



Urban HEART aide les décideurs politiques à planifier des interventions dans le domaine de l'équité en santé. L'outil guide les usagers à travers un processus d'identification des inégalités de santé urbaines grâce à l'évaluation des indicateurs relatifs aux événements de santé et aux déterminants sociaux de la santé. L'outil permet ainsi de faciliter l'identification et le développement d'interventions basées sur les données collectées et analysées.

Urban HEART



Urban HEART

Outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain

ISBN 978 92 4 250014 1



9 789242 500141



Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Urban HEART : outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain.

1. Accessibilité service santé.
2. Evaluation résultats et méthodes (Soins).
3. Participation consommateurs.
4. Facteur socioéconomique.
5. Programme national santé.
6. Santé urbaine. I. Centre OMS pour le développement sanitaire (Kobe, Japon).

ISBN 978 92 4 250014 1

(Classification NLM : W 84.4)

© Organisation mondiale de la Santé, Centre OMS pour le développement sanitaire, Kobe, 2010

Tous droits réservés. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int) ou au Centre OMS pour le développement sanitaire (Kobe, Japon) (please provide e-mail address and telephone).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

	PRÉFACE	2
	REMERCIEMENTS	4
»»	A. CONCEPTS ET PRINCIPES	6
	A.1 L'INÉGALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ	
	A.2 TROIS MÉTHODES FONDAMENTALES TENDANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ	
	A.3 COMBATTRE LES INÉGALITÉS SANITAIRES DANS LES ZONES URBAINES	
»»	B. PRÉSENTATION DE L'OUTIL URBAN HEART	10
	B.1 EN QUOI CONSISTE L'OUTIL ?	
	B.2 POURQUOI RECOURIR À L'OUTIL ?	
	B.3 QUE PEUT-ON ATTENDRE DE L'OUTIL URBAN HEART ?	
	B.4 ÉLÉMENTS DE BASE DE L'OUTIL URBAN HEART	
»»	C. PLANIFIER L'OUTIL D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION D'URBAN HEART	18
	C.1 CYCLE DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE	
	C.2 LE MANUEL D'UTILISATION DE L'OUTIL URBAN HEART	
»»	D. ÉVALUATION	22
	D.1 INDICATEURS	
	D.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES	
»»	E. RIPOSTE	30
	E.1 DÉFINIR LES PRIORITÉS ET LES STRATÉGIES DE RIPOSTE	
	E.2 SÉLECTIONNER LES INTERVENTIONS PERTINENTES	
»»	F. CONCLUSION	38
	ANNEXE 1 INDICATEURS DE L'OUTIL URBAN HEART	40
	ANNEXE 2 RÉFÉRENCES ET SOURCES D'INFORMATION	44

PRÉFACE



Pour reprendre les termes du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Dr Margaret Chan, « l'équité en santé, c'est important. C'est même une question de vie ou de mort ». La réflexion sur les écarts sanitaires d'un groupe de population à l'autre revient au cœur des questions abordées par les autorités nationales et locales et par les organisations internationales. En 2005, l'OMS a créé la Commission des Déterminants sociaux de la Santé afin de soutenir les pays et les partenaires mondiaux de la santé et d'appeler leur attention sur les déterminants sociaux qui sont des facteurs importants de mauvaise santé et d'inégalités sanitaires entre les pays et au sein d'un même pays. Précédemment, en 1978, lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata, les gouvernements du monde entier avaient entériné l'idée selon laquelle la santé est liée aux conditions de vie et de travail de la population, et reconnu le rôle de la participation communautaire. Malgré l'engagement envers « la santé pour tous », pris à Alma-Ata, force est de constater que le fossé entre les pays riches et les pays pauvres et entre les nantis et les démunis d'un même pays s'est beaucoup creusé depuis.

L'incidence du milieu urbain sur la santé, et en particulier sur l'inégalité en matière de santé, a fait couler beaucoup d'encre. Les données dont nous disposons montrent que si, en moyenne les services publics, dont la santé et la prestation de service sanitaires, s'avèrent plus satisfaisants en zone urbaine qu'en zone rurale, ces moyennes masquent souvent de grandes disparités entre les populations plus ou moins défavorisées. L'un des facteurs clés est l'exclusion des segments marginalisés et vulnérables des systèmes de planification de la santé publique et de riposte (1). La santé urbaine est influencée par une interaction dynamique entre les politiques mondiales, nationales et infranationales ; dans ce contexte plus vaste, les autorités municipales et les collectivités locales peuvent s'employer activement à combler l'écart qui sépare les plus aisés des plus mal lotis.

Indépendamment des données factuelles, seuls quelques pays ont étudié leurs inégalités sanitaires inter ou intra urbaines, qui plus est régulièrement. L'information qui met en évidence le fossé existant entre les villes ou au sein d'une même ville est une condition sine qua none pour déclencher les actions locales susceptibles de promouvoir l'équité en santé. Il faudrait que les renseignements fournis soient suffisamment exhaustifs pour qu'apparaissent en filigrane les principaux



déterminants de la santé, et suffisamment concis pour faciliter l'élaboration des politiques et le classement des interventions par ordre de priorité.

Soucieuse de simplifier le processus en amont, l'OMS a, en 2008-2009, collaboré avec 17 villes situées dans une dizaine de pays ¹ dans le but d'expérimenter et d'affiner l'Outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain baptisé « Urban HEART ». Cet Outil épaulé les responsables locaux de l'élaboration des politiques et les communautés moyennant une procédure normalisée de collecte des données factuelles pertinentes et la planification rationnelle d'actions à même d'influer sur les inégalités sanitaires. Cet effort collectif au service d'un objectif commun a incité aussi bien les autorités municipales que les communautés à reconnaître l'existence des inégalités en santé et à prendre des mesures pour rectifier le tir. On imagine fort bien que les villes se trouvant dans des contextes différents puissent institutionnaliser cet Outil en l'adaptant localement, tout en conservant l'esprit.

On pourrait satisfaire la volonté de combler le fossé sanitaire du milieu urbain en éclairant les politiques de santé publique par des éléments factuels, assortis d'une analyse approfondie des inégalités, sur la base d'une approche participative et intersectorielle. L'Outil d'évaluation et d'intervention donne l'occasion aux responsables politiques de différents secteurs, ainsi qu'aux communautés, de coopérer en se servant de données factuelles pour définir et hiérarchiser les interventions de lutte contre les inégalités sanitaires. Les hauts fonctionnaires locaux disposent d'un outil leur permettant d'impulser et d'engager leur administration à allouer des ressources de façon plus rationnelle en bénéficiant d'un soutien élargi. Il est important de noter que cet Outil habilite les collectivités locales à utiliser des éléments factuels et à prendre des mesures selon leurs priorités avec l'aval des autorités locales et nationales.

¹ Les villes des 10 pays suivants ont procédé à un essai pilote d'une première version de l'Outil, à savoir : Brésil, Indonésie, Kenya, Malaisie, Mexique, Mongolie, Philippines, République islamique d'Iran, Sri Lanka et Viet Nam.

REMERCIEMENTS



L'Outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain (Urban HEART) est le fruit d'une collaboration entre le Centre OMS pour le développement sanitaire à Kobe (Japon), les bureaux régionaux de l'OMS, et les responsables municipaux et nationaux du monde entier. Sa mise au point a été fortement influencée par l'apport des équipes implantées dans les villes qui ont participé aux essais, à savoir :

- Guarulhos (Brésil)
- Jakarta, Denpasar (Indonésie)
- Nakuru (Kenya)
- Téhéran (République islamique d'Iran)
- État de Sarawak (Malaisie)
- Mexico (Mexique)
- Ulaanbaatar (Mongolie)
- Davao, Naga, Olongapo, Paranaque, Tacloban, Taguig, Zamboanga (Philippines)
- Colombo (Sri Lanka)
- Ho Chi Minh ville (Viet Nam).

Il est à noter que l'enthousiasme des groupes communautaires des divers sites expérimentaux et leur aptitude à s'assurer un large soutien en vue d'utiliser l'Outil pour s'atteler aux inégalités sanitaires dans leur ville se sont avérés décisifs. Leur contribution et l'accent mis sur l'approche participative ont été l'un des fondements d'Urban HEART.



L'élaboration de l'Outil Urban HEART a également bénéficié pour beaucoup de la compétence des hauts fonctionnaires du Siège de l'OMS à Genève, en particulier de ceux qui coiffent le Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale et le Groupe Information, bases factuelles et recherche.

Enfin, les 12 membres du groupe consultatif spécial de l'Outil Urban HEART ont sollicité le concours de divers spécialistes à toute une gamme de spécialistes qui ont pris part à la mise au point de l'Outil. Les conseillers – un panachage de chercheurs, responsables et experts auprès d'organisations internationales – ont prodigué les avis techniques et conseils voulus pour étayer la validité scientifique et la faisabilité pratique de l'Outil.

A. CONCEPTS ET PRINCIPES

A.1 – L'INÉGALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

A.2 – TROIS MÉTHODES FONDAMENTALES TENDANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

A.2.1 – Cibler les groupes de population ou les classes sociales défavorisées

A.2.2 – Restreindre l'écart sanitaire

A.2.3 – Réduire les inégalités dans la population tout entière

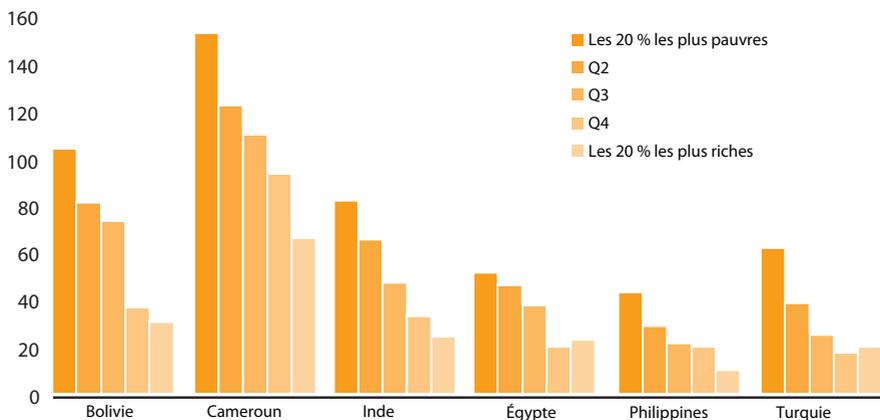
A.3 – COMBATTRE LES INÉGALITÉS SANITAIRES DANS LES ZONES URBAINES



A.1 L'INÉGALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

Dans chaque ville, il existe des différences de santé au sein de la population. Des modifications génétiques et constitutionnelles font en sorte que la santé des individus varie comme n'importe quelle autre caractéristique physique. Les personnes âgées ont tendance à être plus malades que les jeunes en raison du vieillissement naturel. Or, si trois éléments se combinent, on passe de la simple différence à l'inégalité. Une différence de santé qui est systématique, socialement induite (et, par conséquent, modifiable) et injuste est une inégalité sanitaire (2).

Figure 1 Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes, exprimé par quintiles de richesse en milieu urbain dans les pays sélectionnés



Sources : Enquêtes démographiques et de santé 2003-2005 (estimations OMS).



Les différences de santé systématiques ne sont pas réparties de façon aléatoire dans la population, mais forment un ensemble cohérent, les plus frappantes étant celles qui se produisent entre divers groupes socio-économiques. Cette structure sociale de la maladie est omniprésente, même si son ampleur et sa portée varient selon les pays. La Figure 1 montre que dans chacun des pays sélectionnés dans différentes régions du monde, des différences systématiques de mortalité chez les moins de cinq ans existent en milieu urbain dans tous les groupes socio-économiques représentés par quintiles de richesse.

Il n'existe aucune loi de la nature selon laquelle les enfants des familles pauvres meurent davantage que ceux des familles riches. Par conséquent, cette différence tient essentiellement aux circonstances sociales différenciées, elle n'a pas de fondement biologique. Si les politiques sociales et économiques en vigueur maintiennent ces écarts, elles doivent alors être considérées comme inéquitables et modifiées en conséquence.

L'inégalité en matière de santé est considérée comme injuste car elle découle d'une « organisation sociale inique » qui la maintient en l'état. Elle est injuste car a) nous savons comment réduire les inégalités à l'aide d'interventions connues et il est inique de ne pas agir ; et b) les inégalités peuvent être évitées. Si l'idée qu'on se fait de l'injustice peut osciller sensiblement d'un lieu à l'autre, la communauté de vues l'emporte. Par exemple, il serait largement considéré comme injuste que les chances de survie soient nettement inférieures pour les enfants de certains groupes socio-économiques par rapport à d'autres.

L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée en 1946, disposait alors que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». S'inscrivant dans le même état d'esprit plus de 60 ans plus tard, l'équité en santé suppose qu'idéalement chacun pourrait atteindre son plein épanouissement et qu'à cet égard, nul ne devrait être pénalisé par sa position sociale ni par toute autre circonstance socialement déterminée.

² Whitehead and Dahlgren sont la principale référence pour cette section (2).



A.2 TROIS MÉTHODES FONDAMENTALES TENDANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Au plan mondial, de multiples stratégies ont été appliquées en vue de remédier aux inégalités en santé. Trois méthodes fondamentales permettant à la fois d'en prendre la mesure et de les combattre consistent :

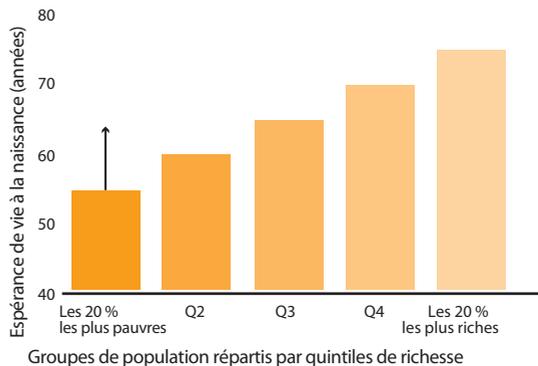
- à cibler les groupes de population ou classes sociales défavorisées
- à restreindre l'écart sanitaire
- à réduire les inégalités dans l'ensemble de la population.

Il est vraisemblable que ces méthodes soient interdépendantes et doivent s'appuyer l'une sur l'autre. Les avantages relatifs des différentes modalités de lutte sont brièvement évoqués ci-dessous.

A.2.1 Cibler les groupes de population ou les classes sociales défavorisées

Cette méthode mesure les progrès réalisés sous l'angle de l'amélioration de la santé du groupe ciblé seulement, par exemple les personnes vivant dans la pauvreté. On ne mentionne pas les améliorations qui se produisent dans l'ensemble de la population. Toute amélioration sanitaire constatée dans la population ciblée peut être considérée comme un succès. Dans la Figure 2.1, nous voyons que les populations démunies ont une espérance de vie inférieure à celle des populations nanties. Selon cette méthode, les responsables de l'élaboration des politiques s'emploieraient uniquement à améliorer la situation sanitaire du groupe le plus défavorisé (par exemple, les 20 % les plus pauvres). Or, cette méthode risque de ne pas toujours déboucher sur une réduction des inégalités.

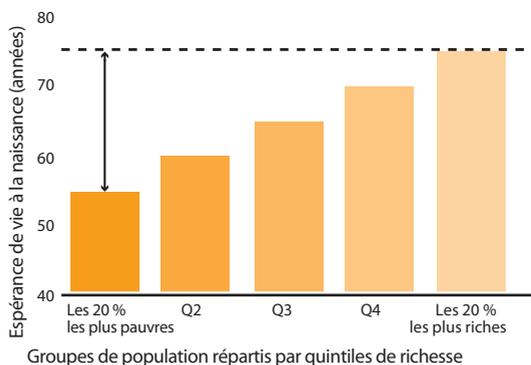
Figure 2.1 Cibler



A.2.2 Restreindre l'écart sanitaire

Cette méthode prend comme point de départ la santé des groupes défavorisés par rapport au reste de la population. Dans cette catégorie, il s'agit essentiellement de combler le fossé qui existe entre les démunis et les nantis – c'est-à-dire d'amoinrir les inégalités sanitaires entre les extrêmes de l'échelle sociale. Dans la Figure 2.2, l'espérance de vie des 20 % les plus riches sert d'indice de référence pour définir l'écart de niveau avec les 20 % les plus pauvres. Cette méthode a pour objet de rapprocher l'espérance de vie des 20 % les plus riches (les nantis) et des 20 % les plus pauvres (les démunis).

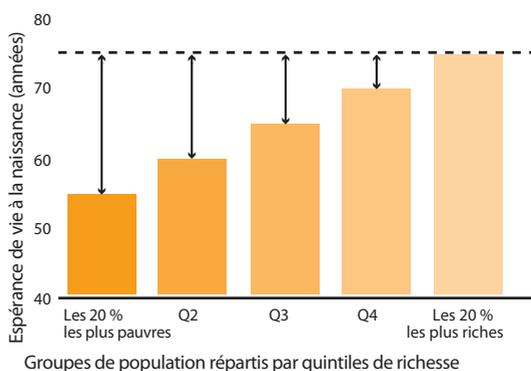
Figure 2.2 Restreindre l'écart



A.2.3 Réduire les inégalités dans la population tout entière

Cette méthode reconnaît que la situation sanitaire tend à aller de pair avec le déclin de la situation socio économique et qu'il ne s'agit pas seulement d'une question d'écart sanitaire entre les riches et les pauvres. Par conséquent, l'ensemble de la population est pris en compte, y compris les groupes à revenu intermédiaire, l'objectif consistant à réduire les inégalités sanitaires entre les groupes à revenu élevé, intermédiaire, et faible en égalisant les chances d'un bout à l'autre du spectre socio-économique. Dans la Figure 2.3, l'espérance de vie du groupe le plus riche sert d'indice de référence pour les autres groupes. Il s'agit ici de réduire l'écart entre tous les groupes de population comparés aux nantis.

Figure 2.3 Agir sur l'ensemble de la population



A.3 COMBATTRE LES INÉGALITÉS SANITAIRES DANS LES ZONES URBAINES

En 2007, pour la première fois dans le monde, on a constaté que les villes, grandes ou petites, étaient davantage peuplées que les campagnes. La promesse de la ville tient à la proximité, qu'il s'agisse des infrastructures matérielles et sociales d'appui à la santé, des technologies et des emplois, des établissements scolaires et des services de santé. La Commission des Déterminants sociaux de la Santé a défini comme prioritaire l'action tendant à transformer la proximité en accessibilité et à améliorer la santé, l'éducation et les services sociaux dans les villes.

Les travaux de la Commission ont contribué à sensibiliser davantage la communauté mondiale à la question de l'équité en santé. Dans son rapport final pour 2008, la Commission définit comme suit l'inégalité sanitaire : « Les différences systématiques d'états de santé qui pourraient être évitées par des

mesures judicieuses sont tout bonnement injustes. C'est ce que nous entendons par inégalités en santé. » Et d'ajouter : « Comblent ces inégalités – les énormes différences sanitaires que l'on peut niveler entre pays et dans les pays – est une question de justice sociale (3). »

La Commission a reconnu en outre que les principes à eux seuls étaient insuffisants. Il faut des données factuelles sur les actions susceptibles d'améliorer en pratique la santé et de réduire les inégalités. Des éléments factuels devraient être recueillis non seulement sur les causes immédiates des maladies, mais aussi sur l'origine des causes – les structures nationales et mondiales fondamentales et les conditions déterminées socialement qu'elles créent, conditions dans lesquelles les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. À cet égard, la Commission a invité plusieurs instances multilatérales, dont l'OMS à :

- utiliser un cadre mondial commun d'indicateurs pour suivre l'état d'avancement des progrès ;
- assumer la conduite des opérations en renforçant notamment les capacités techniques des États Membres et en élaborant des mécanismes d'action intersectorielle au service de la santé ;
- suivre les progrès accomplis dans le domaine de l'équité en santé ;
- appuyer la mise en place de systèmes mondiaux et nationaux de surveillance de l'équité sanitaire ;
- convoquer des réunions mondiales.

En mai 2009, l'Assemblée mondiale de la Santé (OMS) a, lors de sa soixante-deuxième session, voté une résolution fondée sur les recommandations de la Commission et intitulée Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (4).

B. PRÉSENTATION DE L'OUTIL URBAN HEART

- B.1 – B.1 EN QUOI CONSISTE L'OUTIL ?
- B.2 – POURQUOI RECOURIR À L'OUTIL ?
- B.3 – QUE PEUT-ON ATTENDRE DE L'OUTIL URBAN HEART ?
- B.4 – ÉLÉMENTS DE BASE DE L'OUTIL URBAN HEART
 - B.4.1 – De solides bases factuelles
 - B.4.2 – Action intersectorielle au service de la santé
 - B.4.3 – Participation communautaire



B.1 EN QUOI CONSISTE L'OUTIL ?

L'Outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain (Urban HEART) est un guide facile à utiliser par les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs aux niveaux national et local pour :

- repérer et analyser les inégalités sanitaires entre personnes vivant dans différentes parties d'une ville ou appartenant à des groupes socio-économiques différents au sein d'une même ville ou d'une ville à l'autre ;
- faciliter les décisions concernant les stratégies, interventions et actions viables et efficaces qu'il conviendrait d'appliquer pour réduire les inégalités sanitaires inter et intra-urbaines.

La mise en œuvre de l'Outil dotera les responsables de l'élaboration des politiques des données factuelles et stratégies nécessaires pour réduire les inégalités sanitaires inter et intra urbaines. Les inégalités sanitaires interurbaines sont celles qui se produisent dans deux villes ou plus ; les inégalités sanitaires intra-urbaines³ sont celles qui existent entre les quartiers ou districts ou encore groupes socio-économiques (par exemple, niveau de revenu ou d'éducation) au sein d'une même ville. L'Outil présente quatre caractéristiques souhaitables en pareil cas : a) il est d'une utilisation commode ; b) il est complet et n'exclut personne ; c) il est praticable et viable d'un point de vue opérationnel ; d) il met en corrélation les données factuelles et les actions. Ces caractéristiques positives sont approfondies dans l'Encadré 1.



B.2 POURQUOI RECOURIR À L'OUTIL ?

L'adoption et l'utilisation de l'Outil d'évaluation et d'intervention par les autorités nationales et locales, les organisations communautaires et les collectivités urbanisées ou en voie d'urbanisation rapide visent à :

- aider les responsables de l'élaboration des politiques et les principaux acteurs à mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé et leurs conséquences pour les citoyens ;
- inciter les responsables de l'élaboration des politiques, administrateurs de programmes et principaux acteurs à prendre des décisions stratégiques et à donner un degré de priorité élevé aux actions et interventions

ENCADRÉ 1:

URBAN HEART: QUATRE CARACTÉRISTIQUES SOUHAITABLES

A. IL EST COMMODE À UTILISER.

L'Outil est simple, pratique et convivial et les résultats qu'il produit devraient induire une compréhension plus intuitive de l'équité sanitaire en milieu urbain chez les décideurs et les techniciens aux niveaux national et local.

B. IL EST COMPLET ET N'EXCLUT

PERSONNE. L'Outil adopte un cadre qui tient compte des déterminants de la santé, des facteurs de risque et de leurs interactions à tous les niveaux et dans tous les secteurs de l'environnement urbain puisqu'ils ont une incidence sur les maladies transmissibles et non transmissibles, la violence et les traumatismes. L'Outil aborde les préoccupations de multiples secteurs et est suffisamment ouvert pour susciter achat commun, participation et dialogue constructif entre les principaux partenaires.

C. IL EST PRATICABLE ET VIABLE D'UN POINT DE VUE OPÉRATIONNEL.

La création de données, leur analyse

et la diffusion des résultats devraient entraîner un coût minimal et rester dans le cadre des mécanismes institutionnels des autorités nationales et locales. Les données devraient autant que possible être obtenues auprès des systèmes d'information en vigueur des registres et des rapports ordinaires. L'Outil comprend des indicateurs de base qui sont universellement utilisés et généralement comparables d'un milieu urbain à l'autre. Toutefois, reconnaissant les différences existant au plan local, l'Outil offre aussi la souplesse nécessaire pour incorporer des indicateurs spécifiques aux besoins locaux.

D. IL MET EN CORRÉLATION LES DONNÉES FACTUELLES ET LES ACTIONS.

L'Outil et les résultats qu'il produit devraient être pertinents et justifiés de façon à permettre une meilleure gouvernance et prise de décisions des différents acteurs aux niveaux national et local. L'accent mis sur l'utilisation de données désagrégées par catégories facilite en outre l'identification des interventions ciblées.

³ On peut aussi s'y référer en les désignant sous le terme d'inégalités sanitaires inter ou intra-urbaines, ce qui est courant dans les ouvrages scientifiques.

spécifiquement adaptées aux besoins des groupes vulnérables et défavorisés des villes ;

- aider les communautés à circonscrire les disparités, priorités et interventions requises pour promouvoir l'équité en santé ;
- épauler les administrateurs de programmes pour leur permettre d'améliorer la collaboration intersectorielle et les stratégies de communication en rapport avec les déterminants sociaux de la santé.



B.3 QUE PEUT-ON ATTENDRE DE L'OUTIL URBAN HEART ?

L'Outil devrait permettre :

- aux autorités locales et nationales dotées des données factuelles pertinentes, d'éclairer les décisions importantes concernant l'établissement des priorités et l'allocation des ressources ;
- aux communautés de se mobiliser et de prendre en charge la promotion de l'équité sanitaire ;
- aux multiples secteurs de s'engager à atteindre des objectifs communs, notamment la promotion de l'équité en santé ;
- aux citoyens d'améliorer leur situation sanitaire et sociale et de réduire les inégalités sanitaires entre les groupes de population.



B.4 ELÉMENTS DE BASE DE L'OUTIL URBAN HEART

Il est important d'avoir à l'esprit les éléments de base qui permettront de mettre en œuvre l'Outil avec succès. Un dispositif prenant en compte des problèmes complexes comme la réduction des inégalités sanitaires et sociales ne peut être universel ; il devra tenir compte des interventions en cours ; suivre un processus cyclique et non linéaire ; et être fonction de la participation de tous les acteurs locaux. Or, trois éléments de base devraient présider à sa mise en œuvre : a) de solides bases factuelles ; b) une action intersectorielle au service de la santé ; et c) une participation communautaire.

B.4.1 De solides bases factuelles

Les données utilisées dans l'Outil d'évaluation et d'intervention devraient répondre à des normes de fiabilité, de transparence et d'exhaustivité élevées. L'un des principaux critères de sélection des indicateurs pertinents consiste à déterminer ceux qui sont le plus susceptibles d'avoir une incidence sur les inégalités sanitaires. Premièrement, il importera de polariser sur les indicateurs disposant de données sur l'équité. Deuxièmement, la qualité et la fiabilité des données disponibles devraient être déterminées ; la qualité et la validité des données devraient être établies tout au long du processus puisque les données de mauvaise qualité ne conviennent pas à la prise de décisions. Troisièmement, il y a lieu de statuer sur la façon de traiter des indicateurs pour lesquels il n'y a pas de données disponibles.

La non-disponibilité des données suppose deux stratégies de traitement : a) l'utilisation de données de remplacement déjà disponibles ; et b) la production de données nouvelles.

La première option consiste à examiner les données pertinentes provenant de localités similaires ou autres sources qui pourraient servir de données indirectes supplétives. Encore faut-il avoir les compétences nécessaires pour déterminer la pertinence et l'applicabilité des données provenant d'autres sources. C'est une option rationnelle puisqu'elle fait intervenir les données dont on dispose. Pourtant, sa pérennité dépend de la capacité de la source d'information originale à continuer de produire des données pertinentes au fil du temps.

La deuxième, qui consomme davantage de ressources, suppose la conduite d'une enquête ou d'une évaluation qualitative. La production de nouvelles données risque d'être onéreuse ou éphémère puisqu'elle implique des compétences et des ressources substantielles. La conduite d'une enquête n'est pas recommandée à moins qu'il n'existe une forte volonté politique locale, assortie des capacités en rapport. Des experts techniques spécialisés dans la conception d'enquêtes, l'échantillonnage et l'élaboration d'instruments devraient intervenir dans le processus. De même, si l'option d'une évaluation qualitative est retenue pour certains indicateurs, les experts compétents dans l'organisation de groupes de discussion ou d'entretiens avec des informateurs clés devraient être sollicités. Il est important d'apprécier les disponibilités locales en matière de compétences, d'informations et de ressources avant de retenir une option.

Quelles que soient les méthodes employées pour recueillir des informations, il conviendra de tout mettre en œuvre pour préserver la validité scientifique du processus. Pour ce qui est de la pérennité des deux stratégies, les autorités locales et les communautés devraient s'employer à instaurer de façon simultanée et graduelle les systèmes et capacités nécessaires afin de veiller à ce que les données désagrégées par catégories soient disponibles au fil du temps, même si elles risquent de ne pas l'être dans le premier cas. La collecte des données doit respecter certains fondamentaux, à savoir :

- Désagrégation. Les statistiques mises à disposition devraient être désagrégées par sexe, âge, situation socio-économique, région géographique ou administrative et origine ethnique, selon qu'il convient.
- Validation. Les données utilisées en définitive doivent être soigneusement contrôlées par les autorités locales et nationales pertinentes et par les experts correspondants. Elles doivent respecter des normes de qualité élevées et être recueillies auprès de sources officielles fiables.

- **Cohérence.** Il s'agit ici de la cohérence interne des données au sein d'un ensemble ; de la cohérence entre les ensembles de données et au fil du temps ; et de la mesure dans laquelle les révisions suivent un échéancier et un processus périodique bien établis et transparents.
- **Représentativité.** Les données doivent représenter de façon adéquate la population et les sous populations pertinentes.
- **Confidentialité, sécurité et accessibilité des données.** La pratique doit être conforme aux lignes directrices et aux autres normes établies pour le stockage, la sauvegarde, le transport de l'information et l'extraction.
- **Méthodes d'ajustement.** Les données brutes demandent à être ajustées pour tenir compte des facteurs de confusion. Par exemple, pour comparer la prévalence d'affections comme le diabète, qui sont réceptives à l'âge du patient, les données doivent être corrigées pour permettre des variations dans la pyramide des âges des différentes populations. Qui dit correction dit méthodes de transformation et d'analyse des données suivant des modalités statistiques judicieuses et transparentes.

B.4.2 Action intersectorielle au service de la santé

L'action intersectorielle suppose que l'on noue des relations constructives avec les personnes et les entités extérieures au secteur sanitaire dans le souci d'influer sur toute une gamme de déterminants de la santé. Parmi ces autres secteurs figurent l'éducation, les transports et les travaux publics (secteur public), ainsi que les groupes communautaires et organisations non gouvernementales traitant des questions pertinentes.

Premièrement, la nature du problème que l'Outil s'efforce d'aborder est telle que les actions ne peuvent être menées dans le seul secteur de la santé. Les causes profondes des inégalités sanitaires sont souvent hors de portée directe du système de santé, d'où la nécessité impérieuse pour tous les secteurs pertinents de prendre des mesures afin que les interventions soient efficaces.

Deuxièmement, le partage de l'information et de ses sources d'un secteur à l'autre est essentiel si l'on veut appliquer l'Outil avec succès. En l'absence d'une centralisation des systèmes d'information, les indicateurs des différents déterminants pertinents pour le secteur sanitaire risquent de rester sous la houlette des autres secteurs. Il faudra absolument que l'ensemble des intéressés s'engagent de façon précoce notamment en matière d'acquisitions communes. Troisièmement, les interventions et actions proposées dans le cadre de la mise en œuvre de l'Outil d'évaluation et d'intervention Urban HEART appelleront

une action intersectorielle reposant sur l'étroite participation de tous les secteurs pertinents. Par exemple, les interventions proposées pour aborder le problème de la violence chez les jeunes et de la criminalité urbaine devront être soutenues par l'appareil répressif des autorités locales ou nationales, comme la police, ainsi que le secteur de l'éducation, voire les groupes communautaires qui proposent des programmes extrascolaires.

La difficulté de l'action intersectorielle tient au fait qu'elle suppose d'excellentes aptitudes en matière de communication, de rhétorique et d'esprit d'équipe ; des connaissances interdisciplinaires ; et une certaine souplesse en matière d'accords administratifs et de gestion de façon à pouvoir piloter l'évaluation, la hiérarchisation, puis procéder à la formulation des politiques et à l'exécution des programmes.

B.4.3 Participation communautaire

La participation communautaire devrait faire intervenir les membres de la communauté dans tous les aspects, en particulier la planification, la conception, la mise en œuvre et la pérennisation du projet. Elle permet aux communautés de prendre une part active aux décisions concernant leur santé et promeut l'utilisation simultanée des ressources communautaires. Deux éléments doivent être pris en considération, à savoir :

Premièrement, il importe de reconnaître que l'exclusion sociale est un élément déterminant des inégalités sanitaires. Les villes et zones urbaines ont en général des résultats et des possibilités de valeur inégale car certains groupes de population sont systématiquement exclus de la participation au processus décisionnel. Par exemple, les obstacles qui tiennent à la différence entre les sexes et à l'appartenance ethnique se traduisent par une inégalité d'accès aux ressources, aux capacités et aux droits, laquelle conduit à son tour à des inégalités sanitaires. Le processus « Urban HEART » suppose que l'on trouve une solution à ce problème en faisant participer les communautés touchées tant à la définition des problèmes qu'à l'élaboration d'interventions et à leur exécution.

Deuxièmement, habiliter des communautés à définir les priorités en utilisant des données factuelles, puis à impulser des actions pour traiter ces priorités suppose la pérennisation d'un objectif plus vaste qui consiste à lutter contre les inégalités sanitaires en milieu urbain. Alors que les structures gouvernementales et l'encadrement sont susceptibles d'évoluer avec le temps, une demande d'intervention bien informée de la part des communautés permettra de pérenniser leur mise en œuvre.

C. PLANIFIER L'OUTIL D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION D'URBAN HEART

C.1 – CYCLE DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE

C.2 – LE MANUEL D'UTILISATION DE L'OUTIL URBAN HEART

Pour veiller à ce que l'application de l'Outil soit possible, efficace et pérenne, il importe que sa mise en œuvre soit intégrée dans le cycle de planification des collectivités ou autorités locales, comme les exercices de planification et de budgétisation. Par conséquent, la mise en œuvre d'Urban HEART prendra un caractère cyclique et non linéaire.

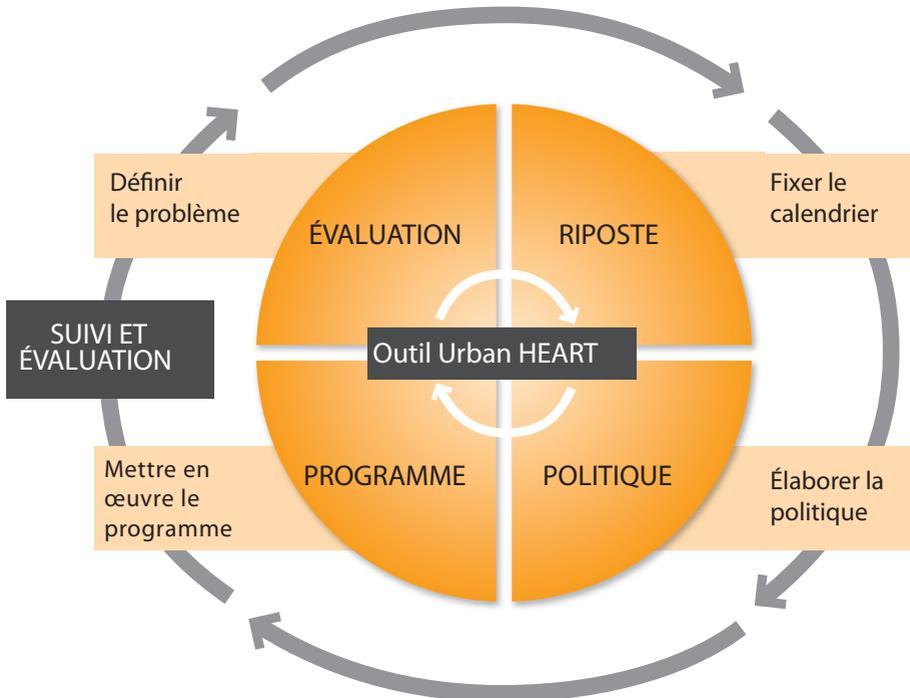


C.1 CYCLE DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE

Si les processus d'élaboration des politiques diffèrent selon les pays, voire les contextes urbains, il y a néanmoins un fond commun. En deux mots, il s'agit d'un système – de mécanismes et de règles – permettant à la fois la formulation des politiques (ce que l'on peut faire) et la mise en œuvre programmatique (comment s'y prendre pour que cela fonctionne). Les résultats générés par ce système font intervenir des acteurs de divers groupes (par exemple, la communauté, les groupes de pression, de multiples secteurs) qui participent au processus décisionnel, l'influencent, interviennent sur sa constitution et ont des répercussions sur lui.

La Figure 3 présente le caractère cyclique de la planification et de la mise en œuvre de l’Outil Urban HEART. Il garantit la cohérence avec les méthodes de gouvernance locale, permet l’intégration des résultats de l’évaluation dans le débat politique local, facilite l’établissement de liens avec les autres secteurs, offre de meilleures chances d’influencer les dotations budgétaires et, surtout, place les questions d’équité sanitaire au cœur du processus d’élaboration des politiques locales. Il est probable que les villes dans lesquelles l’Outil sera mis en œuvre pratiquent déjà des évaluations et des interventions. En ce sens, l’Outil Urban HEART peut compléter les initiatives sociales et sanitaires en vigueur en y ajoutant « l’optique équité ».

Figure 3 Intégration de l’Outil Urban HEART dans le cycle de planification local



En outre, il importera d'évaluer le processus de planification et de mise en œuvre. Les interventions réalisées pourraient, par exemple, comporter des fonctions intégrées d'évaluation et de suivi. L'évaluation devrait être aussi bien externe qu'interne, faire participer la communauté et de multiples secteurs, et se concentrer à la fois sur les processus et sur les résultats. Les principaux éléments présentés dans le cycle de planification de la Figure 3 font l'objet de l'Encadré 2.

ENCADRE 2: LES DIFFÉRENTS VOILETS DU CYCLE DE PLANIFICATION

<p>ÉVALUATION Cerner le problème</p>	<p>C'est une phase cruciale puisqu'elle débouche sur la constatation et le suivi des inégalités et constitue la base des actions futures. Les éléments factuels recueillis en coordination avec de multiples secteurs et communautés permettront d'étayer les actions de sensibilisation menées auprès des responsables et des citoyens. Cela peut déboucher sur la mise en évidence des problèmes d'inégalité sanitaire en ville et inciter à réagir. Par essence, la phase d'évaluation permet aussi de mesurer les effets sur la santé des politiques sanitaires et non sanitaires.</p>
<p>RIPOSTE Établir la marche à suivre</p>	<p>La définition des ripostes est probablement la phase la plus complexe et la plus épineuse puisqu'elle consiste à définir les actions à mener, à désigner ceux qui s'en chargeront et à quelles fins. La définition et la présélection des interventions devraient être considérées comme l'occasion de faire participer tous les secteurs et communautés concernés au processus décisionnel. Ce volet établira la marche à suivre pour combattre les inégalités sanitaires au niveau local.</p>
<p>POLITIQUES Élaborer les politiques</p>	<p>À ce stade, les interventions retenues lors de la phase précédente sont classées par ordre de priorité et budgétées afin de veiller à ce qu'elles soient incorporées dans le processus d'élaboration des politiques à l'échelon des autorités locales. Les éléments factuels fournis par l'évaluation des principaux indicateurs de l'Outil Urban HEART devraient être un atout pour hiérarchiser les interventions les plus pertinentes. Les textes de lois, programmes et interventions mis en œuvre permettront de mesurer le succès du processus.</p>
<p>PROGRAMME Mettre en œuvre le programme</p>	<p>La dotation allouée par les autorités locales est le reflet d'un choix politique. Les délais prévus dépendent du contexte et devraient être pris en compte dans la planification de l'Outil. Le secteur de la santé mettra en œuvre les politiques sanitaires élaborées avec une composante « équité » et les supervisera. Les secteurs non sanitaires pourront peut-être aussi disposer d'une dotation pour élaborer des politiques ayant une incidence sur l'équité en santé.</p>



C.2 LE MANUEL D'UTILISATION DE L'OUTIL URBAN HEART

Tout en reconnaissant l'importance de chaque volet du cycle de planification, l'Outil lui-même axe ses conseils sur les deux premiers éléments présentés à la Figure 3, à savoir : a) l'évaluation, et b) la riposte. Les mesures à prendre pour élaborer les politiques et mettre en œuvre les phases du programme auront vraisemblablement une forte connotation locale et dépasseront, par conséquent, le cadre d'orientation du présent document. Or, grâce à l'expérience pilote des villes menée en 2008 2009, on a pu définir les grandes étapes de la mise en œuvre de l'Outil Urban HEART en coopération avec les responsables municipaux et les communautés. Ces étapes sont indiquées ci-après dans le Manuel destiné aux utilisateurs.

Ce Manuel a pour vocation d'accompagner la mise en place de l'Outil Urban HEART. Il s'adresse aux organismes, équipes et personnes appelés à jouer un rôle de premier plan dans le lancement, la coordination et la gestion du processus Urban HEART dans leurs villes respectives. Il vise à encadrer l'équipe au cours des différentes étapes du processus d'évaluation et de riposte. Il doit aller de pair avec l'Outil et les ressources en ligne qui lui sont associées. Le Manuel donne des orientations reposant sur les données de la recherche, les meilleures pratiques et les expériences relatées par les villes qui ont déjà utilisé l'Outil. Il indique, par exemple, comment mettre en place les applications Matrix et Monitor pour présenter les données et comment se familiariser avec. Il comprend aussi une liste de contrôle pour chaque étape afin d'aider les équipes utilisant l'Outil à définir si elles ont, en l'espèce, atteint leurs objectifs.

Pour réussir la mise en œuvre d'Urban HEART, il faut respecter la marche à suivre indiquée dans le cycle de planification.

- L'étape qui suit immédiatement la « riposte » a trait à l'allocation budgétaire et aux autres allocations de ressources, ainsi qu'à l'adoption, le cas échéant, des textes de lois et arrêtés qui sous-tendent l'application des actions définies.
- Dans la phase de mise en œuvre, il importe de faire intervenir tous les secteurs concernés, en particulier les groupes communautaires. Si le secteur de la santé est vraisemblablement appelé à prendre la tête des interventions d'ordre sanitaire, il appartient aux autres secteurs de faire de même pour celles qui sont de leur ressort.
- Enfin, la mise en place de l'Outil et des interventions ne sera pas exhaustive sans une évaluation de l'ensemble du processus et des résultats obtenus. Les interventions mises en œuvre devraient comporter des fonctions de suivi et d'évaluation intégrées.

D. ÉVALUATION

D.1 – INDICATEURS

D.1.1 – Organisation des indicateurs

D.1.2 – Indicateurs de base

D.2 – PRÉSENTATION DES DONNÉES

D.2.1 – L'application matrix

D.2.2 – L'application monitor

D.2.3 – Qualité des données

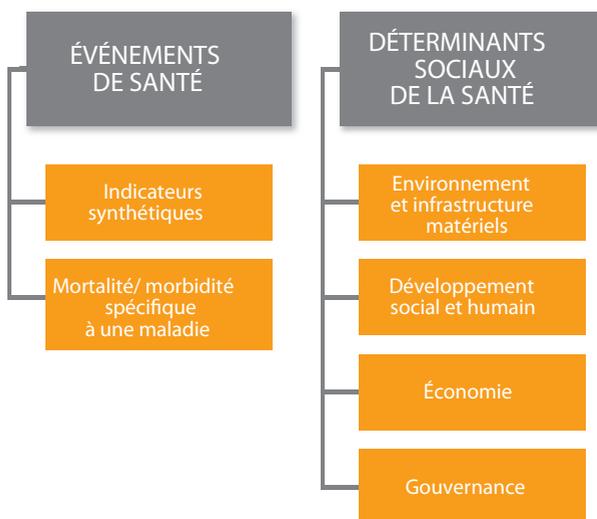


D.1 INDICATEURS

D.1.1 Organisation des Indicateurs

Le volet « évaluation » de l'Outil Urban HEART aide à différencier les divers groupes de population au sein d'une même ville ou d'une ville à l'autre en utilisant les indicateurs des principaux événements de santé et des principaux déterminants sociaux regroupés dans quatre domaines d'action. La Figure 4 montre comment s'organisent les indicateurs de l'Outil.

Figure 4 Regroupement des indicateurs au sein de l'Outil





Les indicateurs des événements de santé comprennent ceux qui renseignent sur les résultats ou impacts majeurs des multiples facteurs et éléments qui interviennent dans la performance du système de santé et des autres secteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. Ils se subdivisent ensuite en :

- indicateurs synthétiques, par exemple le taux de mortalité infantile ;
- indicateurs de mortalité et de morbidité spécifiques à une maladie, par exemple le taux de décès liés au diabète pour 100 000 habitants, normalisé selon l'âge.

Les déterminants sociaux de la santé ont été classés selon les quatre domaines d'action suivants :

- Le domaine de l'infrastructure et de l'environnement matériels comprend des indicateurs liés aux risques matériels et environnementaux découlant des conditions de vie comme l'accès à une eau salubre et aux services d'assainissement, et des conditions environnementales du quartier, de la communauté et du lieu de travail comme l'exposition aux risques professionnels.
- Le développement social et humain comprend les déterminants et interactions qui influent sur les aspects du développement humain et les questions d'exclusion sociale comme l'accès à l'éducation et aux services de santé, la sécurité nutritionnelle et alimentaire, ainsi qu'à d'autres services sociaux. Ce domaine d'action englobe aussi les obstacles à l'amélioration des comportements de recours aux soins, du mode de vie personnel et des pratiques sanitaires dus à un manque de connaissance dans ce domaine.
- Le domaine de l'économie contient des indicateurs qui mesurent la situation économique et les difficultés que doivent surmonter la population, en général, ou certains groupes, en particulier, pour accéder à certains créneaux. Ce domaine englobe les indicateurs qui mesurent l'accès au crédit et au capital, les offres d'emploi, les possibilités de générer des revenus et d'autres obstacles rencontrés pour sortir de la pauvreté.

- Le domaine de la gouvernance a trait aux aspects liés aux droits de la personne et à l'exclusion politique, à savoir : participation au processus décisionnel et priorités dans l'allocation des ressources visant à améliorer la santé et ses déterminants, notamment.

La désagrégation de chaque indicateur par groupe de population ou zone géographique est encouragée dans le but de mesurer l'équité avec précision. Selon l'indicateur, les données pourraient être désagrégées par groupe de population (sexe ou catégorie d'âge), lieu (quartier ou district) ou groupe socio-économique (études ou tranche de revenus).

D.1.2 Indicateurs de base

Si l'on définit des indicateurs de base, c'est dans le but de montrer clairement aux autorités locales les questions essentielles à évaluer lorsqu'elles aborderont les inégalités sanitaires. Il est préconisé de recueillir ces indicateurs de façon universelle pour l'Outil Urban HEART. Ils sont limités en nombre, mais ont été sélectionnés pour représenter un large éventail des performances enregistrées dans les systèmes de santé en milieu urbain, en particulier pour ce qui est des inégalités. Ils visent à faciliter l'application de l'Outil et les comparaisons d'une ville ou d'un pays sur l'autre. Reconnaisant les limites que pose le recours à un jeu restreint d'indicateurs, les indicateurs de base sont donc complétés par des indicateurs optionnels, fortement recommandés, qui sont adaptables au plan local.

La définition des indicateurs de base s'appuie sur cinq critères essentiels :

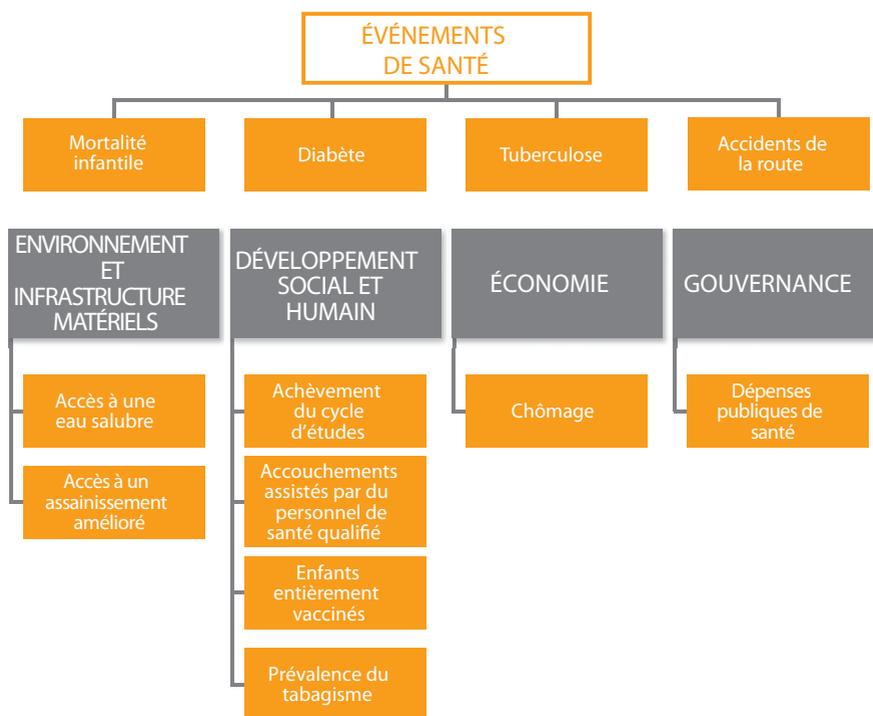
- Disponibilité des données*
- Solidité de l'indicateur choisi pour mesurer les inégalités*
- Couverture d'un large éventail de questions
- Comparabilité et universalité de l'indicateur
- Disponibilité de l'indicateur dans d'autres outils de premier plan relatifs au milieu urbain et à la santé. ⁴

* D'après l'expérience et les recommandations des villes qui ont expérimenté l'Outil Urban HEART, et des experts internationaux.

Les indicateurs de base de l'Outil Urban HEART devraient être recueillis comme indiqué. Toutefois, on peut raisonnablement envisager que pour d'autres indicateurs, les villes et pays puissent privilégier l'emploi d'indicateurs supplémentifs. Par exemple, l'indicateur intitulé « Proportion des ménages ayant accès à la sécurité d'occupation des logements (en propriété ou en location) », pourrait être substitué au « Pourcentage de logements en propriété ». Ce processus d'adaptation de l'Outil devrait être effectué avec les divers protagonistes. De plus, les villes pourraient envisager l'utilisation d'indicateurs plus pertinents au plan local.

La Figure 5 énumère les indicateurs de base de l’Outil pour les événements de santé et les déterminants sociaux de la santé. On trouvera à l’annexe 1 la définition détaillée des indicateurs avec proposition de désagrégation stratifiée. Parallèlement aux indicateurs de base, on trouvera aussi la liste des indicateurs optionnels fortement recommandés pour aider les personnes chargées de mettre en œuvre l’Outil à définir les autres indicateurs à recueillir dans leur évaluation de l’équité.

Figure 5 Indicateurs de base



⁴ Urban Info (ONU-Habitat), EURO-URHIS (Union européenne), Big Cities Health Inventory [Inventaire sanitaire des grandes villes] (National Association of Country and City Health Officials, États-Unis d’Amérique), Health Inequalities Intervention Tool [Outil d’intervention sur les inégalités sanitaires] (London Health Observatory) [Observatoire de santé de Londres], Urban Audit.



D.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES

Une évaluation réussie passe nécessairement par un consensus sur les principaux résultats escomptés. Pour faciliter l'analyse, l'Outil Urban HEART recommande d'organiser les données sous forme de présentation visuelle simple pouvant permettre à toute une gamme de parties prenantes de définir les principaux problèmes d'équité :

- L'application Matrix
- L'application Monitor.

D.2.1 L'application Matrix

L'application Matrix est une configuration d'indicateurs présentés sous une forme simplifiée pour éclairer les responsables de l'élaboration des politiques et les principaux acteurs sur les points suivants :

- les performances au niveau local afin d'orienter la hiérarchisation des politiques et interventions stratégiques aux niveaux local et national ;
- à quel endroit concentrer l'assistance prodiguée au plan national pour pallier les points faibles décelés au niveau local ;
- comparaison des performances entre différentes parties d'une même ville et entre les villes.

L'application Matrix convient aux domaines suivants :

- Performances comparées des villes ou des quartiers d'une même ville. L'application Matrix résume les performances enregistrées par les villes ou les zones urbaines dans les différents domaines d'action, et présente sous une forme visuelle simple un état comparé des réalisations urbaines.
- Efficacité comparée des politiques et des programmes. L'application Matrix retrace dans les grandes lignes l'efficacité des politiques et des interventions programmatiques, telles qu'elles sont désignées par leurs indicateurs.

La Figure 6 donne un exemple de l'application Matrix dans laquelle la performance des quartiers d'une même ville est portée sur une courbe qui varie en fonction de leurs indicateurs respectifs des déterminants de la santé. Une approche similaire vaut pour les indicateurs relatifs aux événements de santé. Le code de couleur de chaque carré indique le degré de réalisation, le vert équivalant à un bon résultat et le rouge à un mauvais (par rapport aux objectifs ou moyennes définis aux plans local, national ou international) et le jaune indique une performance en deçà du but visé, mais au-dessus de l'indice de référence inférieur.

- Les colonnes correspondent à la performance des quartiers ou des villes en fonction des différents déterminants. Par exemple, une ville ou une zone urbaine locale qui cumule un grand nombre de carrés verts se positionne mieux que son homologue obtenant un grand nombre de carrés rouges.

Figure 6 L'application Matrix (illustration d'une évaluation de l'équité sanitaire intra-urbaine)

DOMAINE D'ACTION	INDICATEURS	QUARTIER					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
ENVIRONNEMENT ET INFRASTRUCTURE MATÉRIELS	Accès à une eau salubre	■	■	■	■	■	■
	Accès à des systèmes d'assainissement améliorés	■	■	■	■	■	■
DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET HUMAIN	Prévalence du tabagisme	■	■	■	■	■	■
	Achèvement du cycle d'études primaires	■	■	■	■	■	■
	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	■	■	■	■	■	■
ÉCONOMIE	Pauvreté	■	■	■	■	■	■
	Chômage	■	■	■	■	■	■
GOUVERNANCE	Dépenses publiques de santé	■	■	■	■	■	■
	Participation électorale	■	■	■	■	■	■

- Les lignes donnent un tableau général de l'efficacité d'une intervention politique ou programmatique particulière.

D.2.2 L'application Monitor

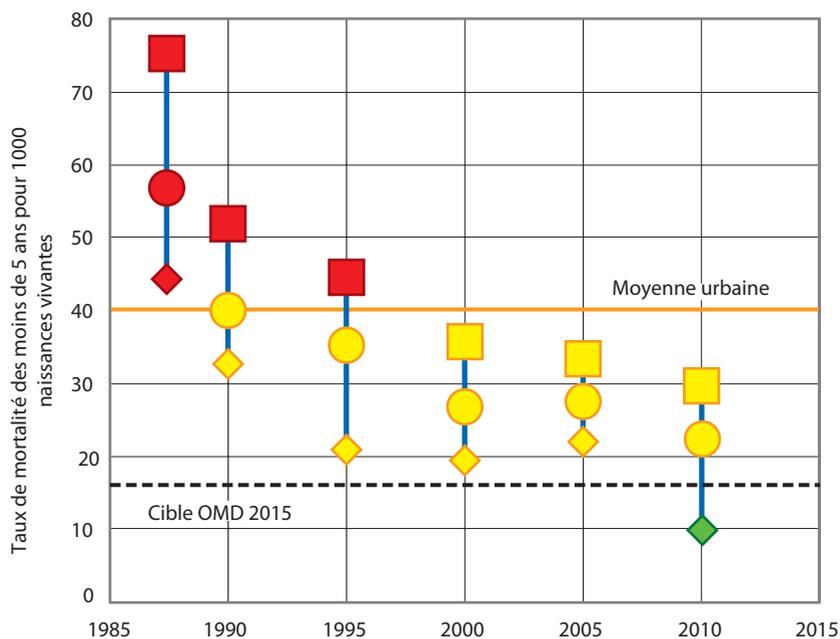
L'application Monitor vise essentiellement à informer et éclairer les responsables politiques, gestionnaires de programmes et techniciens locaux et nationaux sur :

- le suivi des performances des indicateurs de santé au fil du temps, au sein des villes ou d'une ville à l'autre, au regard de points de repère précis, par exemple des objectifs du Millénaire pour le développement ou des cibles nationales ;
- la détermination des tendances concernant l'ampleur des inégalités dans les indicateurs de santé au sein des villes ou entre les villes.

D'après les données factuelles issues de l'application Monitor (illustrées à la Figure 7), les principales parties prenantes devraient être en mesure de repérer quels sont les indicateurs de santé à prendre en compte en priorité et quels sont les groupes de population particulièrement défavorisés.

La Figure 7 donne un exemple de l'application Monitor dans laquelle la performance des meilleurs et des pires quartiers d'une ville est portée sur un graphique extrapolant l'évolution de la mortalité des moins de 5 ans. L'application Monitor montre l'ampleur des inégalités entre les quartiers (d'une même ville) obtenant les meilleures performances et les moins bonnes par rapport aux deux points de repère que sont la moyenne urbaine et la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement pour 2015. ⁵

Figure 7 L'application Monitor (pour illustration seulement)



⁵ Objectif 4 des OMD : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Cible 5 : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

D.2.3 Qualité des données

Il importe d'insister sur le fait que l'efficacité des applications Matrix et Monitor sont tributaires de la qualité des données fournies, laquelle doit être minutieusement contrôlée avant d'être présentée dans les deux applications susmentionnées (Encadré 3).

ENCADRE 3: QUALITÉ DES DONNÉES

Des données de piètre qualité ne sont pas adaptées à la prise de décisions. Par conséquent, il est de la plus haute importance d'évaluer continuellement la qualité des données employées. Les deux questions clés à examiner sont les suivantes :

1. SÉLECTIONNER LES SOURCES DE DONNÉES LES PLUS FIABLES

Les systèmes d'information systématiques représentent l'une des principales sources de données. Si les systèmes d'information systématiques sont utiles et très fiables, il convient d'être très prudent lors de l'interprétation de certaines données. Par exemple, dans plusieurs villes, les renseignements sur les accidents de la route sont communiqués par les services de police. Or, les accidents sont vraisemblablement sous-notifiés. Cela risque de fausser l'interprétation, et d'avoir une incidence sur la décision de classer la question comme prioritaire ou non. De même, il faut être vigilant en comparant des données provenant de différentes sources. Par exemple, les taux de vaccination indiqués dans les enquêtes démographiques et sanitaires diffèrent assez souvent des sources officielles. Par conséquent, il est extrêmement important de sélectionner les meilleures données disponibles provenant de la source la plus fiable. Inventorier les sources de données disponibles serait un bon point de départ.

2. VALIDER LES DONNÉES.

S'il est utile que des spécialistes procèdent à des contrôles de validité, n'importe quel membre de l'équipe peut effectuer une simple vérification. Premièrement, on peut contrôler si les données fournies respectent effectivement la fourchette spécifiée. Par exemple, les taux de vaccination sont exprimés en pourcentage et devraient, par conséquent, se situer entre 0 et 100. Or, il arrive que des taux de vaccination dépassant les 100 % aient été notifiés par les systèmes. Le dénominateur utilisé était manifestement inadapté. Deuxièmement, la valeur de certains indicateurs peut être corrélée à celle d'autres indicateurs. Par exemple, le taux de mortalité infantile (moins d'un an) ne peut être supérieur à celui des moins de cinq ans. Troisièmement, il conviendrait d'être vigilant lorsqu'on étudie la taille du dénominateur de certains indicateurs. Par exemple, des indicateurs comme le taux de mortalité maternelle appellent un large dénominateur car il s'agit d'événements relativement rares. De tels indicateurs sont moins utiles pour effectuer des calculs portant sur des zones géographiques restreintes puisque les estimations risquent de varier dans de fortes proportions d'une année sur l'autre.

E. RISPOSTE

E.1 – DÉFINIR LES PRIORITÉS ET LES STRATÉGIES DE RIPOSTE

E.1.1 – Définir les écarts en matière d'équité

E.1.2 – Définir les stratégies de riposte pertinentes

E.2 – SÉLECTIONNER LES INTERVENTIONS PERTINENTES



E. – RIPOSTE

Le volet « riposte » des divers groupes de l'Outil proposait des interventions et des actions au titre de cinq stratégies pertinentes, lesquelles n'ont pas vocation à prescrire mais à servir de base pour examiner la façon dont les politiques, stratégies, programmes et projets actuels pourraient être améliorés ou quelles autres interventions il y aurait lieu de prévoir pour s'employer à combler les écarts en matière d'équité, que le volet « évaluation » a mis en évidence.

Les modules stratégiques de riposte fourniront des informations utiles pour hiérarchiser et élaborer des interventions ou des actions spécifiques à certaines situations. Ils provenaient essentiellement de l'analyse qualitative d'études de cas et recommandaient notamment les meilleures pratiques émanant de l'OMS et d'ONU-Habitat, ainsi que l'expérience pratique de l'application de l'Outil.



E.1 – DÉFINIR LES PRIORITÉS ET LES STRATÉGIES DE RIPOSTE

Avant de se lancer dans la définition de la stratégie et de l'intervention qui conviennent eu égard à l'évaluation de l'équité, il importe de noter qu'il n'existe pas d'algorithme universel pour trouver la réponse la plus efficace. Chaque pays a des cibles primordiales, un milieu environnant, des sources de financement, des parties prenantes qui lui sont propres et plusieurs autres facteurs qui varient d'une municipalité sur l'autre. Au moment de la conception d'une intervention, les responsables de l'élaboration des politiques devraient aussi garder à l'esprit que chaque ville, petite ou grande, a ses points forts et ses points faibles en matière de politique, de ressources, de financement, d'infrastructures, de configuration géographique, etc. À chaque occurrence, les interventions devraient être adaptées afin d'utiliser au maximum ces atouts. À ce titre, il est vital que les interventions soient individualisées au cas par cas.



Cette section se présente comme un guide générique sur la corrélation existant entre l'évaluation et la riposte de l'Outil Urban HEART : comment définir les interventions voulues susceptibles de traiter les inégalités sanitaires en milieu urbain à partir des résultats de l'évaluation.

E.1.1 – Définir les écarts en matière d'équité

L'Outil Urban HEART prie instamment les utilisateurs de déterminer les politiques, les programmes et les projets qui peuvent être mis en place, poursuivis, développés, améliorés, modifiés ou interrompus pour atteindre les buts visés en matière d'équité. Grâce à l'évaluation, les décideurs peuvent classer les questions à traiter en priorité pour contrecarrer l'inégalité en santé et ses déterminants. S'agit-il de redresser le tir pour une mauvaise performance précise (révélée par Matrix), de s'attaquer aux inégalités révélées par Monitor et Matrix au sein d'une même ville ou d'une ville à l'autre, ou bien de conjuguer les deux ? La hiérarchisation des questions à l'aide des diagrammes d'évaluation devra s'effectuer de façon stratégique et réfléchie, sachant que diverses modalités sont possibles.

Il y a bien des façons d'analyser les applications Matrix et Monitor pour définir les priorités. Chaque équipe affectée à l'Outil devra se charger de cette analyse en appréhendant les questions au mieux de ses capacités. Un exemple succinct est proposé à titre d'illustration. ⁶ La Figure 8 montre que la prévalence du tabagisme est plus élevée que la moyenne dans trois des six quartiers considérés (en rouge). En même temps, les trois autres ont atteint le niveau cible souhaité (en vert). Si la lutte contre le tabagisme est prioritaire pour les communautés ou les autorités locales, c'est peut-être alors l'une des questions que les membres de l'équipe vont choisir. Telle est l'une des nombreuses méthodes envisageables pour définir les priorités en se basant sur l'analyse de l'application Matrix. Dans la plupart des cas, l'équipe sera à même de définir de multiples priorités d'action.

⁶ Le Manuel de l'utilisateur offre davantage d'exemples.

D'après l'expérience des villes qui ont expérimenté l'Outil, toutes les équipes ont préféré définir les questions prioritaires en se concentrant sur les « zones rouges ». Elles ont estimé que c'était une façon de procéder facile et attrayante. Quelques principes généraux ont, toutefois, été aussi recommandés à l'issue des expériences pilotes :

- Dépasser le codage couleur. Dans les applications Matrix et Monitor, le codage couleur vise à simplifier l'analyse des données. Il sera, toutefois, judicieux d'examiner les valeurs numériques réelles des indicateurs au moment de statuer sur les écarts à combler en priorité.
- Dépasser les « zones rouges ». S'il peut être tentant de ne s'intéresser qu'aux « zones rouges » signalées dans Matrix, il importe de suivre de près les indicateurs (ou les groupes) colorés en jaune pour s'assurer qu'ils ne risquent pas de se fragiliser et de tomber dans le rouge.
- Mettre en évidence les éléments positifs. Il est en outre judicieux d'évoquer ce qui fonctionne bien et, d'encourager, au besoin, les domaines ou les groupes indiqués en vert à préserver leur bonne performance pour des indicateurs spécifiques.
- Interpréter les données avec prudence. L'on ne peut interpréter efficacement les données qu'en faisant participer à l'analyse tous les acteurs pertinents. Des communautés locales, par exemple, pourraient être mieux placées pour comprendre si une question donnée est véritablement prioritaire dans leur contexte. De plus, dans certains cas, un écart qui se creuse ou une performance qui baisse peut très bien ne refléter qu'une meilleure notification des données. Cela ne veut pas dire que la question n'est pas préoccupante, mais il importe d'insister sur le fait qu'il y a lieu d'interpréter les données avec soin lors de l'établissement des priorités.

Figure 8 Sélectionner une question considérée comme prioritaire par les communautés et les pouvoirs publics en se basant sur les résultats de l'évaluation (à titre d'illustration seulement)

DOMAINE D'ACTION	INDICATEURS	QUARTIER					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
ENVIRONNEMENT ET INFRASTRUCTURE MATÉRIELS	Accès à une eau salubre	■	■	■	■	■	■
	Accès à des systèmes d'assainissement améliorés	■	■	■	■	■	■
DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET HUMAIN	Prévalence du tabagisme	■	■	■	■	■	■
	Achèvement du cycle d'études primaires	■	■	■	■	■	■
	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	■	■	■	■	■	■
ÉCONOMIE	Pauvreté	■	■	■	■	■	■
	Chômage	■	■	■	■	■	■
GOUVERNANCE	Dépenses publiques de santé	■	■	■	■	■	■
	Participation électorale	■	■	■	■	■	■

E.1.2 – Définir les stratégies de riposte pertinentes

Les interventions proposées dans l'Outil Urban HEART ont été subdivisées en cinq stratégies de riposte présentées en détail ci-après dans l'Encadré 4. ⁷

- A. incorporer la santé dans l'aménagement et le développement urbains
- B. souligner l'importance et renforcer le rôle des soins de santé primaires en milieu urbain
- C. polariser davantage l'équité sanitaire en milieu urbain
- D. placer l'équité en santé parmi les priorités des collectivités locales
- E. défendre un projet national.

Les modules stratégiques ont été énumérés de façon aléatoire et l'ordre dans lequel ils apparaissent ne doit pas être considéré comme une hiérarchisation. Les interventions basées sur les meilleures pratiques et correspondant aux différentes stratégies sont énumérées à l'annexe du Manuel de l'utilisateur. Une stratégie définie devrait avoir un objectif concret, assorti de résultats

⁷ Les interventions sont énumérées dans l'annexe du Manuel de l'utilisateur.

ENCADRÉ 4: CINQ MODULES STRATÉGIQUES D'INTERVENTIONS

<p>STRATÉGIE A incorporer la santé dans l'aménagement et le développement urbains</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des activités, programmes et interventions spécifiques à la santé pour compléter les projets existants d'amélioration de l'habitat et des conditions de vie des défavorisés en milieu urbain. • <i>Exemple : concevoir et mettre en œuvre des politiques de transport qui préconisent un mode de déplacement actif et sans danger comme la marche ou la bicyclette pour aller à l'école et se rendre sur son lieu de travail</i>
<p>STRATÉGIE B souligner l'importance et renforcer le rôle des soins de santé primaires en milieu urbain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer le rôle des soins de santé primaires en milieu urbain en allant à la rencontre des groupes et des populations qui vivent dans les habitats informels, des taudis ou des squats, et d'autres groupes exclus comme les populations nomades ou les clandestins. • <i>Exemple : impulser et soutenir les campagnes de grand nettoyage au service de la lutte antivectorielle</i>
<p>STRATÉGIE C polariser davantage sur l'équité sanitaire en milieu urbain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amplifier ou étoffer les programmes existants comme les villes-santé ou d'autres programmes de promotion d'un environnement sain pour souligner l'importance qu'il y a à réduire les inégalités et à canaliser la promotion de la santé vers les populations urbaines défavorisées, ainsi qu'à créer une cohésion sociale en intégrant des groupes exclus ou marginalisés. • <i>Exemple : cartographier les parties de la ville où le prix et la qualité des denrées alimentaires sont inéquitables et prendre des mesures spécifiques pour y remédier</i>
<p>STRATÉGIE D placer l'équité en santé parmi les priorités des collectivités locales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités et les compétences permettant d'évaluer l'incidence sur l'équité en santé des projets de développement, des plans d'urbanisme et des propositions d'investissement. • <i>Exemple : proposer la configuration technique et les ressources nécessaires pour appuyer les efforts communautaires tendant à améliorer l'approvisionnement en eau et les infrastructures idoines, la construction de latrines pour les ménages et les réseaux d'évacuation</i>
<p>STRATÉGIE E défendre un projet national</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire face aux défis et promouvoir les possibilités découlant de l'urbanisation pour protéger et promouvoir la santé pour tous. Instaurer un climat politique national propice à la sécurité d'occupation des logements, à des prestations de santé plus justes et à des réseaux de protection sociale permettant d'atteindre les objectifs de santé. • <i>Exemple : réglementation antitabac</i>

visibles. Idéalement, il faudrait définir l'objectif stratégique en le complétant d'un ensemble précis de changements escomptés et de résultats représentés, autant que possible, sous forme de nombres ou de pourcentages exacts au cours d'une période donnée. Les résultats escomptés devraient être des changements mesurables d'après les indicateurs utilisés dans l'application Matrix ou Monitor pour le volet « évaluation ». Figurera aussi l'évolution attendue

concernant les déterminants sociaux de la santé et les effets qui devraient en résulter sur la santé. Ces mesures permettront de calibrer de façon tangible les progrès accomplis et les réalisations obtenues grâce à l'intervention.

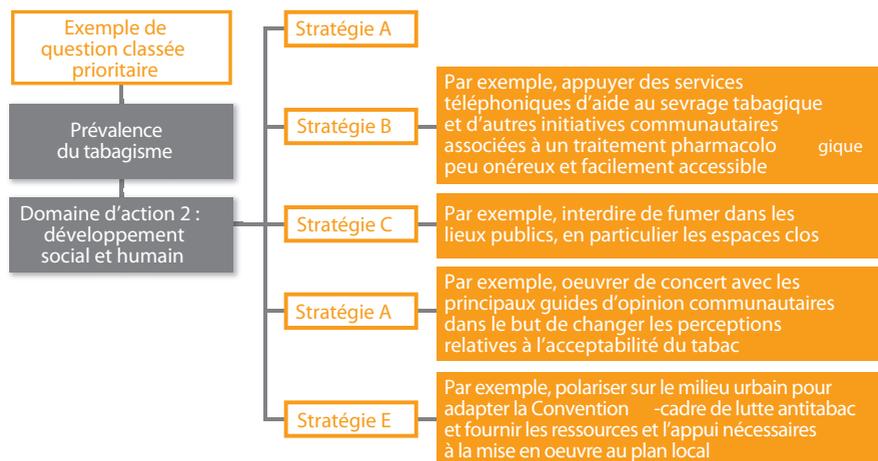
Lorsque l'on fixe les délais d'exécution, il faut impérativement tenir compte du problème concret qui se pose dans le contexte politique et stratégique de la ville, y compris des délais nécessaires pour établir le budget et pour obtenir les approbations de toutes les parties nécessaires, sans oublier la pérennité du programme (ressources et appui politique). Le cycle de planification des autorités locales ou nationales est une contribution capitale à l'échéancier.

Au moment d'élaborer l'objectif stratégique, il est également impératif que l'ensemble des parties prenantes participent à l'adoption du cahier des charges. L'accent mis sur l'importance d'une perspective commune et l'urgence de la collaboration sera un facteur de cohésion pour le projet car chaque secteur a ses propres intérêts. Si, au final, le but commun consiste à réduire les inégalités sanitaires, la définition d'autres thèmes communs entre les objectifs du secteur de la santé et ceux d'autres secteurs comme formant un but pangouvernemental global permettra de tisser des liens au service d'une action intersectorielle réussie en faveur de la santé.^{1,2}

EXEMPLE

Si le tabagisme a été reconnu comme l'une des questions prioritaires auxquelles s'atteler, les personnes chargées de mettre en œuvre l'Outil Urban HEART auront alors besoin de définir quelles stratégies appliquer, en tenant compte notamment des domaines susceptibles de connaître des inégalités : par exemple, le ciblage de groupes vulnérables comme les adolescents pour la publicité sur le tabac ou l'incapacité de certains lieux de travail à faire appliquer l'interdiction de fumer. À partir de ces stratégies, on pourrait définir des interventions appropriées. La Figure 9 montre comment les équipes peuvent établir un ensemble d'interventions après avoir classé les questions par ordre de priorité. La première étape consisterait à cartographier le(les) indicateur(s) en le(s) rattachant au domaine d'action dont il(s) relève(nt), puis à se reporter aux modules d'intervention pour ce domaine, lesquels sont classés en fonction des cinq stratégies de riposte (disponibles à l'annexe du Manuel de l'utilisateur). Ces stratégies devraient reposer sur un objectif bien précis. Afin de trouver la méthode d'intervention la mieux adaptée via une action intersectorielle, il est recommandé d'organiser des sessions de remue-méninges faisant intervenir tous les secteurs et toutes les communautés. Cela permettra de définir la capacité et les ressources disponibles de chaque secteur (financier, par exemple), les outils et les mécanismes, ainsi que les ressources humaines.

Figure 9 Déterminer les stratégies et les interventions (illustration de la lutte contre le tabagisme considérée comme prioritaire)



Enfin, en déterminant les groupes d'action, les décideurs devraient aussi évaluer les corrélations possibles avec des programmes d'intérêt similaires qui existent déjà ou sont en cours. On pourrait ainsi éviter les chevauchements, réduire les coûts au minimum et encourager la collaboration avec d'autres protagonistes. Ce serait aussi beaucoup plus facile que de partir de zéro puisque la structure institutionnelle et le financement sont déjà en place. La participation communautaire est, elle aussi, fondamentale pour arrêter les interventions appropriées et obtenir des résultats programmatiques concluants. Par exemple, en engageant la communauté dans des groupes de discussion tendant à définir des interventions essentielles, on peut en profiter pour instaurer une bonne communication et une compréhension commune des priorités.



E.2 – SÉLECTIONNER LES INTERVENTIONS PERTINENTES

Il est indispensable de mettre en œuvre des interventions rationnelles à l'aide de technologies adaptées et compte tenu des ressources disponibles. Par conséquent, il y aurait lieu d'établir un classement des interventions définitivement retenues comme prioritaires en fonction de l'importance et de la variabilité de la question cible, et en fonction du budget, du temps imparti, des ressources humaines et de la dynamique des programmes en vigueur, ainsi que des circonstances dans lesquelles s'inscrit le problème en question. Six critères sont proposés pour hiérarchiser les interventions, à savoir :

REDUIT LES INEGALITES SANITAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention agira-t-elle sur les disparités présentées par les déterminants de la santé et les événements de santé ? • Tiendra-t-elle compte de la cible, telle qu'elle est présentée dans les résultats escomptés de l'objectif stratégique ? • L'intervention suscitera-t-elle involontairement des effets indésirables ?
RESSOURCES LOCALES DISPONIBLES	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un engagement de la part d'autres secteurs et parties prenantes concernant les ressources ? • L'intervention nécessite-t-elle davantage de moyens que ceux collectés ? • L'obligation de rendre compte vaut-elle pour toutes les parties concernées ?
ACCEPTABLE PAR LES COMMUNAUTES/AUTRES PRINCIPAUX ACTEURS CONCERNES	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention tient-elle compte des différences culturelles ? • Les membres de la communauté ont-ils partagé leurs points de vue sur la priorité des besoins et des interventions adaptées ?
REALISABLE DANS LES DELAIS IMPARTIS	<ul style="list-style-type: none"> • Vu les ressources disponibles (humaines, financières et institutionnelles), l'intervention peut-elle être mise en œuvre dans des délais qui sont socialement, politiquement et économiquement acceptables ?
SUSCEPTIBLE D'ETRE EFFICACE ET RATIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention s'est-elle révélée d'un coût minimum pour un effet maximum sur les inégalités sanitaires ? • S'est-elle avérée rentable ou est-il ressorti des études d'évaluation des résultats qu'elle était efficace ou prometteuse ?
CONFORME AUX PRIORITES LOCALES/ NATIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'intervention est-il conforme au programme politique local ou national ? • Y a-t-il un appui politique de la part des collectivités locales ?

Au moment de décider, c'est la transparence de la communication avec les parties prenantes qui aidera à faire le bon choix. Seule une évaluation véridique et honnête des ressources disponibles et des priorités entre les secteurs peut permettre aux responsables de l'élaboration des politiques de choisir les interventions réalistes et appropriées. De plus, les critères proposés devraient s'appliquer de façon rigoureuse afin que l'équipe puisse se rendre compte si une intervention est praticable ou non. Les collectivités locales devraient avoir leur mot à dire en ce qui concerne les priorités d'action. L'identification des interventions réalistes à l'aide des critères fournis dans l'Outil débouche sur la réalisation de l'objectif de base. Cependant, les phases suivantes – stratégie, programme, et suivi et évaluation – sont décisives pour garantir le caractère cyclique que l'on souhaite donner à l'Outil et pour pérenniser la lutte contre les inégalités sanitaires.

F. CONCLUSION



Urban HEART

Outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité
en santé en milieu urbain



Urban HEART a pour objet de faciliter les volets « évaluation » et « riposte » du cycle de planification. De plus, il s'agit essentiellement d'un outil destiné à promouvoir les interventions en cours, qui doit être incorporé dans la planification nationale et locale de la santé et dans la mise en œuvre des programmes.

L'élaboration des politiques et la mise en œuvre des programmes sont des processus complexes qui ne sont pas du ressort de l'Outil. Or, vu le rôle qu'ils jouent pour garantir la mise en œuvre pérenne et réussie de l'Outil Urban HEART, on les mentionne à nouveau brièvement. Dans la phase d'élaboration des politiques, les interventions retenues lors de la phase de riposte sont budgétisées et hiérarchisées afin de les incorporer au processus décisionnel des collectivités locales. La mise en œuvre du programme s'emploie à traduire la théorie en pratique à l'aide d'instances administratives et politiques de différents niveaux. Urban HEART n'est cependant pas un outil de mise en œuvre car, à ce stade, c'est l'unité sanitaire correspondante qui appliquera les politiques élaborées dans une optique d'équité et qui en assurera la surveillance. Les secteurs non sanitaires pourront aussi, à ce stade, disposer d'une dotation pour concevoir des politiques qui auront un impact sur l'équité en santé. Ce qui est présenté ici (description et illustration) n'est qu'une indication sur la façon de gérer la mise en œuvre. On peut, toutefois, l'envisager de différentes façons et chaque accord institutionnel conclu dans son cadre aura une incidence correspondante sur le processus.

Un système permettant d'étayer la volonté politique et les engagements financiers s'impose pour assurer la fonction de suivi d'évaluation et pour la pérennité générale de l'intervention. Il sera important d'évaluer le processus de planification et de mise en œuvre. Les interventions menées à bien devront



comporter des fonctions d'évaluation et de suivi intégrées. L'évaluation peut être à la fois externe et interne, faire intervenir la communauté et se concentrer à la fois sur les processus et sur les résultats. En outre, les collectivités locales et les communautés devraient s'employer à mettre en place les systèmes et les capacités nécessaires pour veiller à ce que des données désagrégées par catégorie soient disponibles au fil du temps, même si elles ne le sont pas au départ.

L'efficacité d'Urban HEART tient au fait qu'il peut être mis en œuvre dans les cadres institutionnels existants. Son unicité réside dans l'accent mis sur la lutte contre les inégalités sanitaires en milieu urbain. De plus, il favorise le dialogue intersectoriel et l'élaboration des politiques. À ce titre, Urban HEART ne devrait pas être considéré comme un outil analytique déconnecté du processus d'élaboration des politiques au niveau local. Bien qu'il incombe au secteur de la santé d'en assurer le contrôle et l'encadrement, il importe, dès le départ, de faire intervenir les principales parties prenantes qui aideront à cerner les problèmes appelant une action au niveau local.

Il est probable qu'il y ait déjà des évaluations et des interventions en cours dans les villes qui auront recours à l'Outil. Urban HEART peut compléter les initiatives sociales et sanitaires en vigueur en braquant les projecteurs sur l'équité. L'Outil propose une évaluation des étapes et des processus dans le but de promouvoir ou d'ajouter une dimension « équité » aux processus existants et de la corrélérer aux interventions pertinentes. Il est fortement conseillé d'incorporer le processus de planification et de mise en œuvre d'Urban HEART dans le processus d'élaboration local des politiques. Grâce à l'expérimentation pilote, plusieurs villes du monde ont déjà montré comment utiliser l'Outil d'évaluation et d'intervention pour aider les communautés ainsi que les autorités locales et nationales à s'atteler en amont à la question des inégalités en matière de santé.

ANNEXE 1. INDICATEURS DE L'OUTIL URBAN HEART

Liste des indicateurs de base

Table 1.A Indicateurs de base : événements de santé

#	ÉVÉNEMENT DE SANTÉ	INDICATEUR DE BASE	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Indicateur synthétique	Mortalité infantile	Le nombre de décès de nourrissons survenant entre la naissance et l'âge d'un an exactement, exprimé pour 1000 naissances vivantes	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction de la mère, zone locale
2.	Indicateur spécifique à une maladie	Diabète	Taux de prévalence du diabète et des décès liés au diabète pour 100 000 habitants (normalisé selon l'âge)	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
3.	Indicateur spécifique à une maladie	Tuberculose	A. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe (DOTS) B. Taux de prévalence et taux de mortalité liés à la tuberculose	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
4.	Indicateur spécifique à une maladie	Accidents de la route	Taux de mortalité lié aux accidents de la route pour 100 000 habitants (5)	Sexe, groupes d'âge, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

NOTE: annexe 1 du Manuel de l'utilisateur présente chaque indicateur de manière approfondie.

Table 1.B Indicateurs de base : déterminants de la santé

#	DOMAINE D'ACTION	INDICATEUR DE BASE	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Environnement et infrastructure matériels	Accès à une eau salubre	Pourcentage de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée ¹	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
2.	Environnement et infrastructure matériels	Accès à des infrastructures d'assainissement améliorées	Pourcentage de la population ayant accès à un système d'assainissement amélioré ²	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
3.	Développement social et humain	Achèvement d'un cycle complet d'études primaires	Achèvement d'un cycle complet d'études primaires, exprimé en pourcentage	Sexe, niveau de revenu, zone locale
4.	Développement social et humain	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
5.	Développement social et humain	Enfants entièrement vaccinés	Pourcentage d'enfants entièrement vaccinés ³	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
6.	Développement social et humain	Prévalence du tabagisme	Pourcentage de la population qui fume couramment des cigarettes et autres formes de produits du tabac	Sexe, groupes d'âge, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

#	DOMAINE D'ACTION	INDICATEUR DE BASE	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
7	Économie	Chômage	Pourcentage de la population actuellement au chômage	Sexe, groupes d'âge, niveau d'instruction, zone locale
8.	Gouvernance	Dépenses publiques de santé	Pourcentage des dépenses que les collectivités locales consacrent à la santé	Zone locale

Table 2 Indicateurs fortement recommandés : événements de santé

#	INDICATEUR	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
INDICATEURS SYNTHÉTIQUES			
1.	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Le nombre de décès d'enfants survenant entre la naissance et l'âge de cinq ans exactement, exprimé en tant que taux pour 1000 naissances vivantes	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction de la mère, zone locale
2.	Taux de mortalité maternelle	Le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pendant une période donnée, généralement une année ⁰	Zone locale
3.	Espérance de vie à la naissance	Le nombre d'années que peut espérer vivre un nouveau-né, si les conditions de mortalité prévalant au moment de sa naissance demeurent inchangées durant toute sa vie.	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
INDICATEURS SPECIFIQUES A UNE MALADIE (TAUX DE MORBIDITE/MORTALITE)			
4.	A. Tous les cancers B. Maladies cardio-vasculaires C. Maladies respiratoires D. VIH/sida E. Taux d'homicides F. Maladie mentale	Les taux de morbidité/mortalité (normalisés selon l'âge) à exprimer pour 100 000 habitants sur une période donnée. Par exemple, le taux de mortalité imputable à une maladie cardio-vasculaire pour 100 000 personnes au cours de l'année qui précède	Sexe, groupes d'âge, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

Table 3 Indicateurs fortement recommandés : environnement et infrastructure matériels

#	INDICATEUR	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Ménages desservis par un système de traitement des déchets solides	Pourcentage de ménages desservis par un système municipal de traitement des déchets solides	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
2.	Combustibles solides	Proportion de la population utilisant des combustibles solides ²	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
3.	Accidents du travail	Taux d'incidence des accidents ou maladies professionnels, ayant une issue létale ou non, pour 100 000 personnes actives	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

Table 4 Indicateurs fortement recommandés : développement social et humain

#	INDICATEUR	DÉFINITION	DISAGGREGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Alphabétisation	La proportion de la population adulte âgée de 15 ans et plus qui est alphabétisée, exprimée en pourcentage de la population correspondante	Sexe, niveau de revenu, zone locale
2.	Insuffisance pondérale	Prévalence d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction de la mère, zone locale
3.	Surcharge pondérale et obésité	Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la population	Sexe, groupes d'âge, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
4.	Allaitement maternel	Nourrissons exclusivement nourris au sein pendant six mois	niveau de revenu, niveau d'instruction de la mère, zone locale
5.	Grossesse précoce	Prévalence des grossesses précoces	Zone locale
6.	Activité physique	Pourcentage de personnes ayant un faible taux d'activité physique (<600 MET minimum par semaine)	Sexe, groupes d'âge, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

Table 5 Indicateurs fortement recommandés : économie

#	INDICATEUR	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Pauvreté	Pourcentage de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national	Sexe, niveau d'instruction, zone locale
2.	Les femmes dans la population active	Part des femmes dans la population active, exprimée en pourcentage	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
3.	Sécurité d'occupation des logements	Proportion des ménages ayant accès à la sécurité d'occupation des logements (en propriété ou en location)	Sexe, groupes d'âge, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

- 8 Indicateur 14 des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) [taux de mortalité infantile]. Les accoucheuses traditionnelles ne figurent pas dans cette catégorie (OMS).
- 9 La plus grande prudence est de mise lorsque l'on rend compte de l'enfant entièrement vacciné est un enfant auquel ont été administrées des doses des huit antigènes standard – BCG, DTC (3 doses), vaccins antipoliomyélitiques (3 doses) et antirougeoleux – avant l'âge d'un an pour autant que l'administration de chaque dose ait été valide (OMS).
- 10 Indicateur 24 des OMD.
- 11 Indicateur 23 des OMD.
- 12 Indicateur 30 des OMD ; on entend par source d'eau améliorée l'eau courante, les fontaines publiques, les forages ou les pompes, les puits protégés, les sources protégées ou l'eau de pluie (Habitat-ONU, directives sur les indicateurs urbains). On entend par « chômeurs » toutes les personnes au-dessus d'un certain âge qui ont été a) « sans emploi » pendant la période de référence, c'est-à-dire sans emploi salarié ou non salarié ; b) « immédiatement disponibles pour un emploi » c'est-à-dire, disponibles pour un emploi salarié ou une activité non salariée ; et c) « demandeurs d'emploi », c'est-à-dire qui ont accompli des démarches spécifiques en quête d'un emploi salarié ou non salarié (6).
- 13 Indicateur 31 des OMD ; on entend par système d'assainissement amélioré les dispositifs suivants : égouts ou fosses septiques, latrines à siphon hydraulique et latrines améliorées à fosse désaérée, à condition de ne pas être publics (ONU-Habitat, directives sur les indicateurs urbains).
- 14 L'achèvement d'un cycle complet d'études primaires, mesuré par le taux brut d'admission en dernière année du cycle d'enseignement primaire, est le nombre total d'élèves admis en dernière année du cycle primaire (d'après la Classification internationale type de l'éducation ou CITE-97), indépendamment de l'âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants atteignant l'âge théorique correspondant dans la population.
- 15 Indicateur 17 des OMD ; le personnel de santé qualifié comprend les médecins, infirmiers et sages-femmes qualifiés.
- 18 Indicateur 13 des OMD.
- 19 On entend par décès maternel le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (Définition de l'OMS).
- 20 Indicateur 16 des OMD.
- 21 Les utilisateurs devraient être vigilants lorsqu'ils font valoir des

Table 6 Indicateurs fortement recommandés : gouvernance

#	INDICATEUR	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Participation électorale	Pourcentage d'électeurs autorisés ayant voté lors des élections locales/nationales les plus récentes	Sexe, groupes d'âge, zone locale
2.	Assurance	Pourcentage de la population couverte par une assurance quelconque	Sexe, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale

Table 7 Indicateurs optionnels

#	DOMAINE D'ACTION	INDICATEUR	DÉFINITION	DÉSAGRÉGATION RECOMMANDÉE PAR :
1.	Environnement et infrastructure matériels	Débits de boissons alcoolisées	Nombre de débits de boissons alcoolisées pour 100 000 habitants	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
2.	Environnement et infrastructure matériels	Espaces verts	Proportion du territoire recouvert d'espaces verts (parcs, terrains de jeu, autres espaces publics, notamment)	Zone locale
3.	Développement social et humain	Violence au foyer	Taux de prévalence de la violence au foyer à l'encontre des femmes et/ou des enfants	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
4.	Développement social et humain	Faible poids de naissance	Pourcentage de nourrissons nés vivants qui pèsent moins de 2500 g (8) pendant une période donnée	Sexe de l'enfant, niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
5.	Économie	Population vivant dans des taudis	Proportion de la population urbaine vivant dans des taudis	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
6.	Économie	Emploi non officiel	Pourcentage de la population active exerçant un emploi non officiel	Niveau de revenu, niveau d'instruction, zone locale
7.	Gouvernance	Dépenses publiques pour l'éducation	Pourcentage du budget des collectivités locales affecté à l'éducation	Zone locale

- différences entre les taux de notification et de morbidité.
- 22 Indicateur 29 des OMD.
- 23 Indicateur 4 des OMD ; englobe l'insuffisance pondérale modérée (enfant dont le poids en fonction de l'âge est inférieur à la norme de 2 à 3 écarts types de la médiane pour la population de référence), et insuffisance pondérale élevée (plus de 3 écarts types de la médiane).
- 24 L'obésité est couramment définie comme un indice de masse corporelle (IMC) de 30 kg/m² ou plus. La surcharge pondérale est définie comme un IMC égal ou supérieur à 25-30 kg/m².
- 25 MET = équivalent métabolique : un MET est défini comme un kcal/kg/h et il équivaut à l'énergie que l'on dépense en étant tranquillement assis. Le MET est aussi défini comme la consommation d'oxygène en ml/kg/min sachant qu'un MET équivaut à l'oxygène consommé en étant tranquillement assis, soit 3,5 ml/kg/min (7).
- 26 L'indicateur 1 des OMD intitulé « Proportion de la population disposant de moins de US \$1 par jour en parité de pouvoir d'achat (PPA) » était l'indicateur proposé au départ. Or, d'après les recommandations des sites expérimentaux, le seuil de pauvreté national a été jugé plus indiqué.
- 27 Cette rubrique est similaire mais pas identique à l'indicateur 11 des OMD intitulé « Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole ». Vu la faible contribution de l'agriculture à la production économique d'une zone urbaine, en général, il n'a pas été jugé nécessaire d'établir une différenciation par secteurs.
- 28 La sécurité d'occupation des logements est « le droit de tout individu ou groupe d'être protégé efficacement par l'Etat contre une éviction illégale » (ONU-Habitat) : indicateur 32 des OMD.
- 29 On entend par assurance tout régime d'assurance, qu'il soit social, privé ou communautaire.
- 30 Les Centres de Lutte contre la Maladie (Etats-Unis d'Amérique) définissent l'espace vert comme un terrain public, non mis en valeur, couvert de végétation naturelle. Sont exclus les jardins privés et les espaces verts d'une superficie inférieure à 5 m².
- 31 Un ménage vivant dans un taudis est défini comme un groupe de personnes vivant sous le même toit et privées d'une ou plusieurs des conditions ci-après : accès à une source d'eau améliorée, accès à un système d'assainissement amélioré, surface habitable suffisante, pérennité du logement et sécurité d'occupation du logement. Cet indicateur est corrélé à l'objectif 7 des OMD.
- 32 « L'emploi non officiel » comprend le nombre total de ces emplois tel que définis par le Bureau international du Travail, qu'ils soient exercés dans le cadre d'entreprises du secteur officiel ou non officiel, dans des ménages, pendant une période de référence donnée (la liste intégrale des emplois non officiels définie par le BIT peut être consultée dans l'annexe du Manuel de l'utilisateur de l'Outil Urban HEART).

ANNEXE 2. RÉFÉRENCES ET SOURCES D'INFORMATION

RÉFÉRENCES

1. Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants of health equity in urban settings. Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.or.jp/knusp/KNUS_final_report.pdf, consulté le 30 janvier 2010).
2. Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling up (part 1): concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
3. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, consulté le 30 janvier 2010).
4. Réduire les inégalités en matière de santé pour une action sur les déterminants sociaux de la santé. Résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
5. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
6. Hussmanns R. La mesure de l'emploi, du chômage et du sous-emploi – Normes internationales en vigueur et questions de leur application. Organisation internationale du Travail, Département Statistique (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/---stat/documents/publication/wcms_088394.pdf, consulté le 19 janvier 2010).
7. Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASIndicators/en/index.html>, consulté le 19 janvier 2010).
8. Petit poids de naissance : estimations nationales, régionales et mondiale. Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9280638327/en/index.html>, consulté le 19 janvier 2010).

SOURCES D'INFORMATION

HEALTH (EQUITY) IN URBAN SETTINGS

- Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants of health equity in urban settings. Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.or.jp/knusp/KNUS_final_report.pdf, consulté le 30 janvier 2010).
- Harpham T. Urban health in developing countries: what do we know and where do we go? *Health and Place*, 2009, 15:107–116.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

- Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, consulté le 30 janvier 2010).

COMBATTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Bambra C et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009 (<http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.082743>, consulté le 22 janvier 2010).

- Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling up (part 1): concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006.

LA SITUATION DES VILLES DU MONDE

- Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat). *The state of the world's cities 2008/09: harmonious cities*. Nairobi, ONU-Habitat, 2008 (<http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2562>, consulté le 30 janvier 2010).

INDICATEURS DE SANTÉ

- The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>, consulté le 30 janvier 2010).

STATISTIQUES SANITAIRES MONDIALES

- Statistiques sanitaires mondiales 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>, consulté le 30 janvier 2010).