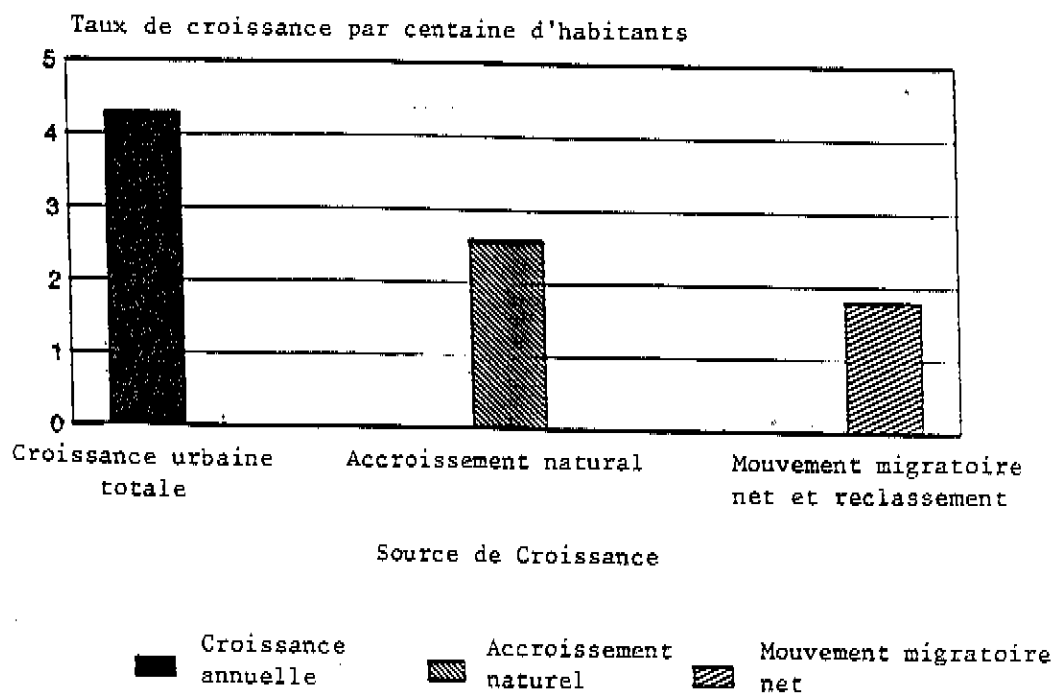


FIG. 4
TAUX ANNUEL MOYEN DE CROISSANCE
PER CENT HABITANTS, 1960-70



On estime que 45 % de la population habitent dans des taudis, et qu'en outre un nombre appréciable de gens n'ont d'autre logis que la rue. Ces groupes présentent des problèmes particuliers liés au surpeuplement, à l'assainissement, à la faiblesse du revenu, à l'insécurité des conditions de travail et aux "risques sociaux". Il semble qu'aujourd'hui cette pauvreté urbaine s'autoperpétue (au lieu d'être un déversement de la pauvreté rurale). Pour répondre à cette situation, la ville a créé 66 postes de santé qui, dans une certaine mesure au moins, fournissent à 3,3 millions d'individus des services de santé intégrés (services de santé maternelle, infantile et familiale, vaccinations, éducation sanitaire, conseils nutritionnels, etc.). Ces services ont été élargis depuis 1983 grâce à des antennes opérant à partir de ces 66 postes de santé.

2.3.2 La gravité des difficultés que l'on observe traditionnellement dans le domaine de la santé est illustrée par des taux élevés de mortalité maternelle, périnatale, infantile et juvénile (moins de cinq ans), ainsi que par la prévalence des maladies infectieuses chroniques. Parmi les nouveaux problèmes de santé liés à l'urbanisation et à l'industrialisation, nous pouvons citer les cancers, l'hypertension, la drogue et l'alcool, les maladies sexuellement transmissibles (y compris le SIDA), les accidents (de la circulation et du travail) et la violence.

2.3.3 Il est toutefois difficile de quantifier l'ampleur de ces problèmes de santé, soit que l'on ne dispose pas de données de morbidité et de mortalité concernant les populations urbaines pauvres (les personnes en déplacement et les squatters n'ont souvent pas accès aux soins hospitaliers et autres à partir desquels sont établies les données sanitaires), soit que les données disponibles soient rassemblées par ville ou par région, ne permettant ainsi pas de se faire une idée des problèmes de santé des masses urbaines pauvres.

2.3.4 Le tableau 1 montre les très grandes différences qui existent entre les pays en ce qui concerne les taux de mortalité maternelle, infantile et juvénile (moins de cinq ans), mais fait aussi ressortir des variations considérables à l'intérieur même des pays; par conséquent, certains groupes, notamment les populations urbaines pauvres, connaîtront une situation sanitaire encore plus précaire que ne le laisse présager les plus mauvais de ces chiffres. (7)

TABLEAU 1. MORTALITE MATERNELLE, INFANTILE ET JUVENILE

	Décès (moins de 5 ans) pour 1000 naissances vivantes	Décès (moins de un an) pour 1000 naissances vivantes	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes
Très forte mortalité (33 pays)	211	130	450
Forte mortalité (31 pays)	125	85	145
Mortalité moyenne (31 pays)	108	41	90
Faible mortalité (34 pays)	13	10	11

D'après : UNICEF. *The state of the world's children*, 1988, New York, Oxford University Press, 1988 (anglais seulement).

2.3.5 Bien que nous ne disposions que d'un nombre limité de données fragmentaires sur la situation sociale et les conditions de santé en milieu urbain, ces données suggèrent que la santé des masses urbaines pauvres est indéniablement plus mauvaise que celle des citadins mieux nantis et en aucune manière meilleure que celle des populations pauvres en milieu rural. (8) On a pu observer que le degré de malnutrition et les taux de mortalité infantile étaient trois à quatre fois plus élevés dans les taudis que dans les autres quartiers des villes, et que la mortalité infantile est quatre à cinq fois plus forte dans les bidonvilles qu'ailleurs.

2.3.6 La densité d'occupation des logements et de population est beaucoup plus élevée dans les quartiers de taudis (par exemple 3,5 personnes par pièce) et la pyramide des âges accuse une large prédominance des jeunes (par exemple 64 % de moins de 20 ans dans certaines zones, 45 % de moins de 14 ans dans d'autres).

2.3.7 Voici d'autres indicateurs de la situation écologique et sociale qui sont disponibles occasionnellement :

Accès à l'eau potable ou aux bornes-fontaines

- entre 30 % et 65 % dans les bidonvilles et les quartiers de squatters

Différence de coût de l'eau potable (vendeurs des rues et approvisionnement en eau courante)

- de 10 à 100 fois

Logements avec accès à des toilettes (y compris les latrines à seau et à fosse)

- entre 55 % et 75 % dans beaucoup de bidonvilles et de quartiers de squatters.

2.4 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CHEZ LES POPULATIONS URBAINES PAUVRES

2.4.1 Les facteurs déterminants de la santé chez les masses urbaines pauvres peuvent être rangés dans une ou plusieurs des catégories suivantes.

2.4.2 En premier lieu, les facteurs liés à la pauvreté, notamment :

- faible revenu;
- conditions médiocres d'existence (logement inapproprié, surpopulation, manque d'hygiène ou d'eau potable);
- faible niveau d'instruction;
- nutrition insuffisante (qualitativement et quantitativement);
- absence de moyens de transport à un prix abordable.

LE CAIRE

(Egypte)

A Manshiet Nasser, les déchets urbains deviennent une source de revenus

Les conditions de vie se sont améliorées depuis dix ans à Manshiet Nasser, une zone périphérique du Caire où se sont agglomérés sans aucune planification 60 000 habitants comptant parmi les plus pauvres des immigrants qui remplissent des tâches dont les autres ne veulent pas.

Les résidents de cette zone ont trouvé leur niche économique avec le nettoyage urbain, une activité qui est devenue pour eux un important moyen de se créer un revenu. Et il s'en est suivi une amélioration intéressante des conditions de vie : logement, eau, électricité, assainissement, éducation, soins de santé, etc.

L'enquête menée il y a dix ans sur l'habitat et l'environnement, qui avait conclu à l'impossibilité d'amener la situation à un niveau acceptable, n'a pas empêché les familles de commencer à bâtir des maisons en dur d'un ou deux étages. Le service national des eaux a alors installé des adductions, jusqu'à des bornes-fontaines tout d'abord puis, de plus en plus, jusqu'aux maisons. Il devenait donc moins nécessaire de recourir aux services onéreux des vendeurs d'eau dans les rues. La plupart des habitations ont aussi aujourd'hui l'électricité.

A l'heure actuelle, les déchets ménagers et urbains sont collectés par bennes et triés dans des hangars spéciaux (non plus à la maison comme autrefois) ; une usine nouvellement créée transforme la plupart de ces déchets en engrais organique.

Les organisations bénévoles ont pris une part importante à l'amélioration des conditions de vie. La Société de Protection sociale intégrée a entrepris une enquête en vue de réunir les données démographiques (âge, sexe, niveau d'alphabétisation, religion, dimension de la famille) qui ont aidé à planifier l'activité d'un nouveau centre de santé. Ces organisations travaillent actuellement en liaison avec différents services publics à la mise au point de mesures socio-économiques, préventives et thérapeutiques pour améliorer la santé communautaire.

La Société de Soins des Eboueurs a construit une clinique vétérinaire qui s'occupe des animaux (essentiels à la subsistance des habitants) et les protège contre les zoonoses. La Société a aussi aidé les services de santé à organiser la formation de sages-femmes locales.

Grâce à ces deux organisations communautaires, les services sanitaires et sociaux sont plus pertinents et plus acceptables.

2.4.3 En deuxième lieu, les risques pour l'environnement en milieu urbain imputables à l'homme, notamment :

- pollution (atmosphérique, sonore et hydrique);
- accumulation de déchets solides;
- circulation;
- risques professionnels;
- conditions stressantes;
- environnement et coutumes mettant un frein à un mode de vie sain.

DAKAR

(Sénégal)

Face aux risques de l'environnement

Dakar connaît toute une série de problèmes d'environnement qui retentissent sur la santé et l'hygiène. C'est un reflet de la situation et des déficiences des processus d'assainissement et d'hygiène de l'environnement (élimination des déchets, approvisionnement en eau, habitat).

Pour essayer d'améliorer l'environnement, diverses innovations ont été introduites :

- (1) Collecte des ordures ménagères. Dans plusieurs quartiers de la commune de Pikine, les rues étroites et ensablées sont inaccessibles aux bennes de ramassage. Sous l'impulsion du comité de santé, la communauté a mis sur pied un système de ramassage des ordures à domicile, dans les quartiers enclavés, à l'aide de charrettes à cheval. Chaque ménage verse à titre de contribution la modique somme de 10 Fr. CFA.
- (2) Journées de propreté. C'est l'approche participative choisie par la Communauté urbaine et la Commune de Dakar pour arriver à nettoyer la capitale. Au programme de ces journées (tous les dimanches) figurent le nettoyage des voies publiques et des marchés ainsi que l'enlèvement et l'évacuation des ordures ménagères.
- (3) Développement urbain intégré. Ce projet, dénommé CHODAK (Chômeurs Dakar) a trois axes d'action : la promotion de la santé (avec des groupes de femmes qui s'occupent de la santé des enfants, de la nutrition et de l'hygiène), l'aménagement du cadre de vie (aide au financement et construction de puisards individuels), et l'amélioration des ressources familiales, grâce à la formation professionnelle et à la création de coopératives pour la vente de produits maraichers, vêtements, broderies, tricotés, objets de bois et de métal, etc. Sans cet apport, la plupart des ménages parviendraient à peine à subsister, les trois quarts de leur revenu étant absorbés par les dépenses alimentaires.

Ces initiatives, toutes fondées sur les principes de la santé pour tous, impliquent la participation des individus et des collectivités.

2.4.4 En troisième lieu, les facteurs liés à la situation sociale en milieu urbain, notamment :

- précarité des institutions sociales;
- instabilité sociale;
- insécurité du régime foncier;
- offre et usage d'alcool et de drogue;
- rapports familiaux et interindividuels;
- agressions à l'égard des personnes et activités criminelles;
- absence de réactions des responsables politiques à l'égard des populations urbaines pauvres.

2.4.5 Enfin, l'inégalité d'accès aux soins et aux services de médecine préventive joue un rôle déterminant en santé, s'agissant notamment :

- de l'absence d'éducation pour la santé et d'information du public;
- de soins médicaux de base inappropriés;
- d'une santé maternelle et infantile précaire, principalement dans les domaines suivants :
 - vaccination,
 - soins prénatals et obstétricaux,
 - contrôle de la croissance et réadaptation nutritionnelle,
 - traitement des infections diarrhéiques et respiratoires;
- d'une lutte inadéquate contre les maladies transmissibles;
- d'un approvisionnement insuffisant en médicaments essentiels.

2.4.6 Allant de pair avec la nutrition, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, ces prestations de santé constituent les éléments de base des soins de santé primaires. Malheureusement, les services de santé urbains sont souvent mal conçus, mal gérés et insuffisamment financés et, entre autres inconvénients, ne desservent pas les zones périurbaines ni les quartiers pauvres. Bien que les services de santé soient plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural, ils sont souvent mal adaptés aux besoins des masses urbaines pauvres, ou bien ne sont pas implantés dans les zones où la situation sanitaire est la plus mauvaise et sont d'un accès difficile à partir de celles-ci. Les raisons peuvent être multiples : frais de déplacement, refus ou incapacité de payer, absence de garderies d'enfants, difficulté d'obtenir un congé de travail, information insuffisante sur les services existants, mauvaise connaissance des autres quartiers de la ville et obstacles culturels ou linguistiques.

ISTANBUL
(Turquie)

Une ville riche imprégnée de pauvreté

Istanbul, qui compte sept millions d'habitants, est le centre commercial de la Turquie, et génère plus de 20 % du PNB national. C'est la ville de toutes les contradictions. Par exemple, 9 % de la population ne savent pas lire - ce qui veut dire que le nombre des illettrés à Istanbul est égal à la population de deux villes turques de moyenne importance. Il y a autant de personnes vivant dans des conditions d'habitat précaire, avec un niveau sanitaire notoirement insatisfaisant, que l'on compterait d'habitants dans douze petites villes turques ensemble. En comparant à d'autres égards encore la situation à Istanbul et dans 70 centres provinciaux de Turquie, on constate régulièrement que la pauvreté est tout aussi concentrée à Istanbul que la richesse. Les 300 000 emplois (des entreprises multinationales aux petites boutiques) que constituent le secteur officiel engendrent en même temps un secteur parallèle dont dépend la survie de milliers de personnes.

La question est de savoir si ceux qui forment ce secteur parallèle et qui vivent dans des logis précaires bénéficient de soins et de services appropriés. Il est bien évident que non.

Bien que les dépenses publiques de santé atteignent des totaux non négligeables, la distribution des services de soins de santé primaires est extrêmement inégale. Beaucoup de centres de santé sont censés desservir une population de 30 à 100 000 personnes. Dans ces circonstances, les visites à domicile des sage-femmes - le plus important des services assurés par les centres de santé - demeurent très restreintes. Le manque de véhicules et de fonds pour acheter du carburant entrave le fonctionnement des antennes.

Outre ces problèmes, les difficultés liées à l'identification des poches où vivent les défavorisés viennent encore compliquer la fourniture de soins aux "nécessiteux".

L'aspect général des quartiers de bidonvilles d'Istanbul se transforme rapidement, au fur et à mesure que l'on construit des routes et que les promoteurs s'infiltrent dans ces zones pour en exploiter la valeur.

Ce qui jusqu'à présent a le plus contribué à l'amélioration de la santé des citoyens pauvres d'Istanbul a été l'application méticuleuse des programmes de santé nationaux tels que le PEV, les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et la planification familiale. Le Plan cadre de Santé, élaboré en coordination par le Gouverneur d'Istanbul et les universités, se caractérise par la décentralisation des unités sanitaires (préventives ou thérapeutiques) et l'implantation de nouveaux services facilement accessibles. Jusqu'à ce que le réseau des nouveaux centres soit complètement en place, dix "santé-bus" desservant exclusivement les quartiers défavorisés permettront de combler les lacunes.

2.5 AMPLEUR ET NATURE DU PROBLEME

2.5.1 Les exposés faits à la réunion par les représentants des différentes villes ont bien montré l'extrême diversité des situations entre les villes, et au sein même de celles-ci. Il est également apparu que dans les nombreuses agglomérations, le nombre des habitants et la rapidité de l'évolution sont tels qu'ils rendent difficile d'appréhender toute l'énormité du problème.

2.5.2 Etant donné la multiplicité des facteurs déterminants de la santé dans les grandes villes, il semble que les besoins sanitaires des masses urbaines pauvres exigent une approche globale prenant en compte l'ensemble de ces facteurs. (6) Cependant, tout en reconnaissant l'utilité de fixer un objectif général, nous estimons probable que cette évolution se fera naturellement dans beaucoup de grandes villes, grâce à l'adoption de mesures échelonnées. Une approche sous forme de progression constructive ainsi que l'adoption d'une série de dispositions en faveur de la justice sociale seront sans doute plus efficaces que la formulation d'une stratégie globale, qui est encore du domaine des rêves.

2.5.3 Une approche satisfaisante exige néanmoins que l'on s'engage à améliorer la santé des habitants des bidonvilles et des quartiers de squatters, et que les différentes institutions manifestent une volonté commune d'élaborer de concert les stratégies nécessaires à la satisfaction des besoins sanitaires des populations pauvres; il convient aussi de reconnaître que les collectivités défavorisées ont elles-mêmes un rôle important à jouer dans la mise au point des stratégies visant à l'amélioration de la santé.

SECTION 3
AMELIORER LA SANTE DANS LES GRANDES VILLES

3.1 INTRODUCTION

3.1.1 Les déterminants de la santé urbaine sont connus depuis quelque temps déjà et les informations ne manquent pas sur ce qu'il convient de faire pour améliorer la santé des populations citadines pauvres. Parmi les besoins essentiels figurent l'approvisionnement en eau potable, des conditions raisonnables de logement et d'assainissement, ainsi qu'un revenu familial suffisant. Il en est de même de la nutrition de base, notamment celle des mères et des enfants, qui comporte la mise à la disposition de chacun de produits simples de réhydratation par voie orale, sans oublier un programme de vaccination doté d'une très large couverture et l'offre de prestations médicales de base, y compris les services de maternité, qui soient capables d'assurer des soins adaptés aux risques.

3.1.2 A ces mesures, qui visent les familles, peuvent en être ajoutées d'autres qui dépassent le cadre familial, telles que celles qui intéressent la sécurité de l'environnement, la mise en place et la maintenance d'un système d'assistance sociale, ainsi que l'établissement des fondations d'une collectivité urbaine stable sur le plan de l'écologie - en d'autres termes une communauté dont les membres peuvent non seulement survivre dans l'immédiat, mais aussi évoluer à plus long terme dans le sens d'un prolongement de la vie, avec quelque espoir d'améliorer la qualité de celle-ci. Les villes ne fonctionnant pas comme des entités économiques et géophysiques isolées, il est important de prendre en compte un certain nombre de questions écologiques si l'on veut que la stratégie sanitaire puisse se soutenir. Les relations de la ville avec son arrière-pays rural et avec les zones urbaines voisines sont fondamentales à cet égard. La nature de ces relations, vraisemblablement complexes, variera d'une ville à l'autre, mais aucune stratégie de santé ne saurait oublier des questions telles que :

- (a) l'agriculture, la production vivrière, le commerce de détail et la nutrition;
- (b) l'industrialisation, l'utilisation des matières premières, l'élimination des déchets et la pollution;
- (c) les problèmes de transport (qui augmentent de façon géométrique avec l'expansion de la ville);
- (d) l'éducation et les soins de santé;
- (e) les loisirs et la protection;
- (f) les mouvements de population.

L'essence de ces relations est de tendre à la durabilité. Cela s'applique à toutes les villes, qu'elles soient ou non en expansion, qu'elles soient situées dans des régions développées ou dans le monde en développement.

3.1.3 En bref, ce n'est pas l'absence de connaissances scientifiques sur la conduite à tenir qui représente la difficulté majeure. Il est moins aisé toutefois de se déterminer sur la manière d'agir, bien que les vastes expériences acquises dans les grandes villes en matière de soins de santé primaires offrent aujourd'hui une masse d'informations qui doit permettre d'apporter des réponses à ce problème complexe.

3.2 NECESSITE D'UNE REPONSE A ASSISE LARGE

3.2.1 Un consensus est en train de s'établir progressivement sur la nécessité de répondre aux difficultés présentes par une stratégie ayant une large assise et sur la nature de laquelle de nombreuses théories ont déjà été émises. Cette stratégie doit, par exemple :

- (i) s'appuyer sur une information appropriée relative aux masses urbaines pauvres : qui sont les pauvres, où ils vivent, quels sont leurs principaux besoins en santé, comment ils sont organisés et dans quelle mesure ils peuvent faire face à leurs besoins. Répondre à ces questions n'est pas aussi simple qu'il y paraît, car les pauvres sont souvent dispersés dans les villes et les renseignements font défaut sur leur état de santé et leur situation sociale;
- (ii) refléter les préférences de la collectivité concernée, son intérêt, sa potentialité et ses engagements. Cette démarche exige l'adoption d'une politique prévoyant une participation de la collectivité à tous les travaux de planification et d'élaboration des stratégies, les décideurs étant comptables de leurs actes envers la collectivité elle-même; celle-ci doit apporter une contribution effective à l'application de la stratégie, afin de sortir renforcée de l'opération;
- (iii) englober la plupart ou la totalité des éléments identifiés à la précédente section (voir 2.4) et comporter la formation de personnel bénévole et d'agents communautaires à l'appréhension de ces diverses questions;
- (iv) aller dans le sens d'une réorientation des politiques, des compétences et des ressources dans le secteur de la santé en faveur d'une plus grande égalité devant les soins et d'une participation accrue des collectivités, et favoriser l'amélioration des soins médicaux de base, des soins préventifs, ainsi que de l'éducation et de l'information du public;
- (v) prévoir un engagement concerté et une action coordonnée dans d'autres secteurs d'activité, notamment le logement, l'éducation, l'industrie et les services urbains ainsi que le développement des infrastructures;
- (vi) inclure un dispositif de surveillance et d'évaluation, de manière que la stratégie soit réajustée en permanence sur la base de l'expérience acquise.

3.2.2 Bien que ce type de stratégie ait été souvent décrite et assez largement approuvée, elle conserve un caractère spéculatif étant donné que l'on ne trouve pratiquement nulle part d'exemple concret à ce sujet.

3.3 ROLE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

3.3.1 Les composantes et les concepts fondamentaux des soins de santé primaires (SSP) sont bien connus (voir encadré). Du fait que ce type de soins est axé sur la communauté, il constitue le point d'insertion qui convient à l'application d'une stratégie visant à améliorer la situation des masses urbaines pauvres.

COMPOSANTES ELEMENTAIRES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (9)

Education pour la santé
Approvisionnement alimentaire et nutrition appropriée
Eau potable et assainissement de base
Soins aux mères et aux enfants
Vaccination
Prévention des maladies endémiques
Traitement des maladies et traumatismes ordinaires
Fourniture de médicaments essentiels

CONCEPTS ELEMENTAIRES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (10)

1. Couverture universelle de la population, les soins étant assurés en fonction des besoins.
2. Les services doivent englober : la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation.
3. Les services doivent être efficaces, acceptables sur le plan des coutumes, abordables sur le plan financier et se prêter à une gestion satisfaisante.
4. Les collectivités doivent participer au développement des services de manière à encourager l'autoresponsabilité et réduire la dépendance.
5. Les approches en santé doivent comporter des liens avec d'autres secteurs du développement.

3.3.2 Les soins de santé primaires sont considérés comme l'élément clé qui doit permettre de réaliser la santé pour tous (SPT) et également comme une partie intégrante des systèmes de santé et de l'ensemble du développement social et économique de la collectivité concernée. (9,10) Un système de santé de district, fondé sur les soins de santé primaires, englobera les initiatives personnelles en matière de santé, les soins familiaux, l'action de santé communautaire, les services de premiers soins et les hôpitaux à l'échelon du premier recours. Ces considérations sont valables pour les systèmes de santé de district, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

3.3.3 Les activités de prévention et de traitement exécutées par la collectivité elle-même et à son propre profit donneront des résultats tangibles à bref délai et ne nécessiteront pas d'investissement financier important. L'amélioration de l'assainissement, de la nutrition et des soins prénatals, par exemple, permettra d'améliorer la santé de l'ensemble de la communauté. L'énergie, l'esprit d'initiative, la détermination et la volonté de survivre des masses urbaines à faible revenu sont aujourd'hui un fait admis. Il est de plus en plus évident que la réussite de tout programme de soins de santé primaires exige l'entière participation des collectivités locales, qui pourront ainsi prendre en charge l'amélioration des prestations de soins dont elles tireront également profit. Grâce à une participation communautaire à l'élaboration des politiques, de même qu'à leur exécution, il est possible de concevoir des services répondant explicitement aux besoins que les intéressés ont eux-mêmes exprimés et qui soient susceptibles de s'étendre aux familles les plus démunies. De même, les collectivités apprécient et entretiennent mieux les services à la mise en place desquels elles ont elles-mêmes contribué.

ADDIS-ABEBA

(Ethiopie)

Programme de SSP à l'échelle d'une ville

Addis-Abéba a mis au point un programme de soins de santé primaires qui fait intervenir différentes stratégies, dont la mobilisation de sa collectivité et la formation d'agents de santé de niveau communautaire.

A ces activités participent de nombreuses organisations, notamment :

- des groupements d'habitants;
- des associations de femmes et de jeunes;
- des syndicats;
- des institutions privées.

Des comités de soins de santé primaires ont été créés à différents niveaux.

Le programme élaboré pour la formation de travailleurs intéresse les agents de santé communautaires (ASC), les accoucheuses traditionnelles (AC) et les animateurs de l'action sanitaire de quartier.

S'il est prévu d'arriver à avoir un ASC et une AC pour 1000 habitants, on commencera par doter chaque "kebele" d'un ASC. La ville compte 284 kebeles, de 5000 habitants en moyenne. La formation des ASC a été précédée de programmes bien conçus de "formation de formateurs" pour améliorer les compétences de ces derniers en matière de communication et d'enseignement. Une enquête intermédiaire a été menée pour se faire une idée du degré d'implication et d'efficacité des ASC. Ses résultats donnent à penser que le conseil municipal doit continuer à soutenir et superviser les établissements sanitaires.

Les animateurs de l'action sanitaire de quartier sont des volontaires choisis au sein des associations de femmes et de jeunes; chacun doit prendre en charge un groupe de 30 à 40 familles. Ces animateurs appartiennent généralement eux-mêmes à ces groupes de familles. Ils doivent noter les naissances et les décès, dresser la liste des personnes à vacciner, et assurer chaque mois la pesée des enfants de moins de deux ans. Cette approche (actuellement limitée à la capitale) n'a pas encore été officiellement évaluée, mais on pense que le succès du programme de vaccination est en grande partie dû à ces volontaires.

L'un des gros problèmes auxquels se heurte le renforcement des programmes de SSP au niveau de la base est le manque d'un soutien efficient et efficace à l'échelon du district. On vient de mettre en place un système au titre duquel les médecins et autres personnels de santé sont affectés dans les services de santé des districts après avoir reçu une formation aux soins de santé primaires.

3.3.4 Une grande partie des ressources, notamment humaines, nécessaires à la prestation des soins de santé primaires peuvent être réunies au sein de la communauté elle-même. Il est possible de former parmi elle des agents de santé communautaires et elle est apte à fournir la main-d'oeuvre nécessaire pour mettre en place l'équipement de santé, les matériaux de construction étant offerts gratuitement ou à crédit par le gouvernement ou par des organisations non gouvernementales. Il est probable que les possibilités d'un partage des frais par la collectivité varieront d'un endroit à l'autre, en fonction de facteurs tels que le degré réel de pauvreté, le potentiel communautaire, des difficultés de financement et de la non-accessibilité des services dans certaines zones.

BEIJING

(République populaire de Chine)

Santé : peu de ressources, mais de bons résultats

L'exemple de Beijing montre bien que, même dans une ville qui s'est rapidement élargie, il est possible d'atteindre et de maintenir un niveau de santé relativement bon, selon des critères tels que l'espérance de vie, la mortalité maternelle, infantile et périnatale, les taux de vaccination ou l'incidence des maladies infectieuses.

Comparaison des taux de mortalité sur dix ans

Taux de mortalité	1979	1988
Femmes enceintes	33,4/100 000	30/100 000
Enfants de moins de 3 ans	14,39 %	11,9 %
Nouveau-nés	9 %	7,7 %
Période périnatale	15,4 % (1981)	11,87 %

A Beijing, les soins de santé sont financés selon trois modes :

Soins médicaux payés par l'Etat et par l'assurance des travailleurs	62 %
Assurance des travailleurs (pour leur famille) couvrant 50 % des frais, le reste étant payé par la famille	24 %
Paiement intégral par le patient, ultérieurement remboursé à 50 % par l'Etat	14 %

Le système actuel de soins de santé doit néanmoins faire face à un certain nombre de défis :

- (1) les dépenses de santé représentent 3 % du budget municipal mais on peut présenter de bons arguments en faveur de leur augmentation;
- (2) les soins de santé seraient plus complets avec la prise en charge par l'Etat d'une assurance sociale pour les résidents non assurés;
- (3) on pourrait développer les services de santé pour améliorer la qualité de la santé des individus (en même temps que l'on réduit la mortalité).

3.3.5 L'efficacité des soins de santé primaires dépend de l'action intersectorielle menée dans un grand nombre de domaines différents. Certains d'entre eux sont indiqués dans l'encadré ci-dessous.

ACTION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE LA SANTE

- Emploi, production de revenu, distribution du revenu
- Industrie
- Agriculture
- Approvisionnement alimentaire et nutrition
- Logement
- Assainissement et approvisionnement en eau
- Elimination des déchets solides
- Salubrité et conservation de l'environnement (y compris la lutte contre la pollution)
- Sécurité du régime foncier
- Réglementation raisonnable (mais réaliste) en matière de construction
- Transports
- Communications
- Education
- Reconnaissance du rôle des femmes
- Développement communautaire et attribution de pouvoirs à la communauté
- Equilibre de la population

CALIBAR
(Nigéria)

Elaborer une réponse intersectorielle

Dans la ville de Calibar, 40 % de la population sont à classer dans la catégorie des pauvres, définis comme ceux qui ne peuvent pas faire au moins un repas suffisant par jour.

De nombreux problèmes de ce groupe à faible revenu sont dus à la pauvreté, à l'insalubrité, à l'insuffisance des approvisionnements en eau et en denrées alimentaires, aux mauvaises conditions de logement, à la criminalité et au chômage. Ces problèmes ont été encore aggravés par le programme d'ajustement structurel consécutif aux embarras financiers du pays.

On éprouve d'évidentes difficultés pour a) développer des politiques municipales (du fait notamment que beaucoup de questions sont du ressort des instances régionales ou nationales), et b) obtenir plus qu'une participation minimale de la collectivité, même après des déclarations politiques d'engagement.

La ville a concentré ses efforts sur les problèmes de santé des femmes enceintes et des enfants de moins de deux ans, et de ce fait sur les services fournis par les agents de santé qualifiés et par les accoucheuses traditionnelles. Elle a mis en route un certain nombre d'activités dans le domaine des soins de santé primaires et les domaines connexes (programmes élargis de vaccination, réhydratation orale, logement, transports, etc.). On citera aussi quelques initiatives locales pour améliorer la santé et les soins de santé, par exemple des comités de gestion des soins de santé primaires, des comités locaux de santé, des organisations de développement de quartier.

3.3.6 Les collectivités établies dans les bidonvilles, lorsqu'elles bénéficient d'une solution politique appropriée, enregistrent des progrès lents, mais généralement sûrs. Elles travaillent de concert à améliorer leur environnement en construisant des routes, des crèches, des écoles et des dispensaires, et en organisant des systèmes d'évacuation des ordures et des eaux usées. La sécurité du régime foncier, ainsi qu'une petite aide financière et technique, de même que des possibilités de formation professionnelle offertes par des institutions gouvernementales ou non gouvernementales, peuvent permettre dans une large mesure à ces collectivités d'améliorer leur situation. Il est essentiel, pour parvenir à ce résultat, de changer de politique et, au lieu de refuser de reconnaître et d'appuyer la participation communautaire (ou de s'y opposer), il faut tout faire, aux contraire, pour autoriser ou encourager une action communautaire.

CALI
(Colombie)

Aider le micro-entrepreneur

L'importance du secteur "traditionnel" dans le développement urbain et en particulier celle du rôle du micro-entrepreneur n'est plus à démontrer à Cali. Pour soutenir et développer ce secteur, la Fondation Carvejal a élaboré un programme d'éducation adaptant les principes fondamentaux de l'administration des affaires aux toutes petites organisations - autrement dit, aux micro-entreprises.

Le micro-entrepreneur possède une bonne connaissance de son métier, mais pas de la gestion. Bien que les micro-entrepreneurs inscrivent le crédit en tête de leurs besoins les plus importants, la Fondation a constaté que, sans une éducation adéquate, le crédit pouvait être chose nuisible. Les micro-entrepreneurs qui ont reçu, en même temps que des crédits, une formation à la gestion ont estimé que c'est cette formation qui avait le plus contribué à l'amélioration de leur entreprise.

En septembre 1989, rien qu'à Cali, 11 000 micro-entrepreneurs avaient suivi au moins quatre cours de formation de base. Pour l'ensemble de la Colombie, ce chiffre s'élevait à 70 000, et 25 000 prêts (de US \$ 14 000 en moyenne) avaient été accordés, ce qui a entraîné directement la création de 30 000 emplois.

Comme exemples d'initiatives locales, on citera :

- (1) La construction de logements par les habitants eux-mêmes. Le fonctionnement du programme exigeant la coordination de différentes activités, son succès à Cali est dû à la bonne coopération des différentes institutions participantes.

Outre l'établissement des parcelles, de concert avec les services publics, c'est-à-dire la viabilisation des lots, les deux éléments les plus importants dans ce genre de construction sont les prêts destinés à augmenter le pouvoir économique des habitants, et la disponibilité, à proximité du chantier, de matériaux de construction. Il faut également apporter aux travailleurs un appui, en mettant à leur disposition des modèles architecturaux avec plusieurs variantes, en facilitant les démarches nécessaires pour obtenir l'approbation de la municipalité, en fournissant une assistance technique et en coordonnant l'activité des constructeurs voisins, pour qu'ils puissent s'aider mutuellement d'une manière organisée.

- (2) La fourniture d'entrepôts pour les matériaux de construction. Ils sont loués aux fabricants et aux hommes d'affaire qui vendent ces matériaux et versent aux ouvriers un pourcentage sur les ventes.
- (3) La collecte et le recyclage des déchets, les fonds servant à payer l'asphaltage des rues et à régler des services médicaux.

3.4 IMPORTANCE DES PRISES DE DECISIONS AU NIVEAU MUNICIPAL

3.4.1 Les prises de décisions à l'échelon municipal jouent un rôle essentiel à l'égard de la santé en milieu urbain :

- c'est à ce niveau seulement qu'une stratégie sanitaire applicable à l'ensemble de la ville peut être élaborée, de pair avec le "leadership" nécessaire à son application. Il faudra, pour cela, renoncer à l'objectif d'une croissance économique inconditionnelle pour s'orienter vers celui du progrès sanitaire et social de tous les citoyens, surtout les plus démunis;
- c'est essentiellement à ce niveau que les divers services et départements doivent être coordonnés en vue d'une action intersectorielle.

3.4.2 Toutefois, le processus décisionnel dont dépend la santé en milieu urbain s'opère à divers niveaux, dans la ville elle-même ou à l'échelon supérieur, et dans chaque cas, les prises de décision (ou leur défaut) incomberont à des personnes différentes.

3.4.3 Le processus décisionnel comporte donc différents niveaux, allant des organisations internationales à celui du ménage privé. Les intervenants diffèrent dans chaque cas. On en trouvera quelques exemples de cette situation dans l'encadré ci-dessous.

3.4.4 Etant donné sa position au centre de ces différents échelons décisionnels, la ville constitue la plate-forme naturelle qui permet de bâtir une stratégie sanitaire. Toutefois, la complexité de ce mécanisme de prise de décision nous conduit à deux autres conclusions :

- une stratégie sanitaire urbaine applicable à tous, y compris les groupes de population non desservis ou mal desservis, doit reposer sur de très larges appuis pour avoir quelques chances de succès. Cette démarche suppose à son tour l'existence d'une masse importante d'informations ainsi que des occasions de discussions, tant au sein des autorités municipales et des collectivités qu'au niveau national;
- la nécessité s'impose d'une coordination des prises de décision et des engagements voulus pour parvenir à ce résultat dans le cadre des diverses organisations concernées. Faute de quoi les décideurs seront sans cesse contrecarrés dans leur action par d'autres décisions échappant à leur contrôle. Il est donc nécessaire de mettre en place un dispositif ou une méthodologie garantissant des consultations et une coordination à la fois verticales et horizontales pour toutes les décisions intéressant la santé des populations urbaines.

LES DIFFERENTS ECHELONS DES PRISES DE DECISIONS EN MATIERE DE SANTE DANS LES VILLES

International :

Sociétés privées/Ententes gouvernementales/ONG/Organismes d'assistance ...

National :

Ministère de la Santé/Autres départements/Grand commerce/ONG/Groupements politiques/...

Municipal :

Départements des autorités locales/Conseils de la Santé/Commerce local/ONG/Organisations communautaires/Syndicats/Milieux professionnels/Etablissements d'enseignement universitaire/Groupements politiques/...

Communautaire :

Personnel des services publics/Organisations bénévoles/Commerce local/Représentants des collectivités/ONG/Ecoles/Organisations communautaires locales/Groupements politiques/Organisations religieuses/...

Familles et individus

3.4.5 Il est évident que, en raison des incertitudes relatives à la cohésion au niveau municipal dans l'élaboration des stratégies, il peut s'avérer nécessaire d'envisager des dispositions provisoires. C'est ainsi que différents quartiers de la ville, offrant certaines particularités, ou de larges zones de la ceinture urbaine, pourraient adopter des principes communs ou partager certaines initiatives précises visant à encourager l'égalité devant les soins.

3.5 OBSTACLES A L'ACTION

3.5.1 Si l'accord s'est fait assez largement sur la portée et la substance d'une stratégie appropriée, pourquoi les réalisations marquent-elles un retard ? On ne saurait décemment ignorer que des obstacles réels s'opposent au progrès. Notamment :

- (i) la trop grande disparité entre les ressources disponibles et celles qui sont nécessaires et la difficulté d'opérer un quelconque réaménagement de ces ressources, même lorsqu'une modification structurelle des dépenses paraît indispensable;
- (ii) un déséquilibre entre les lourdes responsabilités qui pèsent sur les responsables municipaux et (souvent) les limitations de leur autorité et de leurs ressources financières;
- (iii) la complexité des services publics et le manque de cohérence entre leur différents échelons, si bien que (par exemple) il ne sera prévu dans les plans de développement et les politiques sanitaires au niveau national qu'un soutien insuffisant, sinon inexistant, aux programmes locaux visant à améliorer la santé des classes urbaines pauvres, ou (pour prendre un autre exemple) l'interdépendance économique, environnementale et sociale de la ville et des campagnes qui l'entourent ne se traduira pas dans des politiques et une action communes;
- (iv) l'absence de statut juridique et de régime foncier dans beaucoup de communautés urbaines pauvres, et également l'absence d'organisations communautaires et de moyens d'expression politique. Ce défaut d'autorité est souvent à l'origine d'un manque de confiance du pauvre envers l'autorité établie, et aussi d'une prédisposition défavorable et d'une discrimination à son égard de la part des autres citoyens;

COLOMBO
(Sri Lanka)

Le développement communautaire dans le Projet de Colombo

Le Projet de Colombo, lancé en 1979, concerne à la fois l'amélioration de l'environnement et le développement communautaire dans les taudis et les bidonvilles de la cité.

C'est là que vivaient à l'époque jusqu'à 50 % (315 000 individus) des habitants de la ville, appartenant pratiquement tous à la catégorie des citoyens pauvres, avec un revenu mensuel moyen de SL Rs 80,- par personne, soit moins de US \$ 2,50. Ils connaissaient évidemment de nombreux problèmes sur le plan de la santé : incidence élevée de la morbidité et de la mortalité infantile et juvénile, carences nutritionnelles et maladies liées à l'eau, insalubrité de l'environnement, manque d'assainissement et de services de base. Plus importants peut-être encore, le manque de droit des habitants sur les terres et les habitations et l'instabilité de leurs conditions de vie, qui les empêchaient de s'organiser au niveau communautaire pour améliorer leur situation.

Le succès du Projet de Colombo a été déterminé par un certain nombre de facteurs critiques, dont on citera quatre ici :

- (1) le projet est arrivé au bon moment pour bénéficier d'initiatives politiques nationales opportunes en matière d'habitat et de régime foncier;

- (2) il n'aurait pas été possible de réaliser grand chose s'il n'y avait eu, aux niveaux les plus élevés, volonté, engagement et appui politiques pour améliorer la situation des citoyens pauvres;
- (3) on a constaté que la mise en place d'aménagements (bénéfice visible apporté par le projet) était une condition préalable nécessaire à l'obtention de la participation communautaire au projet;
- (4) les agents de l'échelon communautaire (les "gardiens de la santé") se sont montrés plus aptes à interagir avec la communauté et à promouvoir l'identification des besoins de santé que l'agent de terrain traditionnel (inspecteur de la santé publique, sage-femme, infirmière).

Lancé à l'origine dans 300 collectivités des quartiers de taudis, le programme est petit à petit arrivé à s'assurer la participation de la communauté et il s'est développé aussi bien en ce qui concerne son contenu (pour répondre à des besoins communautaires définis) qu'en ce qui concerne la couverture territoriale (autres quartiers de taudis et de bidonvilles).

- (v) obstacles administratifs à une action intersectorielle et méfiance à l'égard de ce qui est parfois considéré comme une tentative des services de santé de s'approprier par avance de maigres ressources;
- (vi) obstacles, collusions et prises de position au sein même des milieux de la santé, et manifestation fréquente d'une introversión regrettable de la part de la médecine hospitalière qui, souvent, fait trop peu de cas de la contribution qu'elle doit apporter aux besoins sanitaires des populations urbaines pauvres. (Il arrive que les milieux médicaux s'attachent essentiellement à soigner et guérir les malades hospitalisés, au détriment des consultations externes, des soins préventifs et des prestations à vocation communautaire);
- (vii) complexité administrative aussi bien dans les services gouvernementaux qu'en dehors de ceux-ci, par exemple en ce qui concerne les organisations non gouvernementales (ONG), les sociétés privées et les institutions internationales, avec toutes les difficultés rencontrées en essayant d'obtenir une collaboration efficace entre ces divers organes, amenant à l'action à la base;

LAGOS
(Nigeria)

Un exemple d'action intersectorielle

La population de la zone métropolitaine de Lagos (5 250 000 habitants en 1988) augmente au rythme d'un peu plus de 3 % par an; 1 300 000 personnes environ vivent dans des taudis.

Pour mener à Lagos la lutte contre les inégalités dans la domaine de la santé et ouvrir aux pauvres l'accès aux soins, il faut un engagement permanent du Gouvernement fédéral et de celui de l'Etat, ainsi que des autorités de la ville et des circonscriptions voisines. Parmi les actions entreprises, on citera :

- L'approvisionnement en eau : création de "ministations" (ce sont des forages profonds avec une installation de traitement compacte) en des points stratégiques de zones à population dense. Dans les quartiers pauvres, le taux d'accès à une eau saine est encore bien inférieur à la moyenne pour la zone métropolitaine (45 % contre 85 %).
- Habitat : construction de maisons à prix bas et modérés, vendues à des taux préférentiels.
- Education : installation dans chaque communauté de salles de classe de type normalisé.
- Transports : un "programme de transit de masse" doit fournir des autobus aux banlieusards et aux étudiants, améliorer les routes, développer les voies d'eau et les bacs.
- Nutrition : programmes d'amélioration de la nutrition, liés à des programmes de mise à disposition de terres agricoles contre une faible redevance et d'encouragement à la production vivrière.
- Assainissement : le système des tinettes pour l'évacuation des excréta humains a été aboli en 1986, en même temps que, par des subventions, on encourageait chaque foyer à construire à la place des cabinets à eau. On a institué des journées spéciales de l'assainissement, qui se tiennent chaque mois, au cours desquelles les gens ne doivent se déplacer que le moins possible et sont tenus, sous peine d'amende ou de prison, de nettoyer leur habitation et ses alentours. Le système d'évacuation des déchets solides demeure beaucoup moins adéquat dans les quartiers pauvres (25 %) que pour l'ensemble de Lagos.
- Soins de santé primaire : le Programme prévoit la construction de comités de santé locaux, la formation d'agents de santé de quartier, la commercialisation de la distribution des contraceptifs, l'enseignement systématique aux mères de l'utilisation des SRO, et le recours à des Journées de Vaccination (nationales ou d'Etat) avec des équipes PEV mobiles qui se rendent sur les marchés.
- Développement communautaire : des programmes spéciaux sont prévus pour les femmes (le Programme Vie meilleure), les mères et les enfants.
- Réadaptation des indigents : cette action (qui n'a eu qu'un succès limité) vise à recueillir et réadapter des indigents et des mendiants.

En dehors des programmes mis en place par les pouvoirs publics, de nombreux groupements de bénévoles travaillent à Lagos et apportent leur aide aux programmes de santé destinés aux couches urbaines défavorisées; on citera en particulier la vigoureuse action menée par des femmes juristes contre l'abus des drogues.

- (viii) parfois, absence de tout moyen propre à mettre en oeuvre une stratégie générale efficace de santé, ou même des stratégies partielles génératrices de progrès, et absence de tout engagement politique en faveur de l'application de ces stratégies;

- (ix) prise de position en faveur du développement et de la croissance économique, sans tenir compte des effets adverses de cette politique et de ces programmes sur la santé des populations urbaines pauvres. Un autre aspect du problème est la mise en application de politiques d'adaptation structurelle en période de crise économique, sans que soient atténués les pires effets de cette attitude sur les citoyens pauvres;
- (x) manque de compétence, par exemple en matière d'analyse et de formulation des politiques, de gestion des services de santé ainsi que de surveillance et d'évaluation; il peut aussi y avoir, dans certains cas, une absence d'autorité politique;
- (xi) incapacité de résoudre à l'échelon municipal divers problèmes qui ne peuvent être gérés qu'au niveau des autorités régionales ou centrales, ou même internationales, comme par exemple (dans certains cas) les incidences désastreuses du remboursement de la dette.

3.5.2 Jusqu'ici, les exemples de réussite de projets pertinents sont plus nombreux lorsque ceux-ci sont exécutés à une échelle très réduite qu'au niveau de l'ensemble d'une grande ville. Il s'avère difficile de passer de ces initiatives isolées à une stratégie globale, car ce changement ne s'opère pas spontanément. Le problème de l'institutionnalisation des projets de SSP a été récemment étudié par ailleurs. (6)

3.5.3 D'un autre côté, il est bien entendu que l'on peut, au départ, appliquer une stratégie globale, mais il faut alors commencer par prendre en considération la réalité des modes de vie locaux avant que cette stratégie puisse s'appliquer à telle ou telle collectivité et aux populations voisines, compte tenu de la situation, des problèmes, des craintes et des espoirs propres à chacune de ces groupes de population.

3.5.4 Il est donc indispensable de conférer des pouvoirs aux collectivités pauvres. Cela nécessite une ferme volonté, de la patience et des aptitudes particulières. Il faut également faire appel à des structures et à des méthodes d'organisation aux dimensions de la ville tout entière pour pouvoir encourager et appuyer une intervention au niveau local.

3.6 LES INSTRUMENTS D'UNE PRISE DE DECISION EFFICACE

3.6.1 Les activités de soins de santé primaires sont susceptibles de compter parmi les moyens les plus efficaces, en comparaison de leur coût, d'amélioration de la situation sociale, mais encore faut-il en apporter la preuve, documents à l'appui. C'est ainsi qu'il conviendrait d'envisager, pour la planification et les prises de décisions, de recourir à un certain nombre de méthodes particulièrement efficaces.

3.6.2 L'analyse de situation : Cette méthode peut servir à recenser et analyser les problèmes en rapport avec la santé qui se posent dans une grande ville, de même que les ressources disponibles pour y faire face. Il faut pour cela réunir des données générales et particulières, sur la base de renseignements d'ordre quantitatif et qualitatif provenant de sources officielles ou non. L'analyse de ces renseignements, à partir d'une approche en équipe avec une rétroaction de l'information de la part des principaux contributeurs, y compris les membres de la communauté, doit permettre d'identifier les problèmes et les besoins prioritaires en santé qu'il s'agit de maîtriser au niveau municipal, et aussi de savoir quels sont les principaux responsables chargés de ces questions, ainsi que les ressources qu'il est possible de mobiliser à l'échelon communautaire, municipal et national.

BANGKOK
(Thaïlande)
Analyse de situation
au travers de l'Enquête sur les besoins essentiels minimaux

Depuis un certain temps déjà, la ville s'est engagée à mettre en place des services urbains de soins de santé primaires (par l'intermédiaire d'agents bénévoles), mais on s'est rendu compte que cet engagement à lui seul n'était pas suffisant; il ne permettait ni d'assurer des soins adéquats au niveau des individus, ni de répondre aux besoins des collectivités, surtout dans les quartiers pauvres.

On a donc adopté comme approche du développement le concept des "besoins essentiels minimaux" (BEM) parce qu'il est "d'orientation sociale, basé sur la communauté, intersectoriel ... et scientifiquement valable". Il fait entrer en jeu huit éléments :

- les apports alimentaires;
- le logement;
- les services de base (santé, éducation);
- la sécurité;
- la culture et les habitudes;
- la création de revenus;
- la planification familiale;
- la participation communautaire et le respect des lois.

En 1987-1988, 80 communautés de Bangkok ont mené une enquête BEM. On a pu constater que les problèmes physiques se classaient au premier rang, suivis par les problèmes socio-économiques, sanitaires et comportementaux. Parmi les grands problèmes de santé on comptait la planification familiale, la santé maternelle et infantile et la nutrition. La même enquête sera reprise chaque année, aux fins de contrôle et d'évaluation. Une nouvelle section a été chargée des problèmes du développement communautaire et de la création de revenus, et 17 postes nouveaux ont été ajoutés à l'organigramme de chaque district; les autorités municipales de Bangkok prévoient d'élargir à 80 nouvelles collectivités au moins chaque année la couverture de développement communautaire. A l'heure actuelle, on en est encore au stade de l'apprentissage et des premiers pas. Il apparaît essentiel de faire prochainement de certaines collectivités des lieux et des bases de formation pour des personnes venant d'autres collectivités dans un proche avenir. Des programmes communautaires de formation en santé pour tous par l'approche des besoins essentiels minimaux nous aideront à parvenir plus vite à une couverture totale.

3.6.3 Etude des diverses options : La planification peut être facilitée grâce à un examen des diverses méthodes d'intervention susceptibles de s'appliquer à ces besoins prioritaires. Le choix de ces options dépendra des facteurs suivants :

- les techniques disponibles;
- la situation locale, notamment les structures et la capacité des collectivités et des autorités gouvernementales;
- les informations provenant de projets pilotes (locaux et autres);
- les modèles de projection de coûts et bénéfiques obtenus selon différentes approches.

3.6.4 Planification de la participation : Il faut obtenir la participation des fonctionnaires nationaux et municipaux de tous les services concernés, à savoir l'eau, l'assainissement, le développement social et communautaire, de même que la santé, ainsi que des représentants de diverses collectivités appartenant aux milieux urbains pauvres.

LUSAKA
(Zambie)

Un exemple de planification de la participation : Kamanga Township

En 1987, un comité intersectoriel constitué par le Conseil de District urbain de Lusaka a choisi le Township de Kamanga comme un secteur particulièrement défavorisé (occupants sans titre de propriété, mauvais approvisionnement en eau, insalubrité de l'environnement, faiblesse des revenus). Trois enquêtes de base ont été réalisées, sur les problèmes économiques et sociaux, sur la santé, et sur l'approvisionnement en eau, à la suite de quoi le comité intersectoriel a organisé un atelier à l'intention des dirigeants communautaires et de ceux qui font l'opinion dans le Township. Il s'agissait de discuter des conclusions de l'enquête et de recueillir l'avis des dirigeants communautaires sur les priorités d'action et les perspectives de développement du Township, avec leur collaboration. Les participants ont :

- établi un classement des priorités (l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'habitat, l'élimination des ordures occupant les trois premières places);
- proclamé l'engagement de la communauté de Kamanga envers l'autoassistance individuelle et mutuelle; ainsi par exemple, la construction des maisons et des latrines serait l'affaire des foyers eux-mêmes, tandis que la communauté aurait à s'occuper de l'approvisionnement en eau et de la fourniture d'une série de services;
- promis, au nom de la communauté de Kamanga, des contributions, financières et autres;
- déclaré l'engagement des dirigeants politiques locaux à organiser la collectivité selon diverses formes de participation.

Le Comité directeur a formulé un plan d'action réfléchissant les préoccupations de la communauté, et s'est mis en campagne pour "vendre" les propositions à divers instituts de financement potentiels, projet par projet.

3.6.5 Surveillance continue et évaluation : La surveillance continue peut être définie comme un processus interne s'appliquant par exemple aux activités suivantes : assurer la couverture prévue, vérifier les comptes, faire face aux échéances, etc. Il est indispensable d'utiliser à cet égard des méthodes de mesure appropriées. L'évaluation, d'autre part, consiste essentiellement à mesurer les résultats obtenus et à les comparer aux dépenses engagées. On utilisera souvent dans ce but des résultats cibles sur lesquels on s'intend au début de l'intervention (par exemple, réduire de X % les différences entre les taux de mortalité précoce dans les différents quartiers d'une ville). Il est habituellement fait appel, dans une évaluation de ce genre, à des concours extérieurs, en même temps qu'aux responsables de l'intervention. Dans cette optique, la surveillance continue nous renseigne sur la faisabilité et l'état d'avancement des travaux exécutés dans le cadre d'une option déterminée. L'évaluation nous permet d'apprécier leur efficience et leur efficacité.

3.6.6 Pour l'étude des diverses options et la prise de décision, il est indispensable de réunir et d'évaluer une documentation, en se demandant par exemple :

- (a) Quels sont les problèmes essentiels et comment ont-ils été identifiés?
- (b) Comment et pourquoi des interventions spéciales ont-elles été décidées?
- (c) Quelles ont été les modalités de consultation, à quel stade celles-ci ont-elles eu lieu?
- (d) Comment l'intervention s'est-elle déroulée? Existe-t-il une documentation illustrant le processus d'exécution du projet (à savoir une surveillance continue)?
- (e) Quel a été le résultat de l'intervention (à savoir l'évaluation)? Il s'agit de fournir des indications sur les améliorations d'ordre sanitaire et le coût de l'intervention. Quelles ont été les mesures choisies à cet effet et pourquoi? Les informations obtenues permettent-elles de procéder à une analyse coût-avantages?
- (f) Les renseignements disponibles permettent-ils d'évaluer les possibilités de répétition du projet? Y a-t-il d'autres renseignements (peut-être d'ordre plus qualitatif que quantitatif) susceptibles d'aider à apprécier ces possibilités?
- (g) Quels ont été les échecs et les lacunes, quelles en ont été les raisons et combien ont-ils coûté?

3.6.7 L'obtention d'un large appui (voir 3.4.4) exige un exposé précis des faits et une communication efficace à tous les niveaux et à chaque stade des activités; c'est une condition essentielle à l'application de toute stratégie sanitaire dans une grande ville. Cette opération réunira :

- le public (y compris les collectivités locales)
- les politiciens
- les administrateurs
- les milieux professionnels.

Il ne s'agit pas là d'une politique d'étude de marché arrêtée à l'avance, ni même d'une simple question d'éducation, mais plutôt d'un système à double effet permettant de partager les difficultés et d'explorer les diverses solutions. Une approche en équipe des prises de décision facilitera cette tâche.

3.6.8 La mesure dans laquelle il sera possible de disposer de tels instruments dépendra d'un certain nombre de facteurs, par exemple :

- les disponibilités en ressources locales
- les délais à respecter
- les ressources financières
- les structures existantes.

3.6.9 Pour une méthode de prise de décision rapide mais efficace, veuillez vous reporter à l'encadré ci-après - Appréciation rapide de la situation, (11) Cette méthode a été élaborée et mise au point dans le contexte de diverses situations en milieu urbain et elle se fonde sur les principes d'égalité devant les soins qui font partie de la Santé pour Tous, de même que sur une participation communautaire et une collaboration intersectorielle.

METHODE D'APPRECIATION RAPIDE DE LA SITUATION (11)

1. Décider des informations nécessaires.
2. Décider des moyens d'obtenir ces informations :
 - documents;
 - entretiens avec des informateurs de première main;
 - observations.
3. Recueillir les informations.
4. Analyser les informations :
 - données et "bons sens" professionnel.
5. Etudier les résultats avec les principaux informateurs.
6. Etablir les priorités.
7. Dresser un plan d'action.
8. Surveiller et évaluer.

3.6.10 Cette méthode d'appréciation rapide de la situation comporte deux avantages fondamentaux. En premier lieu, les populations locales participent dès le début à la délimitation des problèmes et à la fixation des priorités. En deuxième lieu, cette méthode est riche d'enseignements pour les milieux professionnels. Elle ne doit cependant être considérée que comme un point de départ et il est possible qu'il faille l'appliquer dans plusieurs quartiers différents d'une même ville pour obtenir une base générale d'information qui permettra d'élaborer un plan d'action en santé.

3.7 ASSURER L'ENGAGEMENT

3.7.1 La section 3.6 vise essentiellement à une meilleure rationalisation. Quelle que soit l'importance de celle-ci, elle ne suffit pas en elle-même. En fait, il peut être parfaitement inutile de concentrer les efforts exclusivement sur les techniques d'analyse alors qu'il est avéré que les obstacles principaux ne viennent pas d'une absence d'informations.

3.7.2 C'est ainsi que toutes les organisations humaines sont, dans une plus ou moins grande mesure, prisonnières de leurs propres structures. C'est pourquoi la mise en place d'activités intersectorielles exigera probablement la création de groupes étrangers à ces structures, comme par exemple :

- des comités et des groupes de travail interdépartementaux;
- des groupes de travail se consacrant à une tâche commune;
- des conseils de quartier chargés d'exprimer les opinions émises au sujet d'une large gamme de services dans leur circonscription;
- des équipes stratégiques présidées par un haut responsable municipal et chargées de soutenir les activités de SSP dans l'ensemble de la ville.

ETAT DE SÃO PAULO
(Brésil)

De la centralisation à la décentralisation dans le système de santé

Au Brésil, le système de santé était non seulement extrêmement centralisé au niveau fédéral, mais aussi fragmenté entre différentes institutions qui s'efforçaient de répondre aux besoins de la population dans le même secteur géographique. La situation a changé dans l'Etat de São Paulo avec la mise en place du SUDS, un système de santé unifié et décentralisé coordonné par l'Etat. Dans le cadre d'un processus de "municipalisation" 560 municipalités de l'Etat de São Paulo sur 572 (la capitale étant exclue pour le moment) ont eu autorité pour gérer, entre autres, les questions de santé locales, en même temps qu'elles bénéficiaient d'un contrôle sur l'ensemble des ressources des services de santé autrefois administrées par les autorités fédérales, de l'Etat et locales. Les municipalités avalisent leurs plans et examinent les résultats obtenus en concertation avec 62 autorités sanitaires régionales agissant au nom de l'Etat. Les décisions approuvées à ce stade sont communiquées à l'administration sanitaire centrale de l'Etat pour signature et mise en application des contrats dans le cadre du budget et des politiques de santé de l'Etat.

Ces dispositions permettent de laisser une autonomie appréciable aux instances locales sans qu'il y ait véritablement perte de contrôle au niveau de l'Etat. Des investissements supplémentaires considérables dans le système de santé ont également été réalisés dans ce cadre.

D'ores et déjà certaines indications montrent que l'initiative est un succès. Les taux de vaccination (DTC, poliomyélite, rougeole, BCG) sont passés de 75-85 % en 1987 à 90-98 % en 1989. Les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus ont touché en 1989 50 % des femmes, contre 8 % seulement auparavant.

Pour ce qui est des taudis, un projet vise à créer dans ces quartiers des Centres avancés de santé, des Centres pour le développement de l'enfant, et des installations sanitaires collectives (bains, toilettes, lavabos). Les centres de santé dispenseront 12 heures par jour les soins ambulatoires (soins médicaux, petite chirurgie, traitements, activités de soutien). Les centres pour enfants prendront en charge les enfants de 0 à 6 ans (puériculture, hygiène, alimentation, éducation, soins de santé).

3.7.3 L'isolement et l'absence de pouvoir des masses urbaines pauvres constituent un deuxième obstacle de caractère administratif (3.5.1). L'absence de tout statut les concernant (ou parfois même de toute reconnaissance de la qualité de citoyen) ainsi que la méfiance à l'égard de toute autorité se conjuguent souvent à un manque de temps ne permettant pas de s'atteler à une activité qui ne paraît pas indispensable à la survie.

3.7.4 Les organisations intersectorielles (3.7.2) sont toutes excellentes en soi, mais elles ne peuvent pas faire grand-chose lorsqu'il se manifeste entre elles des oppositions, ouvertes ou non, au sein des principaux départements qu'elles sont censées représenter. Trop souvent, les soins de santé primaires ont été institués sous forme

d'une politique ou d'une activité gestionnaire distinctes, sans impact sur le reste de l'administration et peut-être même avec un certain sentiment d'hostilité de la part de celle-ci. C'est pourquoi il peut s'avérer nécessaire de procéder à des remaniements dans ces autres secteurs de l'administration - comme par exemple le ministère de la santé ou le département municipal de la santé - avant que les soins de santé primaires ne puissent être pris sérieusement en considération. De même, il sera nécessaire d'introduire de substantiels changements d'idées, ainsi que des modifications dans l'équilibre des pouvoirs entre l'administration sanitaire et la profession médicale, afin que cette hostilité cède la place à une compréhension, une collaboration et une assistance indispensables. Les universités en général, et plus particulièrement les facultés de médecine et de soins infirmiers ont un rôle important à jouer, car ce sont elles qui modèlent les attitudes et les compétences des personnels médicaux, infirmiers et autres. Elles peuvent se mettre à la tête de projets de soins de santé primaires dans les quartiers pauvres qui ne sont jamais très loins d'elles, et leur contribution est indispensable sur les plans de la surveillance, de l'évaluation et de la recherche. Dans ce domaine, les organisations non gouvernementales ont elles aussi apporté de très précieuses contributions.

KARACHI
(Pakistan)

Exemple de contribution d'une université aux SSP

Karachi, ville de quelque neuf millions d'habitants, s'étend sur une surface considérable, et sa population continue à s'accroître de 6 % par an. L'agglomération s'est développée surtout à cause de l'afflux de ruraux - notamment de ceux qui sont arrivés de campagnes éloignées après la division du territoire - si bien que la population est extrêmement disparate et que la ville ne se sent pas de racines dans son arrière-pays.

Bien que, selon les normes régionales, Karachi soit une ville relativement riche dans un pays relativement riche, 40 % environ de ses habitants vivent dans des taudis ou des bidonvilles.

Depuis 1985, le Département des Sciences de Santé communautaires de l'Université Aga Khan élabore et met à l'épreuve dans des contextes urbains et ruraux des modules de soins de santé primaires (SSP) qui paraissent devoir assurer des services efficaces à un prix abordable, et aussi servir de prototypes pour des systèmes de SSP que pourraient mettre en place des autorités municipales ou provinciales. Ces terrains d'essai servent aussi de lieux de stage où les étudiants en médecine et en soins infirmiers de l'Université Aga Khan viennent se familiariser avec les principaux problèmes de santé qui se posent au Pakistan. Enfin, on peut y mener des activités de recherche sur les services de santé et de développement des personnels de santé. Des sept sites urbains, six se trouvent dans les "katchi abadia", qui comptent parmi les zones les plus pauvres de la ville.

Dans la mise en oeuvre du programme de SSP, l'accent est mis principalement sur la participation communautaire, le financement communautaire, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, la mise en place d'une infrastructure de SSP, la constitution de systèmes d'orientation/recours, la fourniture de traitements efficaces pour les maladies courantes et la promotion de la collaboration intersectorielle.

3.7.5 Nous avons déjà mentionné (3.6.7) la nécessité d'un exposé précis des faits et d'une communication efficace dans les deux sens. Soulignons ici qu'il s'agit d'une question politique, dans le sens large du terme, mais pas nécessairement d'une affaire de politique de parti. Il n'y aura de changement fondamental de politique en matière

d'affaires publiques, ainsi que l'exigent les soins de santé primaires, que si ce changement est accepté par le public et relève d'une ferme volonté d'agir de sa part. La prise en charge des problèmes sanitaires des citoyens pauvres a souvent pour déterminant principal la volonté politique. Cela signifie qu'il faut rechercher des occasions d'exercer une influence sur les principaux politiciens, dirigeants et penseurs, et façonner l'opinion publique dans ce sens (démarche qui aura à son tour une influence sur ceux qui détiennent le pouvoir ou aspirent à celui-ci). Par ailleurs, les pauvres éprouvent souvent à l'égard des autres, y compris les personnalités officielles, des sentiments d'aliénation et de méfiance. S'il n'y a pas de solutions faciles, l'égalité des droits politiques pour tous les citoyens aide certainement les défavorisés à augmenter leur influence politique et leurs possibilités de s'aider eux-mêmes.

MANILLE

(Philippines)

Manille prend de l'élan - Le Maire et l'action au niveau local

Manille, où près de deux millions d'habitants s'entassent à environ 50 000 au km², est divisée administrativement en 899 villages, ou "barangays", dont 234 sont classés comme "défavorisés". Pour s'attaquer aux problèmes des inégalités et du dénuement, la Ville de Manille a pris des mesures visant à alléger les difficultés les plus graves et a cherché aussi des remèdes plus fondamentaux. Elle a mis en place à cette fin un plan de développement quadriennal (1989-1992), avec une composante sanitaire multifactorielle qui fait appel à la participation.

Ces efforts ont leur mérite, mais sentent un peu la bureaucratie. Le Maire de Manille y a ajouté un élément personnel et politique spécial avec le programme MANILLE PREND DE L'ELAN. Une équipe médico-auxiliaire volante, à la disposition personnelle du Maire, est envoyée chaque jour dans un barangay pour y faire ce que les dirigeants locaux désirent voir réaliser.

S'il est évident que ce système présente certains dangers (le favoritisme politique, l'opportunisme ne risquent-ils pas de modifier les priorités du Plan municipal? Les barangays seront-ils choisis en fonction de leurs besoins - ou pour des raisons politiques? L'équipe ne restera-t-elle pas trop peu de temps en un lieu donné pour pouvoir agir utilement?), il a aussi des avantages potentiels. Il établit une liaison directe à double sens entre les dirigeants de la collectivité locale (au niveau d'un barangay de 2000 habitants en moyenne) et le Maire, donnant la preuve de l'engagement de ce dernier à venir en aide à ses administrés et renseignant en permanence l'autorité municipale sur la situation dans les communautés déshéritées et sur les priorités telles que les voient les dirigeants de ces communautés.

3.7.6 Enfin, il serait vain de ne pas reconnaître la puissance de l'argent. Sans argent, on ne peut pas faire grand-chose. Dans les périodes de difficulté économique, les programmes les plus menacés sont les projets d'infrastructure et les services spécifiquement destinés aux classes pauvres et sans pouvoir. On considère souvent la santé comme un puits sans fond, du point de vue des ressources publiques. Cela signifie qu'il faut mobiliser des ressources additionnelles chaque fois que cela est possible (y compris les ressources provenant des populations pauvres elles-mêmes) et opérer dans ce budget des transferts de crédits en faveur des SSP. Même s'il n'est pas possible de pratiquer l'opération sur une grande échelle, on peut souvent se contenter d'un départ relativement modeste. En outre, l'augmentation faible, mais régulière, de tels transferts, lorsqu'elle se poursuit pendant une longue période, est génératrice de changements plus importants. Une évolution de ce type peut s'opérer grâce à une politique suivie de budgétisation (lorsque celle-ci existe) reposant sur des plans stratégiques à long ou à moyen terme.

SEOUL
(Corée)

Financement des soins de santé pour tous

Séoul est une ville en plein essor de quelque 10 millions d'habitants, soit environ le quart de la population de la Corée du Sud - un pays dont la richesse augmente de façon spectaculaire et qui connaît une industrialisation et une urbanisation rapides. Et pourtant la pauvreté n'est pas inconnue à Séoul, où de nombreuses familles vivent pratiquement dans la misère sur des terres que menace le développement commercial.

Un programme d'assistance médicale aux plus nécessiteux a été mis en place en 1977. Il comporte différentes catégories, selon que les soins ambulatoires et hospitaliers sont totalement gratuits, ou en partie seulement. Environ 3,5 % de la population de Séoul peuvent prétendre au bénéfice de ce programme. Toutefois l'assurance-maladie, qui couvre depuis longtemps les employés des grandes organisations, est progressivement étendue à l'heure actuelle à toute la population. En juillet 1988 l'assurance-maladie des salariés est devenue obligatoire même pour les petites entreprises n'employant pas plus de cinq personnes. C'est plus ou moins à la même époque qu'une assurance à base territoriale a été mise en place dans les zones rurales pour ceux qui n'étaient pas couverts par une assurance salariés.

Le système a été étendu en 1989 aux zones urbaines. A Séoul par exemple, on trouve 22 unions d'assurances territoriales couvrant chacune un quartier particulier et administrée par un comité élu. Les primes, mensuelles, sont calculées en fonction du nombre de membres de la famille et des moyens dont elle dispose. Les familles possédant une voiture doivent payer une prime supplémentaire tandis que les familles à faible revenu et comptant plus de quatre membres sont exemptées de la prime familiale de base. L'Etat prend à sa charge 50 % des dépenses du plan.

Sa prospérité croissante permet à la Corée de consacrer plus d'argent aux soins de santé, y compris à ceux destinés aux pauvres. Le pays a choisi de le faire en élargissant le plan d'assurance-maladie de manière à couvrir pratiquement tous les citoyens, plutôt qu'en développant le filet de sécurité des programmes de soins médicaux.

3.8 PLAN DE SANTE MUNICIPAL : BLOC, OU PROGRESSION TACTIQUE?

3.8.1 Comme, pour être efficace, une stratégie sanitaire doit être intrasectorielle et faire appel à un engagement commun, du niveau de base au niveau national, un plan de santé municipal en un seul bloc paraît s'imposer. Sur le plan conceptuel, c'est la meilleure solution, et certaines villes ont constaté que non seulement elles pouvaient établir pareil plan, mais que cette démarche représentait un grand pas en avant. D'un autre côté, la préparation d'un tel plan n'est pas une fin en soi, ce n'est qu'un moyen. Diverses municipalités ont trouvé plus facile de prendre une série de mesures pratiques et progressives tendant à la justice sociale que d'attendre une stratégie totale qui demeure un rêve. Les deux positions peuvent se défendre et (dans une certaine mesure au moins) se concilier.

3.8.2 Lorsque l'on prépare un plan de santé municipal, un certain nombre de points sont à considérer :

(a) Quelles doivent être les institutions participantes?

- A quel niveau? par exemple : municipal, national, communautaire, etc.
- Dans quels secteurs? par exemple : autorités locales, conseils de santé, organisations non gouvernementales, groupes de représentants locaux, commerce, syndicats, etc.

(b) De quelles informations aura-t-on besoin pour commencer?

- Une appréciation rapide de la situation serait-elle utile?
- Cette information permettrait-elle une couverture adéquate des populations urbaines pauvres? (Cela dépendra du caractère plus ou moins hétérogène, de même que de la dimension de la ville; il importe que des représentants de groupes vulnérables de la collectivité participent à ces travaux.)

(c) Des plans pilotes sont-ils nécessaires au niveau local?

- Existe-t-il déjà, au niveau local, des plans pilotes?
- Quels modèles seraient pertinents? (Certains plans peuvent être suggérés sur la base d'informations locales ou de contacts avec la collectivité, et d'autres peuvent s'appuyer sur des projets exécutés avec succès dans d'autres grandes villes où existent des situations semblables.)

(d) Quelles autres données convient-il de recueillir?

Les informations concernant ces activités fourniront la base nécessaire aux prochaines étapes du processus de planification, et il se peut que les problèmes identifiés exigent un plus ample informé, quantitativement et qualitativement. Bref, il peut s'avérer nécessaire de savoir non pas simplement quels sont ces problèmes, mais également combien de personnes seront touchées et quelles sont les ressources (municipales, communautaires ou privées) disponibles pour faire face à la situation. Il est important aussi de déterminer la configuration de ces problèmes. Par exemple, quelles sont les inégalités sur le plan de la santé? Quels sont les taux de mortalité précoce dans les différents groupes de population de la ville? Quelles sont les variations observées en ce qui concerne : l'insuffisance de poids à la naissance? les handicaps? le revenu familial? l'accès à l'eau potable? la surpopulation? etc.

(e) Des efforts particuliers sont-ils nécessaires pour assurer une couverture générale?

Lorsque les habitants des quartiers pauvres des villes sont nombreux à ne pas avoir accès aux prestations et services de base, comment les ressources existantes peuvent-elles être utilisées pour garantir une couverture générale de ces populations, et donc être axées sur les groupes dont la situation sanitaire est la moins enviable? Est-il possible d'orienter des programmes spécifiques sur les besoins identifiés par ces groupes vulnérables? Des programmes spéciaux visant à une couverture par les soins de santé primaires ne pourront être adoptés avec profit que s'ils s'attaquent aux difficultés identifiées par les collectivités elles-mêmes. Dans le cas contraire, les programmes devront être laissés en attente jusqu'à ce que l'on ait pu prendre en considération certaines des priorités identifiées par ces collectivités.

(f) Quels éléments doit comporter une stratégie de santé municipale?

Ce n'est qu'après examen des données disponibles et des expériences déjà acquises que l'on pourra élaborer une stratégie plus précise d'amélioration de la santé des masses urbaines pauvres. Cette stratégie doit englober les éléments suivants : analyse des problèmes, choix stratégiques, plans d'action spécifiques, mise en oeuvre et évaluation. Le processus d'évaluation d'une stratégie sanitaire urbaine doit comporter, entre autres, des consultations ainsi qu'un vaste dispositif de communication, étant donné que l'exécution d'un plan de ce type nécessite des appuis reposant sur une base élargie. En mettant les choses au mieux, préparer un document constitutif de caractère technique sans s'entourer de tels appuis équivaut à gaspiller des ressources précieuses et, dans le pire des cas, cela risque de porter atteinte à la crédibilité des futures stratégies de santé.

DJAKARTA

(Indonésie)

Une stratégie municipale de santé en action

Capitale de l'Indonésie, centre de multiples activités, Djakarta exerce sur de nombreux migrants une fascination dont les résultats, hélas, s'appellent détérioration de l'environnement, surcharge des services publics, problèmes socio-économiques permanents. Ces migrants rejoignent la population déjà en place, dans des zones de taudis couvrant 17 % de la surface de la ville, mais où vivent quelque 60 % des 8,8 millions d'habitants de Djakarta. La densité de la population et le manque d'équipements publics (y compris sur le plan sanitaire) sont à l'origine de gros problèmes de santé, notamment :

- la situation sanitaire des classes pauvres de Djakarta reste bien inférieure à celle de l'ensemble des habitants de la ville en général;
- le taux d'utilisation des équipements de santé par les citadins pauvres est relativement faible;
- dans les zones de taudis urbains de Djakarta, l'assainissement est plus que médiocre, d'où l'incidence élevée des maladies liées à l'environnement;
- les citadins pauvres n'ont pas encore adopté des comportements permettant de vivre sainement en zone urbaine;
- une situation socio-économique mauvaise, un taux de chômage élevé et le manque de moyens de transport sont de gros problèmes en rapport avec la santé. C'est ainsi par exemple que l'incidence des psychoses et des psychonévroses est plus élevée chez les citadins pauvres que dans l'ensemble de la population, car les chômeurs des zones de taudis sont soumis à des stress exceptionnels.

Des efforts ont été déployés sans désespérer depuis 1969, dans le cadre du Programme d'Amélioration des Kampung ou MHT (Mohamad Husni Thamrin), non seulement pour transformer l'environnement physique des quartiers les plus pauvres mais aussi pour améliorer les conditions de vie générales de leurs habitants. La composante santé du MHT comprend des services de santé pour les classes urbaines pauvres, et prévoit une participation communautaire.

Le MHT est dans sa troisième phase (1989-1994). De nombreux résultats positifs ont été enregistrés. Les Kampung ont été physiquement transformés, rendus plus sains et plus productifs. Sur le plan sanitaire, le taux de mortalité infantile est passé de 110 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à 33 en 1985. Les taux de morbidité ont chuté eux aussi. Le taux de mortalité infantile par diarrhée a diminué de moitié entre 1980 et 1986, tombant de 24 % à 12 %.

L'histoire néanmoins est loin d'être achevée, et il serait peu réaliste d'ignorer certains impacts négatifs. L'amélioration des transports, par exemple, a facilité la propagation de certaines maladies infectieuses. Avec le changement des habitudes alimentaires, l'incidence des maladies cardio-vasculaires a augmenté dans les classes défavorisées, et ces maladies sont passées de la cinquième à la deuxième place sur la liste des causes de décès à Djakarta. Les transformations socio-économiques se sont également accompagnées d'un relâchement des liens familiaux et d'une augmentation dans la prévalence des psychonévroses, des psychoses, de la délinquance juvénile et de l'abus des drogues.

Aucun plan de développement, si puissant et si bien conçu qu'il soit, ne saurait résoudre tous les problèmes. Il peut cependant constituer un cadre d'action positive, à réviser et ajuster pour réfléchir les progrès et relever de nouveaux défis.

3.8.3 Toutefois, le fait de ne pas posséder pareil plan de santé ne doit pas empêcher de prendre, au moment opportun, des mesures pour améliorer progressivement la santé des citoyens pauvres, et il faudra s'efforcer de susciter à partir de ces initiatives une vision élargie. On a identifié à ce propos diverses méthodes de transposition à un échelon supérieur : (6)

- (a) intégration des projets pilotes aux principales prestations en vigueur, modifiant par là progressivement le plan général des services;
- (b) multiplication de type cellulaire des activités de santé maternelle et infantile avec l'aide du gouvernement;
- (c) sous-traitance par les autorités gouvernementales de certains secteurs de la santé maternelle et infantile, par exemple la formation, sur une base institutionnelle, tout en intégrant les leçons dans la fourniture des prestations.

3.8.4 Le fait est qu'en ce qui concerne les plans de santé municipaux, partisans et adversaires ont les uns et les autres en partie raison. En fin de compte, l'important est l'action sur le terrain, non l'élégance et la complétude des plans. D'un autre côté, ces mesures, qui seront vraisemblablement fragmentées et progressives, doivent nécessairement avoir pour base des principes et des priorités clairement définis pour pouvoir commencer à susciter des changements à l'échelle requise, et avoir un impact cumulatif sur la situation intolérable des pauvres dans les villes.

SECTION 4 POUR CONCLURE

4.1 RESUME

4.1.1 Le cri d'alarme lancé par les participants à la réunion de Karachi éveillera un écho chez tous ceux qui ont été en contact avec, ou travaillé parmi, les populations urbaines pauvres dont le nombre, déjà grand, ne fait qu'augmenter encore dans le monde. Il est difficile de ne pas se sentir dépassé par l'ampleur et la complexité des problèmes, et de leur prise en charge.

4.1.2 Cependant, tout au long du rapport de la réunion de Karachi, dans les expériences des différentes villes et dans la documentation de base, on voit constamment revenir un petit nombre de thèmes. Les saisir, c'est peut-être la clé qui rendra plus clair ce qui est incompréhensible, qui permettra de prendre en charge ce qui vous dépasse, et de pouvoir éviter ce qui restait inéluctable. Ces thèmes, on peut les répartir en quatre groupes principaux :

- (a) l'importance de comprendre l'ampleur du problème;
- (b) la localisation des responsabilités en matière de santé dans la ville;
- (c) l'importance d'élargir les questions et leurs implications pour l'action municipale;
- (d) la détermination des moyens de répondre aux besoins des citoyens pauvres.

4.2 L'AMPLEUR DU PROBLEME

4.2.1 Tous ceux qui s'attachent à considérer le problème de la santé des habitants pauvres des villes sont rapidement impressionnés par le nombre des personnes entrant dans cette catégorie. Bientôt, plus de la moitié de la population mondiale habitera en ville, et un citoyen sur deux peut-être vivra dans la pauvreté.

4.2.2 Ces transformations sont rapides. Des villes qui ont participé à la réunion, beaucoup sont déjà étendues et continuent à se développer très vite, une grande partie de leur population (croissante) appartenant aux classes défavorisées. Outre l'accroissement démographique, l'évolution rapide des technologies et de la situation économique exerce aussi un impact direct sur les villes.

4.2.3 Une autre impression durable qui ressort de nombreuses présentations est le degré des inégalités en matière de santé à l'intérieur des villes. Il n'est pas surprenant que cela s'accompagne souvent d'un contraste marqué dans les conditions de vie entre habitants d'une même agglomération.

4.2.4 On a confirmation de l'ampleur du problème lorsque l'on considère l'hétérogénéité entre les villes, aussi bien qu'à l'intérieur de celles-ci. Si des problèmes analogues se posent, c'est souvent dans d'autres circonstances. Les différences sont nombreuses entre les villes, sur les plans de la géographie ou du climat comme sur ceux des influences historiques, des mélanges ethniques, ou des variables sociales et culturelles. C'est une des raisons qui rendent essentielle la participation des collectivités locales à la planification et à la mise en oeuvre des initiatives de santé.

4.3 LA LOCALISATION DES REponsABILITES

4.3.1 La raison qui a conduit à organiser la conférence de Karachi a été la reconnaissance du fait que les décideurs au niveau municipal ont un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des problèmes des citoyens pauvres. C'est en effet à ce niveau que doivent être déterminées l'étendue et l'efficacité de la collaboration

intersectorielle indispensable pour s'attaquer aux problèmes de santé à l'intérieur des villes. C'est également à ce niveau que compte doit être rendu des décisions politiques et techniques. Il serait toutefois naïf de penser que prendre les décisions au niveau de la ville suffit en soi à faire progresser la santé des citoyens les plus pauvres. La ville est soumise à des contraintes qui viennent "d'en haut" - les politiques et réglementations régionales et nationales - et aussi "d'en bas" - les aspirations et les activités des communautés, des ménages et des individus. Son champ d'action est également limité par les ressources dont elle dispose.

4.3.2 Les participants à la réunion de Karachi ont eu par moments l'impression que les villes avaient obligatoirement à choisir entre une approche stratégique et une approche progressive de la santé. Devaient-elles, malgré de formidables obstacles, essayer d'élaborer, de discuter et d'appliquer un plan de santé municipal, ou au contraire, devant les contraintes qui pèsent sur leur action, se lancer dans des initiatives utiles mais relativement modestes pour améliorer la santé de groupes restreints de citoyens? Au fur et à mesure des débats, toutefois, ces deux approches ont perdu de leur apparence antagoniste pour se montrer davantage comme des éléments complémentaires. Un plan de santé municipal qui ne reposerait pas sur les leçons tirées de l'expérience locale (des échecs aussi bien que des réussites) n'aura pas grande crédibilité et sa réalisation risque d'achopper sur chaque problème, chaque contretemps. D'un autre côté, il n'est pas garanti qu'une gerbe d'activités fragmentaires puissent avoir un impact cumulatif systématique sur les inégalités, le dénuement et la pénurie de services sanitaires qui sont le lot des pauvres dans les villes; un succès sur un point déterminé indique peut-être simplement que l'on a transféré les problèmes de santé dans un autre secteur.

4.3.3 A maintes reprises il a été dit que l'un des facteurs clés au niveau municipal était la volonté politique. La conviction et l'engagement de ceux qui, dans la ville, ont à prendre les décisions influenceront sur la mesure dans laquelle une coopération s'instaurera entre les différents niveaux décisionnaires. La volonté politique est également le principal facteur qui déterminera si la somme de nombreuses petites initiatives locales va ou non constituer une stratégie de santé complète pour améliorer la situation sanitaire des pauvres de la ville.

4.4 LA SANTE DES GRANDES VILLES DANS UN CONTEXTE ELARGI

4.4.1 L'un des thèmes régulièrement repris par les représentants des diverses villes est celui de l'équilibre entre le développement rural et urbain, avec son impact sur la santé dans la ville. L'interdépendance de l'environnement urbain et de l'environnement rural se manifeste de trois façons au moins :

- (a) un équilibre démographique ne pourra être réalisé que s'il y a harmonie entre le développement des villes et celui des campagnes. Si les villes seules se développent, cela exacerbera et précipitera l'exode rural, l'augmentation du nombre des citoyens pauvres débordant alors toutes les dispositions prévues sur les plans économique et environnemental;
- (b) la ville dépend des zones avoisinantes pour la satisfaction d'un grand nombre de ses besoins de base. C'est particulièrement évident pour la production vivrière et l'approvisionnement en eau. Négliger, gaspiller ou mépriser ces "ressources" est pour une ville faire preuve d'une singulière imprévoyance. Les zones avoisinantes peuvent aussi aider à satisfaire des besoins d'ordre récréatif, éducatif et esthétique;
- (c) bien qu'il s'agisse d'une question beaucoup trop vaste pour pouvoir être approfondie à la réunion de Karachi, les participants n'ignoraient pas combien il est important de trouver un équilibre dans les relations environnementales et écologiques entre ville et campagne. Ce sont des points qui ont figuré en particulier au premier plan des discussions sur les problèmes que posent aux villes l'élimination des déchets solides, l'industrialisation, l'approvisionnement en combustibles et carburants, l'habitat et l'occupation des sols.

4.4.2 La perspective internationale est une autre question de grande ampleur sur laquelle les participants sont fréquemment revenus. Pour eux, la relation entre pays développés et en développement, par exemple dans les domaines économique et technique, a une influence majeure sur la qualité de la vie en ville et sur les options d'action municipale. Il est de fait aussi qu'un certain nombre de décisions qui affectent la santé dans les villes représentées sont prises au niveau international, par des coalitions gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des trusts ou des compagnies privées.

4.5 LES MOYENS D'AMELIORER LA SANTE DANS LES GRANDES VILLES

4.5.1 Toute une série de modèles, de systèmes, d'outils et de principes semblent, d'après l'expérience pratique des cités participantes et d'autres régions, offrir les moyens d'améliorer la santé des classes urbaines défavorisées. Deux surtout ont été souvent évoqués :

- (a) la façon dont les soins de santé primaires en milieu urbain peuvent contribuer à l'action intersectorielle pour l'amélioration de la santé des pauvres dans des endroits déterminés;
- (b) l'importance d'une participation accrue des collectivités aux décisions et aux activités affectant leur santé et leur bien-être.

En conséquence, les intervenants ont insisté sur la nécessité du partage d'information avec les groupes et les représentants locaux, de la décentralisation et du développement communautaire.

4.5.2 Tous les représentants des grandes villes ont reconnu que des compétences techniques appropriées pouvaient aider puissamment à répondre aux besoins sanitaires des citoyens défavorisés, et donc qu'une formation adéquate était de la première importance. Ils souhaitent vivement que ce message soit entendu par les facultés de médecine et les cliniciens enseignants installés dans les villes. Ils ont d'ailleurs reconnu qu'une formation adéquate était tout aussi fondamentale pour doter les agents, professionnels et bénévoles, de nombreuses autres compétences techniques en rapport avec la santé.

4.5.3 La question de la formation est conjuguée avec celle de la nécessité d'une communication et d'une information pertinentes. La mise en place des systèmes nécessaires entraîne cependant des dépenses (argent pour acheter l'équipement, temps du personnel), et c'est peut-être pour cela que de nombreuses villes ne disposent que d'informations restreintes pour évaluer les besoins de santé, contrôler les interventions et apprécier les résultats. La plupart des participants savaient qu'il revient cher aussi de ne pas avoir d'informations et de communications adéquates.

4.5.4 Il serait peu sincère de prétendre que les représentants des grandes villes (politiciens ou techniciens) n'estimaient pas que des arguments très forts militaient pour l'attribution de plus grandes ressources à l'amélioration de la santé dans les grandes villes. Il est clair qu'une assistance pourrait être apportée par toutes sortes de moyens : aide technique, modules pédagogiques, subventions à des projets pilotes de développement, etc. Les participants ont reconnu qu'ils ne devaient pas se borner à chercher une assistance auprès de sources extérieures, mais qu'il leur fallait aussi développer leurs propres structures d'élaboration et de soutien des politiques. Toutes les villes ont de considérables ressources en hommes, et beaucoup possèdent des poches de richesses appréciables, dont certaines pourraient être mobilisées localement pour aider à satisfaire les besoins les plus criants des citoyens défavorisés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. Constitution, Genève, OMS, 1985.
2. Organisation des Nations Unies. The prospects of world urbanization, Population Studies, N° 101 (ST/ESA/SER/101), New York, 1987 (anglais seulement).
3. Organisation des Nations Unies. Migration, population growth, and employment in metropolitan areas of selected developing countries (ST/ESA/SER.R.57), New York, 1985 (anglais seulement).
4. Organisation des Nations Unies. Urban, rural and city population, 1950-2000, as assessed in 1978 (ESA/P/WP.66), New York, 1980 (anglais seulement).
5. Brown, L. R. Analysing the demographic trap. Dans : State of the World 1987; Worldwatch Institute report on progress towards a sustainable society, New York, Norton, 1987.
6. Tabibzadeh, I., Rossi-Espagnet, A. & Maxwell, R. Pleins feux sur les villes - Améliorer la santé des villes du tiers-monde, Genève, OMS, 1990.
7. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). The state of the world's children, New York, Oxford University Press, 1988 (anglais seulement).
8. Harpham, T., Lusty, T. & Vaughan, P. In the shadow of the city, Oxford, Oxford University Press, 1988.
9. Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Les soins de santé primaires, Alma-Ata, 1978, Genève, OMS, 1978.
10. Organisation mondiale de la Santé. D'Alma-Ata à l'an 2000. Réflexions à la mi-parcours, Genève, OMS, 1990.
11. Organisation mondiale de la Santé. Improving urban health - Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs: A focus on health improvements for low-income urban areas, Genève, OMS, 1988, WHO/SHS/NHP/88.4 (anglais seulement).

LISTE DES PARTICIPANTS

Addis-Abeba

Le Comrade Gizaw Nigussie, Administrateur en Chef de la Région administrative d'Addis-Abeba

Le Comrade Befecadu Girma, Chef du Département régional de la Santé d'Addis-Abeba

Bangkok

Dr Kachit Choopanya, Directeur général adjoint du Département de la Santé de l'Administration métropolitaine de Bangkok

Dr Pralom Sukuntanaga, Sous-Secrétaire adjoint permanent à la Santé de l'Administration métropolitaine de Bangkok

Beijing

Professeur Shouzheng Gao, Vice-Directeur du Bureau municipal de la Santé publique
Dr Xinxiao Zheng, Président de l'Hôpital de l'Amitié, Beijing

Bombay

Dr V. P. Desai, Executive Health Officer, Bombay Municipal Corporation

Le Caire

M. Mahmoud El-Kholy, Secrétaire général du Gouvernorat du Caire

Dr H. S. Hussein, Premier Sous-Secrétaire aux Affaires sanitaires, Gouvernorat du Caire

Cali

Dr Rodrigo Guerrero, Directeur exécutif de la Fondation Carvajal

Dr Luis F. Cruz, Secrétaire à la Santé

Casablanca

Professeur El Mokhtar Tazi, Vice-Président de la Commune Mers-Sultan

Dr A. Lasky, Délégué du Ministre de la Santé publique du grand Casablanca

Colombo

Mr K. B. Christie Perera, Deputy Mayor of Colombo

Dr C. S. S. de Silva, Chief Medical Officer of Health, Public Health Department, Municipal Council

Dakar

M. Mamadou Diop, Maire de Dakar

Dr Karim Seck, Chef de la Division de l'Action Sanitaire, Commune de Dakar

Istanbul

Dr Temel Dagoğlu, Directeur de la Santé d'Istanbul

Annexe A

Djakarta

M. Anwar Ilmar, Gouverneur adjoint de la Cité métropolitaine de Djakarta
Dr Subandrio Reksodikusumo, Chef du Développement des personnels de santé, Bureau
municipal de la Santé de Djakarta

Karachi

Dr Farooq Sattar, Mayor of Karachi Metropolitan Corporation
Dr Farkhanda Mumtaz, Director, Health Services, Karachi Metropolitan Corporation

Lagos

Mr I. B. Ajomagberin, Sole Administrator, Lagos Island Local Government
Dr A. O. Agbe-Davies, Medical Officer of Health, Lagos Island Local Government

Lusaka

The Hon. Rupiah B. Banda, M.P., Senior District Governor, Lusaka Urban District
Council
Dr K. Kamanga, Social Secretary and Head, Department of Social Services, Lusaka
Urban District Council

Manille

Atty. Eduardo B. Gomez, City Administrator
Dr Imelda Sunico, Chief, Division of Maternal and Child Health, Manila Health
Department

São Paulo

Dr Fernando Proença de Gouvêa, Sous-Secrétaire à la Santé de l'État de São Paulo

Séoul

Mr Cha-Hyun Moon, Directeur du Département des Affaires sociales, Gouvernement
métropolitain de Séoul
Mr Byung-Han Oh, Chef de l'Administration sanitaire, Gouvernement métropolitain
de Séoul

ORGANISATIONS PARRAINANTES

Université Aga Khan (Département des Sciences de Santé communautaires)

Dr Asif Aslam, Instructeur principal
Professeur J. H. Bryant, Président
Dr Mehtab Karim, Professeur associé
Dr Salim Hassan Ali, Instructeur
Dr Laila Hassanali, Instructeur
Dr Salim B. Sohani, Instructeur
Dr Minhaj A. Qidwai, Instructeur

Annexe A

FINIDDA

Représentée par le Dr Pirkko Heinonen, Administrateur principal de Programme Santé et Nutrition, UNICEF

Association mondiale des Grandes Métropoles (METROPOLIS)/Secrétariat général :
IAURIF

Dr Ruth Ferry, Directeur de l'Observatoire régional de Santé de l'Ile-de-France
Mme Laurence Fromion, Conseiller technique au cabinet du Président du Conseil régional de l'Ile-de-France

PNUD

M. G. Shabbir Cheema, Conseiller technique principal
Dr Julia Walsh, Consultante du PNUD

UNICEF

Mme Nefise Bazoğlu, Administrateur de projet, Turquie
M. Hailu Belay, Administrateur de programme urbain, Addis-Abeba, Ethiopie
M. A. G. T. Carter, Représentant de zone, Bureau de l'Inde occidentale, Bombay
M. Philippe Heffinek, Administrateur de programme résident, Karachi
Dr Pirkko Heinonen, Administrateur de programme principal, Santé et Nutrition, Islamabad
Dr Stella C. Ogbuagu, Chargée de cours principale, Département de Sociologie, Université de Calabar, Nigéria (patronnée par l'UNICEF)
Mme Marthe Rajandran, Administrateur de programme, Islamabad
M. Mohammad Tariq Saeed, Administrateur de projet assistant, Karachi
M. G. Shubert, Conseiller principal pour les Enfants en situation particulièrement difficile, Section urbaine, Division du Programme, New York
Dr Wilfredo Varona, Administrateur de projet, PEV, Manille
M. Kunio Waki, Représentant au Pakistan

OMS

Dr Nabil S. Al-Tawil, Représentant de l'OMS, Islamabad (Pakistan)
(représentant le Directeur régional pour la Méditerranée orientale)
Dr G. Goldstein, Hygiène de l'environnement dans l'aménagement rural et urbain et l'habitat, Siège de l'OMS, Genève
Dr E. Goon, Sous-Directeur général par l'intérim
Mme D. Hoffmann, Service des Médias, Division de l'Information et des relations publiques, Siège de l'OMS, Genève
M. P. Ress, Consultant, Service des Médias, Division de l'Information et des relations publiques, Siège de l'OMS, Genève
Dr E. Tarimo, Directeur de la Division du Renforcement des services de santé, Siège de l'OMS, Genève

AUTRES ORGANISATIONS

HABITAT

M. Harold Senter, Conseiller technique principal, Urban Management Project, Karachi

Annexe A

Secrétariat

Dr Robert Maxwell (Conseiller temporaire auprès de l'OMS)

Dr W. W. Morton (Conseiller temporaire auprès de l'OMS)

Mme C. Riley (Systèmes et Politiques de Santé au Niveau national, Siège de l'OMS, Genève)

Dr I. Tabibzadeh (Administrateur responsable, Systèmes et Politiques de Santé au Niveau national, Siège de l'OMS, Genève)

Observateurs

Dr Sajjan Memon, Director, Health Services Sindh, Government of Sindh

Dr Nighat Mahfooz, Field Director, BUSTI

ANNEXE B

ORDRE DU JOUR

Lundi, 27 novembre 1989

1. Cérémonie d'ouverture
2. Exposés d'expériences des grandes villes (séance plénière)

Mardi, 28 novembre 1989

3. Visite sur le terrain
4. Exposé d'expériences des grandes villes (suite) (séance plénière)

Mercredi, 29 novembre 1989

5. Groupes de travail sur les sujets 1, 2 et 3 et suggestions relatives aux stratégies à suivre :
 - (a) Problèmes de politique et options
 - (b) Processus de décision
 - (c) Coopération et actions de suivi en vue du développement
6. Présentation des rapports des groupes (séance plénière)

Jeudi, 30 novembre 1989

7. Examen du projet de rapport
8. Adoption du rapport et des stratégies à suivre
9. Clôture de la réunion

- - -