

GLOBAL REPORT  
on

URBAN

equitable, healthier cities for sustainable development

HEALTH

RÉSUMÉ



# INTRODUCTION

Entre 2016 et 2030, la communauté internationale concentrera ses efforts sur la réalisation des 17 objectifs de développement durable (ODD) récemment adoptés par les 193 États Membres des Nations Unies (1). L'objectif 3, qui porte sur la santé, est composé de 13 cibles qui visent à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Cet objectif élargit considérablement les ambitions des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en incluant des cibles portant sur la santé de la mère et de l'enfant, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la couverture sanitaire universelle et la salubrité de l'environnement. L'objectif 11, qui porte sur les villes, est composé de 10 cibles qui visent à faire en sorte que les villes soient ouvertes à tous, sûres, résilientes et durables. Ces 10 cibles abordent un éventail de questions essentielles permettant de renforcer le tissu physique et social d'une ville, par exemple le logement, le transport, l'économie et l'environnement.

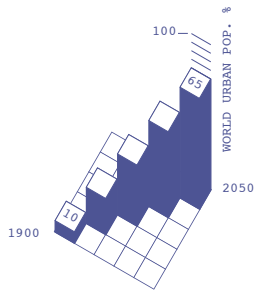
Il est important de noter que c'est la première fois que les villes se sont vues accorder un degré de priorité élevé dans le programme de développement mondial. Cet intérêt accru pour les villes s'explique par deux raisons principales. En premier lieu, depuis 2008, une majorité de la population mondiale habite en ville. Cette proportion devrait continuer de croître et il est prévu que deux personnes sur trois vivent en ville d'ici à 2050 (2). L'impact économique, social et environnemental des villes déterminera la qualité de vie ressentie à l'avenir dans le monde entier. En second lieu, les villes prennent de plus en plus l'initiative pour la résolution de problèmes mondiaux de développement comme le changement climatique, la santé publique et la sécurité alimentaire. Les autorités municipales et locales ont la capacité de prendre

rapidement des mesures sur ces sujets en s'adaptant aux besoins. Ensemble, les villes peuvent avoir une influence déterminante à l'échelle nationale et mondiale. Par exemple, des maires du monde entier ont signé en 2014 la Déclaration de Paris (France) afin d'atteindre les objectifs des Nations Unies visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2020, avec 10 ans d'avance par rapport aux prévisions à l'échelle nationale (3).

Par conséquent, il n'est pas surprenant que les ODD 3 et 11 soient étroitement imbriqués. Ces deux objectifs ciblent explicitement l'amélioration de la sécurité routière et de la qualité de l'air. La cible 4 de l'objectif lié aux villes a un lien direct avec la santé car elle concerne la réduction de la mortalité due aux catastrophes. En outre, l'ensemble des cibles de l'objectif 11 qui visent à améliorer les conditions de vie et de travail des personnes dans les villes contribuent à la réalisation de l'objectif lié à la santé.

Le premier rapport mondial sur la santé en milieu urbain, intitulé *La face cachée des villes – Mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain* (4), avançait que le manque d'intérêt pour les inégalités en santé en milieu urbain menaçait la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Contrairement à eux, les objectifs de développement durable ont inscrit l'équité comme valeur centrale pour la réalisation des cibles. Le présent rapport est une base permettant de comprendre ce qui a été réalisé à ce jour en ce qui concerne la santé en milieu urbain. Il expose les principaux défis à venir et met en lumière les solutions innovantes mises en œuvre par les acteurs locaux, nationaux et internationaux afin de contribuer au processus de réalisation des ODD.

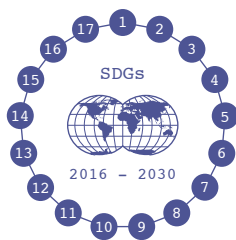
# Introduction



Start of the 20th century the world was only 10% urbanized.

**6.3B**  
**9.6B**

By 2050, 6.3B people, or 65% of the world population will live in urban areas.

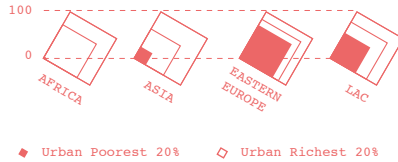


All 17 of the Sustainable Development Goals converge in urban environments, where the success of each is interdependent with one another and with achievements in health.

## 1 Reduce Health Inequity for Sustainable Development

Health equity remains a persistent problem for residents of all cities

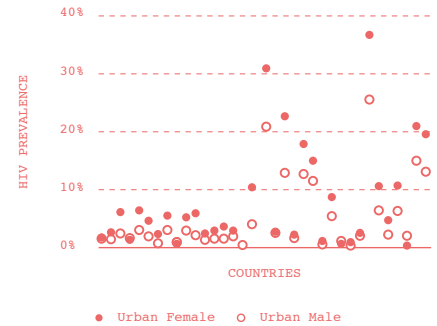
Even with the Millennium Development Goals vulnerable populations in urban areas were left behind.



Common patterns of the urban advantage and intra-urban health inequity, access to piped water is used as an example

## 3 Leverage the urban advantage to tackle communicable diseases

Cities must play a leadership role in the fight against communicable diseases.



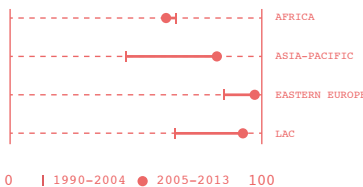
HIV prevalence among general population, by sex and country

# Section I Cities free of preventable diseases

## 2 Advance universal health coverage in cities

Cities will play a major role in demonstrating the feasibility and value of UHC.

The world has experienced some successes in increasing coverage of health services (figure below), but this ultimately masks the exclusion of large numbers of people without the rights or the means to access them.



Antenatal care coverage, by region across two time periods

## 4 Non-communicable diseases: overcome the new urban epidemic

**38 mln**

people die every year from NCDs

Non-communicable diseases are emerging as the new urban epidemic. Non-communicable diseases have typically been thought of as diseases of affluence, but they are now killing more people in the developing world than anywhere else, even as they continue to be a growing problem in the developed world.

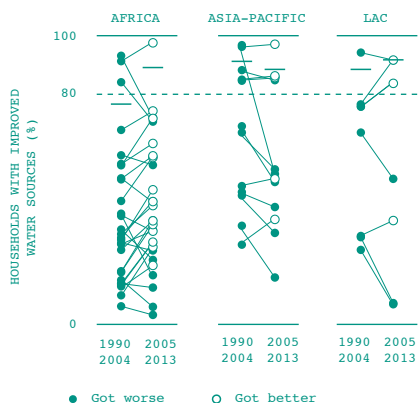
## 5 Tackle 21st century malnutrition

Cities increasingly face the unprecedented dual challenge of undernutrition and overnutrition.

**OVER**  
**UNDER**  
**NUTRITION**

## 6 Provide safe water and sanitation for all

Despite significant global progress, lack of access to safe and sustainable water and sanitation continues to pose an urgent challenge for cities.



► Trends in country level urban prevalence of access to improved water sources, comparing 1990–2004 to 2005–2013

## 8 Transform urban mobility

Urban transport can be transformed to be healthier, safer and more sustainable.



► Global map of air pollution in cities

**12% ONLY**

of city populations monitored by WHO are compliant with WHO air quality guidelines.

## 10 Ensure safety in the city

**526.000**

people lose their lives to violence every year, 90% of which occurs in countries officially at peace.

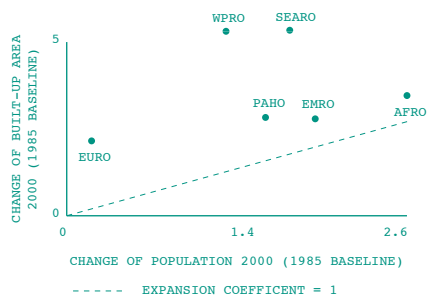
**VIOLENCE PEACE**

Much of this violence has become concentrated in urban areas.

# Section II Cities planned for people

## 7 Design healthier, more sustainable cities

Cities can be designed and managed in ways that enable healthier behaviour and achieve better health outcomes.



► Urban spatial expansion and population growth

## 9 Improve health in the home

Targeted housing interventions, greater use of clean energy and improved affordability can help tackle the global challenge of healthy and sustainable urban housing.



By 2025, about one third of the world's urban population will occupy substandard housing or will be so financially stretched by housing costs that they forgo other basic needs.

# Section III A renewed focus on urban governance: bringing it all together for health equity

- 1 Participatory decision making.
- 2 Public-private partnership.
- 3 Coordinated policies and actions across multiple sectors to achieve desired outcomes for health equity.

# SECTION 1

## UNE STRATÉGIE POUR DES VILLES PLUS SAINES

### CHAPITRE 1

## Réduire les inégalités en santé pour un développement durable

**POUR QUE LES VILLES DU MONDE ENTIER  
DEVIENNENT RÉELLEMENT PLUS SAINES, IL  
FAUT RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ**

L'égalité est un impératif éthique et un principe essentiel des ODD et du nouveau programme d'action sanitaire mondial sur la couverture sanitaire universelle. Le corpus de nouvelles données factuelles analysé pour le présent rapport révèle que l'égalité en santé reste un problème chronique pour les résidents de toutes les villes.

Les incidences sont énormes. Alors que la communauté internationale tire le bilan de l'ère des objectifs du Millénaire pour le développement, tout semble indiquer que les populations vulnérables des villes ont été laissées de côté, limitant la progression du développement mondial. Alors que les villes continuent de grandir, l'inégalité en santé en milieu urbain freinera certainement l'avancée nationale et mondiale vers les nouveaux objectifs de développement si elle n'est pas résolue.

Les dernières analyses menées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et portant sur 79 pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré qu'en moyenne, les enfants des foyers urbains appartenant au quintile le plus pauvre de la population ont deux fois plus de probabilités que ceux du quintile le plus riche de mourir avant leur cinquième anniversaire (5). Même dans les milieux plus aisés, une étude portant sur 16 villes européennes a constaté des inégalités en santé dans toutes les villes, celles-ci étant fortement associées au dénuement socioéconomique (6). De nombreux facteurs déclenchent de telles inégalités en santé, notamment le sexe d'une personne, son âge, son lieu de résidence et la condition de



migrant, alors que la pauvreté est le facteur de vulnérabilité prédominant. L'égalité en santé en milieu urbain est une question complexe, mais nombre de villes et de pays évoqués dans ce rapport prouvent qu'il est possible de résoudre le problème.

Certains pays ont réussi à combler l'écart en matière de survie en milieu urbain en accélérant les progrès au sein des populations les plus pauvres. L'Éthiopie a réduit de plus de 40% entre 2000 et 2011 le taux de mortalité des enfants des villes appartenant au quintile le plus pauvre de la population, alors que les chiffres ont peu évolué pour les enfants appartenant au quintile le plus riche. Plusieurs villes figurant dans le rapport de 2015 de Save the Children intitulé *State of the world's mothers: the urban disadvantage* (7) ont également montré des progrès importants en matière d'égalité en santé chez les enfants malgré la pression exercée par une forte croissance de la population.

L'absence de données de qualité à l'échelle des villes concernant la santé et ses déterminants ne facilite pas la tâche de promotion de l'égalité en santé en milieu urbain. Néanmoins, le besoin d'une révolution des données sur les villes se fait de plus en plus pressant afin de surmonter les difficultés que représentent l'invisibilité et les inégalités alors que les pays travaillent pour mettre en œuvre un développement durable. Un certain nombre d'initiatives locales luttent contre l'absence systématique de données sur les populations urbaines, en particulier sur les personnes les plus marginalisées. Des approches innovantes sont utilisées afin de dresser un bilan plus précis non seulement des zones urbaines en général, mais également des populations et des quartiers qui sont souvent exclus des études officielles. Des données infranationales de qualité sont essentielles pour atteindre l'égalité en santé, ainsi que les objectifs plus larges de démocratisation et de décentralisation. De nouvelles initiatives

de financement sont maintenant disponibles et elles peuvent orienter les villes vers des investissements plus substantiels dans la collecte de données complètes afin de contribuer à l'action locale (8).

Que ce soit pour générer des données, pour prendre des décisions ou pour élaborer des politiques, l'ensemble de la société doit se mobiliser pour influencer sur l'égalité en santé en milieu urbain. Faire tomber les barrières entre les structures organisationnelles cloisonnées, ainsi qu'entre les autorités et la population, peut faire en sorte que les causes profondes de l'inégalité en santé soient combattues et que les politiques et programmes applicables soient socialement durables.



---

Source: WHO/Anna Kari

## Faire progresser la couverture sanitaire universelle dans les villes

IL EST ESSENTIEL DE S'OCCUPER DAVANTAGE  
DES BESOINS SANITAIRES DES POPULATIONS  
URBAINES DÉFAVORISÉES POUR SE  
RAPPROCHER DE LA COUVERTURE  
SANITAIRE UNIVERSELLE

La santé fait partie des droits fondamentaux. L'accès à des soins de santé d'un coût abordable peut permettre de garantir la protection de la santé de chacun. La couverture sanitaire universelle est un pas important vers la réduction des inégalités dans l'accès aux soins de santé. Son objectif est de faire en sorte que chacun bénéficie des services de santé dont il a besoin sans s'exposer à des difficultés financières en devant payer pour se soigner.

Les plus grandes difficultés pour les villes en ce qui concerne l'avancée vers la couverture sanitaire universelle sont peut-être la croissance et l'hétérogénéité des populations urbaines, la diversité des origines et des milieux sociaux, culturels et économiques, ainsi que certaines sous-populations particulièrement défavorisées, par exemple celles qui vivent dans des bidonvilles. Étant donné que les systèmes de couverture santé, y compris les régimes d'assurance, relèvent principalement des gouvernements nationaux, le présent rapport se penche sur ce que les autorités et les communautés locales peuvent faire pour que la couverture sanitaire universelle devienne une réalité. La bonne nouvelle est qu'on peut faire beaucoup localement. Par exemple, les autorités municipales de Guangzhou (Chine) ont élargi en 2009 l'étendue des services de santé de base four-



**Cambodia: Improving hospitals and healthcare helps save lives**  
Source: Cambodia: Improving hospitals and healthcare helps save lives by Chhor Sokunthea/World Bank is licensed under CC By 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

nis gratuitement aux immigrés enregistrés non détenteurs d'un *Hukou* (une fiche d'inscription du foyer qui permet à ses détenteurs d'avoir accès aux services publics dans leur quartier). Ce service a concerné presque 13 millions de personnes en 2013 et les fonds alloués par les autorités locales à ce programme ont doublé entre 2009 et 2015, passant de US \$4 à US \$8 par personne et par an (9).

Les ONG locales et internationales peuvent également jouer un rôle fondamental. À Lima (Pérou), *Socios En Salud* (Partenaires en santé), une organisation à but non lucratif, a mis sur pied un ensemble de services de santé portant notamment sur la tuberculose, le VIH/Sida, la santé mentale et le développement de l'enfant à l'échelle communautaire dans les bidonvilles de Lima, où l'accès aux soins était limité. Les groupes de soutien mutuel ont donné des résultats particulièrement satisfaisants chez les patients atteints de tuberculose multirésistante ou du sida. Plus de 10 500 personnes souffrant de tuberculose multirésistante ont été traitées dans les bidonvilles du Pérou à un coût par cas extrêmement faible, ce qui a permis d'atteindre le taux de guérison le plus élevé jamais enregistré dans le monde. Cela a permis d'infirmier les hypothèses selon lesquelles le traitement de la tuberculose multirésistante



coûte trop cher et est trop compliqué pour réussir dans les communautés défavorisées (10).

Les villes joueront un rôle fondamental pour démontrer la faisabilité et l'importance de la couverture sanitaire universelle. Néanmoins, les succès engrangés en matière d'élargissement de la couverture des services sanitaires au cours de la dernière décennie dans les zones urbaines ont masqué l'exclusion d'un grand nombre de personnes n'ayant pas le droit ou pas les moyens d'y accéder. Par conséquent, à l'avenir, les villes devront faire en sorte que les aspirations économiques et en matière de bien-être de milliards de personnes vivant dans les zones urbaines ne soient pas entravées par une limitation des possibilités d'accéder à des soins de santé de qualité.

### CHAPITRE 3

## Tirer profit des avantages du milieu urbain pour lutter contre les maladies transmissibles

### LES VILLES DOIVENT ÊTRE À LA TÊTE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Les villes sont bien placées pour donner l'impulsion qui permettra de modifier l'évolution de certaines des maladies infectieuses les plus dévastatrices de notre époque. Elles sont proportionnellement bien dotées en agents de santé, en ressources financières et en infrastructures. La

densité de population relative des villes permet une mobilité et un accès adaptés afin d'atteindre les dispensateurs de soins, les établissements, les médicaments, etc.

Les villes méritent une attention particulière en ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles, car certaines de leurs caractéristiques les rendent particulièrement vulnérables. L'importante densité de la population peut regrouper les gens autour des risques. Dans les situations où l'eau est non potable ou l'assainissement insuffisant, une seule personne peut contaminer des communautés entières. L'importante densité humaine des villes augmente également le risque d'exposition à des maladies véhiculées par voie aérienne comme la grippe ou la tuberculose.

Une urbanisation rapide qui devance les capacités des autorités locales crée de nouvelles communautés vulnérables en périphérie des villes. Ces communautés se développent souvent sous la forme de zones de peuplement spontanées où la combinaison de mauvaises conditions de vie, d'un éloignement des services publics et des infrastructures, ainsi que d'une couverture inadaptee des services de santé facilite la transmission des maladies. Les inégalités au sein des villes peuvent faciliter la transmission des maladies, y compris dans les villes à revenu élevé qui grandissent peu. Les villes sont des espaces hétérogènes et hébergent un très grand nombre de personnes vulnérables. Il n'en reste pas moins que les maladies infectieuses sont faciles à contrôler et à

#### Mother comforts baby

Source: Mother comforts baby by Dominic Chavez/World Bank is licensed under CC By 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>



traiter en ville, et que les municipalités sont tout à fait capables de prendre des mesures afin de les endiguer et, en fin de compte, de les éliminer.

Voilà entre autres pourquoi les villes sont devenues le cœur des ambitions mondiales visant à mettre fin aux épidémies de VIH/sida et de tuberculose. Certes, l'épidémie mondiale de VIH a atteint son paroxysme au début des années 2000, mais le virus s'est récemment davantage concentré dans les villes. Les analyses menées par l'ONUSIDA dans 200 villes où la prévalence est élevée ont montré que celles-ci abritent jusqu'à 25% des personnes vivant avec le VIH, alors qu'elles ne représentent que 10% de la population mondiale (3).

La tuberculose a également réussi à proliférer dans certaines grandes zones urbaines, en particulier dans les communautés densément peuplées et particulièrement démunies. Dans certaines grandes villes des pays à revenu élevé, à faible charge de morbidité, l'incidence de la tuberculose peut être plusieurs fois supérieure à la moyenne nationale (11). La tuberculose reste plus répandue dans les grandes villes des pays en développement, dans lesquelles l'urbanisation rapide, la pauvreté et des mauvaises conditions de vie existent à bien plus grande échelle sans que le système de santé soit doté de moyens adaptés pour y faire face.

Il ne fait aucun doute que les difficultés rencontrées pour faire reculer ces maladies sont loin d'être négligeables, mais les villes et leurs partenaires, notamment l'OMS, favorisent de nouvelles initiatives afin d'améliorer de façon significative la lutte contre ces maladies et les traitements. Il est possible et nécessaire de faire beaucoup plus. Pour mettre fin aux épidémies de maladies mortelles comme le VIH et la tuberculose, les villes devront lutter contre leur transmission et s'assurer que les personnes déjà infectées ont accès à un traitement à un coût abordable et suivent ce traitement. Pour cela, il faudra renforcer les capacités afin d'identifier les personnes à risque et les personnes déjà malades. Il faudra également faire en sorte que les traitements et la prévention soient à la portée de tous, en par-

ticulier des personnes et des communautés vulnérables. Il est en outre important que les villes s'attaquent aux déterminants sociaux et environnementaux qui contribuent à la persistance et à la propagation des maladies transmissibles.

#### CHAPITRE 4

## Maladies non transmissibles: vaincre la nouvelle épidémie urbaine

**LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES REPRÉSENTENT UN DANGER POUR LA SANTÉ HUMAINE, MAIS ELLES ONT ÉGALEMENT DES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES IMPORTANTES POUR LES VILLES**

Les maladies non transmissibles sont en train de devenir la nouvelle épidémie des villes. Si ces maladies touchent aussi les campagnes, l'environnement urbain est propice à des styles de vie et à des comportements qui contribuent à leur développement. Par exemple, de mauvaises politiques d'urbanisme, de longs trajets entre le domicile et le lieu de travail et une dépendance excessive dans les moyens de transport motorisés peuvent entraîner la sédentarité et une difficulté à faire les bons choix alimentaires. Les tendances démographiques comme le vieillissement de la population peuvent également accroître la charge de morbidité liée aux maladies non transmissibles en milieu urbain.

Habituellement les maladies non transmissibles sont considérées comme des maladies de riches,

mais elles tuent maintenant davantage de personnes dans les pays en développement qu'aïl leurs, même si elles restent un problème de plus en plus préoccupant dans les pays développés. Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont maintenant les deux principales causes de décès dans les villes d'Inde (12). Les populations urbaines défavorisées sont elles aussi frappées par ce nouveau fléau de la vie en ville, les résidents des bidonvilles affichant une incidence de diabète et d'hypertension bien plus élevée que la moyenne nationale indienne. De la même façon, au Kenya, les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires et aux traumatismes ont connu une progression significative, alors que la mortalité due au VIH/sida a baissé dans la population défavorisée de Nairobi entre 2003 et 2012 (13). Les maladies non transmissibles représentent une menace pour la santé humaine dans les villes, mais elles ont également des conséquences économiques non négligeables, en particulier dans les économies en cours d'urbanisation. Le coût des maladies cardiovasculaires, des troubles mentaux, des affections respiratoires chroniques, du cancer et du diabète a été estimé à US \$27 800 milliards pour la Chine et à US \$6200 milliards pour l'Inde pour la période 2012-2030 (14).

Avec une sensibilisation déficiente, des consultations tardives et une préparation insuffisante des services de santé, il convient d'agir au niveau des soins primaires afin de s'attaquer aux conséquences des maladies non transmissibles, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des systèmes de prestation de soins de santé intégrés garantissant une prévention fluide, un diagnostic précoce, ainsi que le traitement et la prise en charge des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles seront incontournables, aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle locale. Nombre des causes principales et des facteurs de risque des maladies non transmissibles sont fortement influencés par différents aspects de la vie en ville et de l'environnement urbain. Plusieurs chapitres de ce rapport établissent par conséquent des liens explicites avec les maladies non transmissibles. L'environnement alimentaire en milieu urbain, l'organisation spatiale de la ville, les systèmes de transport, le logement, ainsi

que l'environnement et la sécurité du quartier contribuent à façonner la charge de morbidité des maladies non transmissibles en milieu urbain, de même que d'autres déterminants sociaux comme l'éducation, l'emploi et les revenus.

Par conséquent, pour lutter contre les maladies non transmissibles, les mesures prises par le secteur de la santé ne suffisent pas. Une large collaboration intersectorielle est essentielle. L'OMS et ses partenaires ont défini un train d'interventions rentables sur les maladies non transmissibles, notamment des mesures fiscales, l'information du grand public et des restrictions sur la publicité; ces interventions ciblent les facteurs de risque et les affections en lien avec les maladies non transmissibles (15). Les autorités locales exercent souvent un contrôle politique et législatif sur nombre de ces stratégies, par exemple en ce qui concerne la législation antitabac et les taxes sur l'alcool. Les municipalités sont également compétentes pour améliorer l'environnement physique (logement, trottoirs, parcs, routes) afin de le rendre plus sûr et plus sain pour l'ensemble de la population. Par conséquent, les villes sont en passe d'exploiter au maximum les avantages du milieu urbain afin de réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Pour trouver des solutions efficaces et durables, il faut nécessairement encourager la participation active de toutes les parties prenantes et, surtout, des communautés elles-mêmes.

---

Source: WHO/Anna Kari



# Lutter contre la malnutrition au XXI<sup>e</sup> siècle

DE PLUS EN PLUS, LES VILLES SONT CONFRONTÉES SIMULTANÉMENT À LA SOUS-NUTRITION ET À LA SURALIMENTATION, CE QUI CONSTITUE UN DÉFI INÉDIT

Tout au long de la vie, la nutrition a une influence sur la santé et le bien-être des personnes, de même que de nombreux déterminants de la santé comme l'éducation et l'emploi. Les environnements urbains influencent la façon dont nous mangeons et ce que nous mangeons – la qualité des aliments, leur quantité, leur disponibilité, leur accessibilité, ainsi que les modes de consommation. D'un côté, cela a créé une tendance inquiétante à l'augmentation de la suralimentation, ainsi que des risques de maladies cardiovasculaires connexes. D'un autre côté, la sous-nutrition reste un sujet de préoccupation grave pour les personnes vivant dans des environnements urbains défavorisés. Plusieurs exemples d'initiatives en milieu urbain laissent entrevoir combien les mesures locales peuvent se révéler efficaces pour améliorer l'environnement alimentaire en milieu urbain et les résultats nutritionnels.

Des analyses récentes menées par l'OMS révèlent des taux croissants de surpoids et d'obésité parmi les femmes vivant en milieu urbain dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (5). La prévalence moyenne la plus élevée est recensée dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, où à peu près la moitié des femmes vivant en milieu urbain sont en surpoids. D'autres études montrent que cette charge croissante du surpoids en milieu urbain est beaucoup plus élevée pour les personnes défavorisées et possédant un faible niveau d'instruction (16). Dans le même temps, la sous-nutrition reste



Rooftop farm/greenpoint

Source: Rooftop farm/greenpoint by Lila Dobbs is licensed under CC BY 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

très répandue dans les villes des pays à revenu faible ou intermédiaire. Le retard de croissance de l'enfant, par exemple, a globalement régressé dans les zones urbaines au cours de ces dernières décennies, mais les inégalités en matière de retard de croissance entre les enfants des ménages urbains les plus pauvres et les plus riches a peu évolué (5). Ces tendances ont convergé dans les zones urbaines pour créer un cocktail étonnant d'augmentation simultanée de la suralimentation et de la sous-nutrition (17).

Confrontées à ce défi, les villes disposent de nombreux moyens pour lutter contre les causes de la malnutrition. Si les interventions ciblant l'alimentation et la nutrition menées par l'intermédiaire du système de santé sont sans aucun doute importantes, le présent rapport attire l'attention sur des secteurs autres que le secteur de la santé. Les services urbains de base, comme l'eau, l'hygiène et l'assainissement, peuvent avoir d'immenses répercussions sur la nutrition en réduisant les épisodes de maladies infectieuses (18). L'organisation, les services et les infrastructures de la ville peuvent être conçus de façon à promouvoir l'activité physique et l'accès à des aliments sains. L'agriculture en milieu urbain peut renforcer la sécurité alimentaire, alors que l'éducation et la réglementation peuvent être utilisées pour encourager des comportements alimentaires sains. La cohérence et l'intégration des politiques peuvent améliorer l'efficacité de ces différentes interventions. Un engagement politique sans faille est également fondamental – et possible – comme le prouvent les dirigeants des villes du monde entier qui se sont récemment engagés à développer des systèmes alimentaires durables en milieu urbain afin de renforcer la sécurité alimentaire dans leurs villes (19,20).

# SECTION 2

## UN AMÉNAGEMENT URBAIN CENTRÉ SUR LA PERSONNE

### CHAPITRE 6

## Assurer l'approvisionnement en eau potable et des moyens d'assainissement pour tous

**MALGRÉ LES PROGRÈS SIGNIFICATIFS ACCOMPLIS AU NIVEAU MONDIAL, L'ACCÈS INSUFFISANT À L'EAU POTABLE ET À DES MOYENS D'ASSAINISSEMENT ADÉQUATS CONTINUE DE POSER UN PROBLÈME QUE LES VILLES DOIVENT RÉSOUDRE D'URGENCE**

L'accès à l'eau potable et aux moyens d'assainissement est indispensable pour jouir de l'ensemble des droits humains (21). Il s'agit d'un des services les plus importants que les villes doivent fournir pour atténuer la pauvreté et assurer le développement durable. Mais offrir des services équitables en milieu urbain constitue un défi majeur en raison de l'importance de la population à desservir, de sa diversité et de son instabilité. Les risques de ne pas fournir ces services sont élevés, car une seule source de pollution affectera un grand nombre de personnes en raison de la densité de la population urbaine.

En moyenne, des progrès significatifs ont été accomplis au cours des dernières décennies en matière d'accès à l'eau potable et à des moyens d'assainissement, tant au niveau national qu'en milieu urbain (22). Il ressort de la dernière analyse de l'OMS que l'accès à des sources d'eau améliorées en milieu urbain a même dépassé la cible de la couverture de santé universelle de 80% des pays à revenu faible ou intermédiaire d'Afrique, d'Asie, du Pacifique et d'Amérique



latine et des Caraïbes (5). Mais de très fortes inégalités subsistent en matière d'accès à l'eau et de qualité de l'eau aussi bien entre des pays ayant atteint différents niveaux de développement qu'à l'intérieur même des pays. La couverture par des moyens d'assainissement en milieu urbain dans les pays les moins avancés est encore inférieure à 50% (22), le taux de défécation en plein air restant élevé chez les citoyens pauvres de plusieurs pays (5). La gestion des déchets solides, y compris l'évacuation des excréta humains est un élément essentiel de la chaîne des services d'as-

---

**Omnibus Infrastructure Development- Federated States of Micronesia**

Source: Omnibus Infrastructure Development - Federated States of Micronesia by Asian Development Bank is licensed under CC BY 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>



sainissement urbain qui doit davantage retenir l'attention.

Plusieurs solutions possibles existent, à des niveaux d'échelle différents. Il ressort d'un récent examen systématique que l'intervention la plus efficace pour réduire les maladies diarrhéiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est l'installation d'un filtre au point d'utilisation associée à un stockage de l'eau dans des conditions sûres, alors qu'au niveau communautaire, les meilleures interventions sont celles qui consistent à offrir des solutions de haute qualité pour l'eau courante et l'évacuation des eaux usées (23). Un nouveau programme social à Tanger (Maroc) offrant la possibilité de se raccorder au réseau de distribution d'eau de la ville a permis de constater que les familles à faible revenu sont prêtes à investir pour être raccordées. L'assistance technique pour les demandes, ainsi que des prêts sans intérêts et les réseaux sociaux (c'est-à-dire les effets du voisinage) ont accru la popularité du programme (24).

Vu le caractère systémique des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, les solutions doivent être bien coordonnées à l'échelon du système pour être efficaces et efficaces sur une large échelle. Entre 2000 et 2012, les autorités nationales, les organismes de développement et la société civile ont conjugué leurs efforts pour améliorer l'assainissement dans les bidonvilles au Kenya avec un succès qu'on a pu mesurer. La proportion des ménages dans les bidonvilles s'approvisionnant auprès de vendeurs d'eau a été ramenée de 74,8% à 11,4%, alors que celle des ménages s'approvisionnant aux robinets publics passait de 2,7% à 59,3%. La proportion des ménages utilisant des toilettes à chasse d'eau a sextuplé alors que celle des ménages utilisant des latrines à fosse a presque diminué de moitié. Ces améliorations ont été liées à une régression de la mortalité diarrhéique et de la mortalité chez les moins de cinq ans (13,25,26). Il ne faut pas se laisser impressionner par la difficulté de solutions de ce type qui nécessitent une coordination à de nombreux niveaux car elles sont durablement applicables, même lorsque les ressources sont limitées.



# Un aménagement urbain, plus favorable à la santé et plus durable

## LA GESTION ET L'AMÉNAGEMENT URBAINS PEUVENT PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET ABOUTIR À DE MEILLEURS RÉSULTATS

L'accroissement de la population urbaine au cours du siècle dernier a forcé les responsables de la gestion et de l'aménagement urbains du monde entier à faire face à l'arrivée d'un nombre important de nouveaux résidents. Certaines villes ont été dépassées par cet afflux, qui a conduit à la prolifération en périphérie de zones d'installation sauvages dépourvues de services et de toute infrastructure urbaine. Dans la plupart des cas, les villes se sont simplement étendues géographiquement, occupant une superficie de plus en plus importante et s'étendant parfois à perte de vue. Les responsables de l'aménagement sont alors confrontés à une extension qui dépasse dans bien des cas la capacité d'absorber l'accroissement de la population. Dans un échantillon mondial de 120 villes étudiées au cours de la période 1990-2000, la superficie de la ville a augmenté deux fois plus vite que la population (27).

Dans ces villes qui s'étendent, les moyens de répondre aux besoins de la vie courante deviennent moins accessibles pour beaucoup. Si la densité est insuffisante, les transports publics risquent d'être rares ou inexistantes pour certaines communautés. Il est plus facile d'aménager durablement des hôpitaux, des écoles, des entreprises, des parcs et des espaces publics lorsque la densité de population est élevée. Dans le cas contraire, ces institutions et l'infrastructure qui constituent l'essence même de l'avantage de vivre en ville ne sont plus durables.



Los Angeles in a Good Light

Source: Los Angeles in a Good Light by Ron Reiring is licensed under CC BY 2.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

Les espaces urbains deviennent alors des espaces à usage unique, c'est à dire où l'on vit ou bien où l'on travaille, l'on joue et l'on assure ses besoins quotidiens, par opposition à des espaces à usage mixte. La relation entre l'expansion géographique et les problèmes de santé est bien documentée. Ainsi l'actualisation en 2014 d'une étude phare sur l'expansion des métropoles a confirmé la corrélation négative existant entre l'expansion, la santé et les occasions économiques offertes dans 221 villes et 994 districts (*counties*) des États-Unis d'Amérique (28).

Il est possible d'aménager les villes avec le souci de la santé des résidents. Une des manières de lutter contre l'excès de sédentarité consiste à offrir un habitat compact plus dense. Dans les villes à plus forte densité, les distances à parcourir ont tendance à être plus courtes – les choses dont les gens ont besoin, les endroits où ils doivent se rendre sont plus proches. On passe donc moins de temps à bord d'un véhicule; les déplacements sont également moins coûteux ce qui peut être particulièrement intéressant pour les ménages à revenu faible ou intermédiaire. La durée plus brève du trafic pendulaire n'a pas seulement des avantages économiques: elle favorise aussi la santé mentale.

Les villes doivent sérieusement envisager *comment* elles peuvent tirer profit d'un aménagement plus dense. La composition des espaces peut déterminer dans quelle mesure une forte densité de l'habitat peut avoir une influence positive – ou négative – sur la santé. Une exploitation mixte des sols associée à un habitat à forte densité est corrélée à

des niveaux plus élevés d'exercice physique (29). Les espaces verts et les zones de loisirs jouent un rôle essentiel dans la composition de l'exploitation mixte, ce qui donne aux citoyens l'occasion d'être moins sédentaires et de promouvoir leur santé mentale. Inversement, si l'aménagement est mal conçu, une densité accrue peut limiter le nombre des logements, entraîner une hausse des loyers et des prix de l'immobilier et, dans les cas extrêmes, conduire à un surpeuplement néfaste pour la santé.

Les villes peuvent adapter leur forme actuelle et prévoir des aménagements propres à mieux protéger la santé des citoyens de demain. Un aménagement urbain plus sain peut assurer la mobilité tout en favorisant l'activité physique et un régime alimentaire sain et faire en sorte que les gens passent moins de temps en voiture pour se consacrer davantage à des activités productives ou à l'amélioration de leur qualité de vie. Les villes peuvent s'adapter pour que les gens vieillissent en bonne santé au sein de la communauté. Elles peuvent aussi s'adapter au changement climatique. Tous ces objectifs sont réalisables en préservant le dynamisme de leur économie et en allant vers l'avant.

## CHAPITRE 8

# Transformer la mobilité urbaine

**LES TRANSPORTS URBAINS PEUVENT ÊTRE TRANSFORMÉS POUR FAVORISER LA SANTÉ, LA SÉCURITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

Les villes offrent la promesse de rapprocher les gens de ce dont ils ont besoin pour vivre, d'assurer leur accès et leur mobilité pour travailler, se nourrir et se soigner – tout ce dont chacun a besoin. La mobilité et l'accès représentent deux des moyens

pour les villes de profiter de l'avantage qu'elles peuvent offrir à leur population résidente en termes de santé et de prospérité. On observe à l'échelle mondiale une tendance aux transports privilégiant les déplacements privés en véhicule à moteur. Cette tendance peut favoriser la mobilité et l'accès de nombreuses personnes, mais elle s'accompagne de risques potentiels non négligeables pour la santé. Le recours accru au transport motorisé et l'extension des villes sont couramment associés à un comportement plus sédentaire, lequel est à son tour associé à la progression des maladies non transmissibles en milieu urbain.

L'utilisation de véhicules à moteur privés en ville contribue largement à la pollution de l'air ambiant. En étudiant la qualité de l'air dans 1600 villes de 91 pays en 2014, l'OMS a constaté que seulement 12% des populations urbaines étudiées vivaient dans des municipalités qui respectaient les directives sur la qualité de l'air (30). La vie citadine expose la population à des niveaux de pollution de l'air plus élevés à proximité de la source de la pollution. Selon des estimations récentes, jusqu'à 3,3 millions de décès annuels prématurés sont dus à une exposition aux particules fines (31), le type de pollution atmosphérique le plus étroitement lié aux gaz d'échappement des véhicules à moteur et aux autres formes de combustion. La situation est en train de s'aggraver et les décès imputés à la pollution de l'air à laquelle les véhicules à moteur contribuent de manière importante ont augmenté de 11% (32).

L'une des conséquences les plus tragiques de la motorisation des transports urbains a été l'aggravation du bilan des accidents de la circulation. Au cours des 20 dernières années, le nombre des décès imputables aux accidents de la route a augmenté de 46%, ce qui en fait la huitième cause de décès dans le monde (32). Si l'on n'intervient pas, l'OMS prévoit que les accidents de la circulation feront plus de 1,9 million de décès annuels d'ici à 2030 devenant la septième cause mondiale de décès (33).

Chacun devrait pouvoir se rendre de manière sûre et commode là où il a besoin d'aller pour ses occupations quotidiennes. Il appartient aux villes de donner à leurs résidents les moyens efficaces et sûrs d'y parvenir. Elles devront pour cela réduire le

nombre de véhicules sur les routes et les distances parcourues en facilitant les transports en commun et la mobilité douce tout en privilégiant les solutions à la fois souhaitables et pratiques pour les usagers. Lorsque les gens peuvent aller là où ils doivent se rendre à pied ou à bicyclette ou par un moyen de transport en commun rapide et commode, l'attrait des véhicules individuels diminue. La solution idéale consiste à planifier un développement axé sur le transit avec de nombreux espaces et résidences à usages multiples regroupés autour d'options de transit de masse et de zones où l'on peut se déplacer à pied. Que les villes soient en train de planifier un aménagement nouveau où qu'elles soient contraintes de maintenir l'aménagement actuel, il existe des méthodes relativement économiques qui ont fait leurs preuves pour réduire la dépendance à l'égard de l'automobile, désengorger les rues et créer un environnement plus favorable à la santé.

Des systèmes de transports urbains plus favorables à la santé supposent aussi que les déplacements à bord des véhicules et que les rues des villes soient plus sûrs pour tous. Les rues peuvent être aménagées de manière à réduire sensiblement la vitesse des véhicules et le nombre et la gravité des accidents. Il existe de multiples solutions pour apaiser le trafic en réduisant la vitesse des véhicules et en prévoyant des plans de sécurité routière plus généraux et des mesures contraignantes sur la sécurité des véhicules; il a été démontré qu'elles permettent de réduire de manière spectaculaire le bilan des accidents de la route.

---

#### Daily Commute

Source: Daily Commute by Alex Berger is licensed under CC BY 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>



## CHAPITRE 9

# Améliorer la santé à domicile

**DES INTERVENTIONS CIBLÉES EN FAVEUR DU LOGEMENT, PRIVILÉGIANT LA CONSOMMATION D'ÉNERGIE RENOUVELABLE ET DES PRIX PLUS ABORDABLES PEUVENT CONTRIBUER À RELEVER LE DÉFI MONDIAL D'UN HABITAT URBAIN DURABLE ET FAVORABLE À LA SANTÉ**

L'ampleur croissante de la crise du logement en milieu urbain représente un défi considérable: selon les projections, il faudra 1 milliard de nouveaux logements d'ici à 2025 pour héberger chaque année 50 millions de nouveaux citoyens (34). La pénurie de logements de qualité est particulièrement aiguë en l'absence de politiques adéquates du logement ou lorsqu'une croissance sauvage a conduit à la multiplication de logements précaires sans aucune réglementation.

Les mauvaises conditions de logement caractérisées par un accès insuffisant à l'eau potable, aux moyens d'assainissement et à l'électricité ou par l'insécurité sont à l'origine d'une lourde charge en termes de morbidité. Les bidonvilles offrent les exemples les plus extrêmes en matière d'habitat urbain et leurs effets sur la santé sont illustrés tout au long de ce rapport. Même dans les pays plus riches, il ressort des récentes estimations de l'OMS que, dans la Région européenne par exemple, les mauvaises conditions de logement sont à l'origine de 100 000 décès annuels (35). En revanche, les logements de bonne qualité présentent des avantages sanitaires et sociaux substantiels (36).

S'il importe de respecter des normes adéquates pour la construction de nouveaux logements, c'est en améliorant les logements existants qu'on peut avoir l'impact le plus significatif car ils sont tout simplement plus nombreux. Les améliorations peuvent concerner le chauffage et l'efficacité éner-



Source: WHO/Anna Kari

gétique ainsi que la santé des résidents et la qualité de la vie, surtout lorsque les interventions ciblent les groupes désavantagés qui occupent plus souvent des logements de qualité inférieure (37,41). Les interventions plus ambitieuses comme les projets de réaménagement urbain ont également enregistré des succès, mais il ne faut pas négliger leurs effets potentiels sur les mouvements sélectifs (mais pas nécessairement volontaires) de certains groupes que l'on va attirer ou au contraire faire fuir.

L'utilisation de combustibles solides présente un risque majeur pour la santé lié au logement et un facteur de pollution de l'environnement. En 2012, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations a été à l'origine de 4,3 millions de décès, ce qui en faisait le facteur de morbidité le plus important lié à l'environnement (42). Alors qu'on estime à 94% la proportion des logements urbains dans le monde disposant de l'électricité (43), il ressort d'une récente analyse de l'OMS portant sur les pays à revenu faible ou intermédiaire qu'une grande majorité des ménages urbains pauvres utilise encore des combustibles solides pour cuisiner (5). La meilleure solution consiste à fournir durablement des combustibles plus propres à un prix abordable en les rendant plus recherchés et à encourager leur utilisation exclusive au foyer et autour du foyer. En attendant, l'amélioration des fourneaux à combustibles solides continuera de jouer un rôle très important.

Outre la structure matérielle du logement et de l'environnement intérieur et extérieur, le prix est un aspect essentiel du logement et un important déterminant de la santé. Sur la base des tendances actuelles, il apparaît que d'ici à 2025 un tiers envi-

ron de la population urbaine mondiale occupera des logements de médiocre qualité ou sera confrontée à des difficultés financières liées au logement la poussant à sacrifier d'autres besoins prioritaires (34). Les prix peuvent être rendus plus abordables par une meilleure coordination du logement, des transports, de l'exploitation du sol et des politiques en matière de propriété. Il existe aussi des stratégies peu coûteuses, ou ayant un effet neutre sur les prix, permettant d'intégrer la promotion de la santé dans la conception et l'offre de nouveaux logements à des prix abordables, ce qui peut contribuer à réduire les inégalités en matière de santé associées à l'habitat urbain (44).

## CHAPITRE 10

# Améliorer la sécurité en milieu urbain

### LES PROBLÈMES DE SÉCURITÉ ET LA VIOLENCE URBAINE ONT DES RÉPERCUSSIONS SENSIBLES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION RÉSIDENTE ET SUR LA SOCIÉTÉ

Les actes de violence entraînent chaque année la mort de quelque 526 000 personnes (45) dont environ 90% dans des pays où règne officiellement la paix. Une grande partie de cette violence est concentrée dans les villes, même dans les pays où la population urbaine n'est pas majoritaire (46). On estime que 60% des habitants des villes de pays en développement ont été victimes de la violence (47).

Les niveaux de violence urbaine varient beaucoup d'une ville et d'un quartier à l'autre, et en fonction aussi de la taille et du niveau de richesse. L'exclusion sociale, la pauvreté, le faible niveau d'instruction et l'inégalité apparaissent comme des facteurs de risque majeurs de cette violence



(48). Le milieu urbain peut être caractérisé par des inégalités très prononcées et les facteurs de risque peuvent s'accumuler dans des zones particulières (49). L'urbanisation rapide peut exacerber les inégalités, les autorités municipales n'étant pas en mesure de fournir un minimum de services de protection contre la violence et la criminalité.

C'est souvent la population pauvre qui est avant tout victime de la criminalité et de la violence. Certaines communautés urbaines sont confrontées à une association de différents facteurs de risque, notamment la pauvreté et un niveau d'instruction inférieur, une infrastructure défavorisée et des services essentiels moins bons; la situation est particulièrement grave dans les installations sauvages et les bidonvilles que les services municipaux officiels ne parviennent tout simplement pas à desservir.

L'OMS estime que les taux d'homicide ont diminué globalement de 16% depuis l'an 2000 (50). Sur la base de cette amélioration et pour continuer de réduire l'impact de la violence dans les villes, il faut que les autorités urbaines s'engagent à comprendre les causes profondes de la violence au sein des communautés. Pour y parvenir, elles doivent renforcer la capacité de réunir et d'analyser les données sur les faits de violence. Or, on estime que les statistiques et les registres d'état civil de 60% des pays ne fournissent pas de données utilisables sur les homicides (50). Et lorsque ces données existent, elles ne sont souvent pas associées à des informations complémentaires essentielles sur les victimes, les auteurs des délits et d'autres précisions utiles. Trop souvent, les actes de violence ne sont pas notifiés, notamment lorsque les victimes sont des femmes, des enfants ou des personnes âgées, ce qui fait que les données issues d'enquêtes jouent un rôle essentiel pour comprendre la nature de la violence. Ces capacités importantes au niveau national le sont encore plus au niveau local où l'impact est ressenti, où les causes profondes peuvent être observées et où la riposte doit s'organiser.

Une fois que les villes auront renforcé leur capacité analytique de comprendre la violence qui les touche, on pourra se fonder sur les données locales pour mettre au point des interventions

rapides répondant aux besoins locaux et à la véritable nature du problème. Il faudra anticiper l'évolution de la situation et cibler non seulement les causes immédiates comme l'abus de l'alcool ou l'accès aux armes à feu, mais aussi les risques qui sont souvent enracinés au sein d'une communauté et d'une ville sur plusieurs générations. Le faible niveau d'instruction, les inégalités économiques, le chômage et l'exclusion sociale et physique figurent parmi les nombreux facteurs de risque qui peuvent s'associer au sein d'une communauté et rendre la population plus exposée. Les déterminants de la violence ont un caractère intersectoriel et par conséquent les réponses apportées doivent être intersectorielles elles aussi.

Les stratégies centrées sur la population peuvent agir sur des « points chauds » et réduire le niveau de la violence dans son ensemble, mais à l'intérieur même de ces points chauds se trouvent des personnes dont l'expérience et l'environnement peut les exposer davantage à commettre des actes de violence ou à en être victimes. Il existe des moyens d'intervenir auprès de personnes vulnérables et dans des situations vulnérables pour éviter la violence, sans recourir à l'emprisonnement (51). Non seulement on peut aider les gens à effectuer de meilleurs choix de vie en leur offrant de meilleures opportunités, mais on peut aussi les aider à prendre de meilleures décisions lorsqu'ils sont confrontés à une situation dangereuse, leur apprendre à désamorcer des situations de conflit et à gérer des pulsions de violence.

La réduction de la violence et l'amélioration de la sécurité en milieu urbain sont des priorités générales qui transcendent les problèmes particuliers et les cloisonnements. Le défi concerne le tissu social d'une ville, sa vitalité économique et sa capacité de fonctionner et d'offrir des services à la population. La violence et l'insécurité sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité évitables considérables dans les villes et dans le monde entier qu'il est possible d'atténuer et de prévenir. Certes les responsables disposent de moyens d'intervention, mais comme pour beaucoup de questions de santé en milieu urbain, les problèmes et les solutions supposent la coordination de réponses multisectorielles.

# SECTION 3

## UNE GOUVERNANCE URBAINE EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Le présent rapport a pour principal objet de déterminer comment la santé et l'équité en santé dans les villes sont conditionnées par une pluralité de facteurs comme l'aménagement urbain, l'environnement, la sécurité, le logement, la pollution et l'accès aux services de santé, et ce qu'il est possible de faire pour remédier aux effets néfastes et tirer le maximum des effets favorables à la santé. Les autorités municipales ont souvent à faire face à de nombreux besoins locaux. Pour que les interventions soient efficaces, il faut une approche globale associant un large éventail de parties prenantes. En outre, les membres de la société civile, le secteur privé et le gouvernement jouent un rôle déterminant pour façonner l'avenir de la santé publique dans les villes. On peut se prévaloir de leurs capacités collectives en utilisant trois mécanismes essentiels.

Tout d'abord, il faut tirer profit de la prise de décisions participative. Le fait d'associer la population urbaine aux décisions contribue à la recherche de solutions aux vrais problèmes, favorise l'engagement local et donne aux interventions un caractère plus durable. Le développement et l'autonomisation communautaires s'en trouvent renforcés.

Ensuite, il s'agit d'exploiter les capacités offertes par les ressources des villes au moyen de partenariats public-privé, la collaboration du secteur privé pouvant prendre trois formes, à savoir: i) partenariat avec le secteur public pour la construction de logements et la fourniture de services liés à la santé; ii) utilisation de l'avantage comparé du privé dans des domaines comme la commercialisation pour appuyer la multiplication de produits liés à la santé; iii) rôle de donateur ou de philanthrope appuyant des initiatives de santé publique. S'il ne faut pas nier les difficultés

qu'ils peuvent présenter à la longue en termes de productivité et d'équité des résultats, le moment est venu de renforcer les partenariats public-privé (52).

Enfin, comme le présent rapport l'a souvent montré, il faut des politiques et des mesures coordonnées touchant des secteurs multiples pour avoir les résultats souhaités en matière d'équité en santé. La santé dans toutes les politiques est une approche pour la prise de décisions qui reconnaît que la plupart des politiques du secteur public peuvent influencer la santé et l'équité en santé de manière positive ou négative (53). Pour que l'équité en santé soit vraiment ancrée dans les politiques et la prise de décisions de l'ensemble des autorités municipales, il faudra institutionnaliser la santé dans toutes les politiques, ce qui suppose des structures, des processus et des ressources formelles et durables permettant une analyse rapide des conséquences qu'auront les décisions pour la santé (54).

L'équité en santé, c'est la justice sociale en matière de santé. L'engagement politique mondial en faveur des objectifs de développement durable offre à chacun de nous un point de départ pour contribuer à l'équité en santé en milieu urbain. L'Organisation des Nations Unies a estimé à US \$2500 milliards le déficit des investissements annuels à combler pour atteindre les objectifs de développement durable dans les pays en développement (52). Il est donc d'autant plus nécessaire de comprendre les liens entre les différents objectifs et les traiter comme un tout. Confrontées aux défis du XXI<sup>e</sup> siècle et soucieuses d'honorer leurs engagements en faveur d'une amélioration de la santé et le bien-être de leurs habitants, les villes doivent absolument faire reposer leur stratégie sur le principe fondamental de l'équité.



## MDG Scorecard Summary

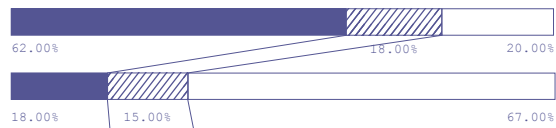
As the Millennium Development Goals [MDGs] have now been replaced by the Sustainable Development Goals [SDGs], we take a look back at how people in urban areas fared with respect to the MDG targets. What follows is a summary of analysis in the Global Report, showing how urban areas performed on the MDGs, as well as the results for the urban poor.

### Target 1C

Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger

### Indicator 1.8

Prevalence of underweight children under five years of age

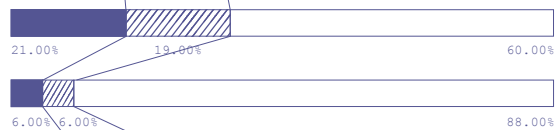


### Target 4A

Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

### Indicator 4.1

Under-five mortality rate

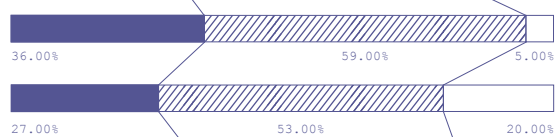


### Target 4A

Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

### Indicator 4.3

Proportion of 1 year-old children immunised against measles

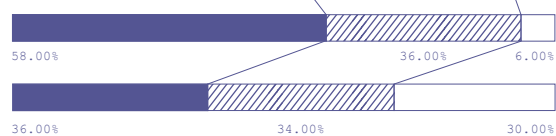


### Target 5A

Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio

### Indicator 5.2

Proportion of births attended by skilled health personnel

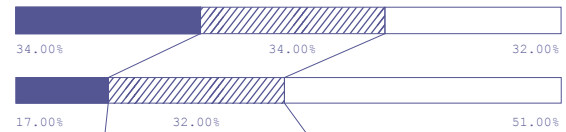


### Target 5B

Achieve, by 2015, universal access to reproductive health

### Indicator 5.5

Antenatal care coverage (at least four visits)

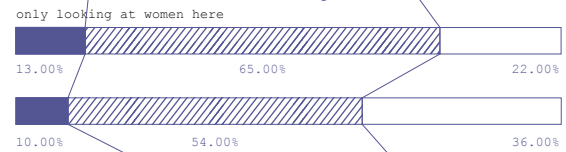


### Target 6A

Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS

### Indicator 6.3

Proportion of population aged 15-24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS

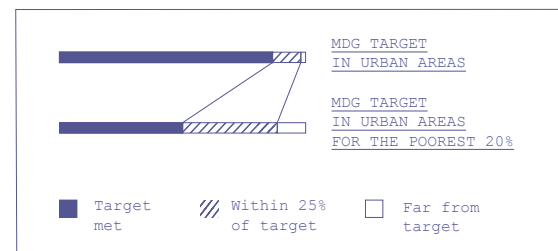
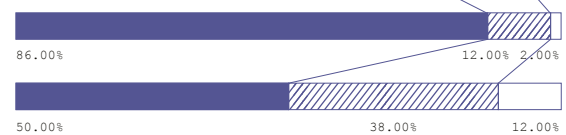


### Target 7C

Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation

### Indicator 7.8

Proportion of population using an improved drinking water source



# REFERENCES

1. Sustainable Development Goals. In: United Nations Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>, accessed 1 December 2015).
2. World urbanization prospects, the 2014 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014.
3. Ending the AIDS epidemic: the advantage of cities. Nairobi: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Human Settlements Programme; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20150918\\_Ending\\_urban\\_AIDS\\_epidemic\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150918_Ending_urban_AIDS_epidemic_en.pdf), accessed 15 December 2015).
4. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://www.who.int/kobe\\_centre/publications/hiddencities\\_media/who\\_un\\_habitat\\_hidden\\_cities\\_web.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf), accessed 5 December 2015).
5. Global health observatory, urban health. [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/gho/urban\\_health/en/](http://www.who.int/gho/urban_health/en/), accessed 5 December 2015).
6. Borrell C, Mari-Dell'olmo M, Palència L, Gotsens M, Burström BO, Domínguez-Berjón F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality in 16 European cities. *Scand J Public Health*. 2014;42:245–54. doi:10.1177/1403494814522556.
7. State of the world's mothers: the urban disadvantage. London: Save the Children; 2015 ([http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGlpI4E/b.8585863/k.9F31/State\\_of\\_the\\_Worlds\\_Mothers.htm?msource=wenlpstw0515](http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGlpI4E/b.8585863/k.9F31/State_of_the_Worlds_Mothers.htm?msource=wenlpstw0515), accessed 5 December 2015).
8. What works cities. [website]. New York: Bloomberg Philanthropies; 2015 (<http://whatworkscities.bloomberg.org/>, accessed 7 December 2015).
9. Foreign Affairs Office of Guangzhou Municipal Government. Guangzhou: Guangzhou Municipal Government; 2015.
10. The Peru connection [website]. Lebanon: The Dartmouth Center for Health Care Delivery Science; 2012 (<http://tdchcds.dartmouth.edu/stories/launch-issue/peru-experiment>, accessed 19 January 2016).
11. Lönnroth K, Zignol M, Uplekar M. Controlling tuberculosis in large metropolitan settings. In: Ravignone MC, editor. *Reichman and Hershfield's tuberculosis: a comprehensive, international approach*. 3rd edition, part A. CRC Press; 2006 1005–27.
12. Report on causes of death in India. New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs ([http://www.cghr.org/wordpress/wp-content/uploads/Causes\\_of\\_death\\_2001-03.pdf](http://www.cghr.org/wordpress/wp-content/uploads/Causes_of_death_2001-03.pdf), accessed 20 December 2015).
13. Mberu B, Wamukoya M, Oti S, Kyobutungi C. Trends in causes of adult deaths among the urban poor: evidence from Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance System, 2003. *J Urban Heal*. 2015;92:422–45. doi:10.1007/s11524-015-9943-6.
14. Bloom DE, Cafiero ET, McGovern ME, Prettner K, Stanciole A, Weiss J, et al. The economic impact of non-communicable disease in China and India: estimates, projections and comparisons. Boston: Harvard School of Public Health; 2013 ([http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2013/PGDA\\_WP\\_107.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2013/PGDA_WP_107.pdf), accessed 8 December 2015).
15. From burden to 'best buys': reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Cologny/Geneva: World Economic Forum and World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18804en/s18804en.pdf>, accessed 15 October 2015).
16. Ziraba AK, Fotso JC, Ochako R. Overweight and obesity in urban Africa: a problem of the rich or the poor? *BMC Public Health*. 2009;9:465. doi:10.1186/1471-2458-9-465.

17. Kimani-Murage EW, Muthuri SK, Oti SO, Mutua MK, van de Vijver S, Kyobutungi C. Evidence of a double burden of malnutrition in urban poor settings in Nairobi, Kenya. *PLoS One*. 2015;10:e0129943. doi:10.1371/journal.pone.0129943.
18. Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policy and programmes. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development; 2015 (<http://www.who.int/nutrition/publications/nutritionandwash/en/>, accessed 8 December 2015).
19. 100 Mayors adopt Seoul Declaration for sustainable cities [website]. Seoul: ICLEI Local Governments for Sustainability; 2015 (<http://www.iclei.org/details/article/96-mayors-adopt-seoul-declaration-for-sustainable-cities.html>, accessed 9 December 2015).
20. Milan urban food policy pact. [website]. Milan: Milano Food Policy; 2015 (<http://www.foodpolicymilano.org/en/mufpp-un-secretary-general/>, accessed 9 December 2015).
21. Resolution A/RES/64/292. The human right to water and sanitation. In: Sixty-fourth General Assembly of the United Nations, New York, 16 July 2010. New York: United Nations; 2010 (<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/292&lang=E>, accessed 5 October 2015).
22. Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2015 ([http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/JMP-Update-report-2015\\_English.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-Update-report-2015_English.pdf), accessed 5 October 2015).
23. Wolf J, Prüss-Ustün A, Cumming O. Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low-and middle-income settings: systematic review and meta-regression. *Trop Med Int Heal*. 2014;19:928–42.
24. J-PAL Policy Briefcase: Happiness on Tap. Cambridge: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL); 2013 (<http://www.povertyactionlab.org/publication/happiness-tap>, accessed 10 December 2015).
25. Mberu BU, Elungata P. The fading fad of 'flying toilets': slum upgrading program seeks to improve health in urban slums. *APHRC News*. 2013;11:8–9.
26. Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements: report of the Nairobi Cross-sectional Slums Survey (NCSS) 2012. Nairobi: African Population and Health Research Center; 2014 (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2014/08/NCSS2-FINAL-Report.pdf>, accessed 10 December 2015).
27. Angel S, Parent J, Civco DL, Blei AM. Making room for a planet of cities. Cambridge: Lincoln Institute of Land Policy; 2011 ([https://www.citiesalliance.org/sites/citiesalliance.org/files/CA\\_Images/Making\\_Room\\_for\\_a\\_Planet\\_of\\_Cities.pdf](https://www.citiesalliance.org/sites/citiesalliance.org/files/CA_Images/Making_Room_for_a_Planet_of_Cities.pdf), accessed 5 October 2015).
28. Measuring sprawl 2014. Washington DC: Smart Growth America; 2014 (<http://www.smartgrowthamerica.org/documents/measuring-sprawl-2014.pdf>, accessed 5 October 2015).
29. Durand CP, Andalib M, Dunton GF, Wolch J, Pentz MA. A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obes Rev*. 2011;12:e173–e182. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00826.x.
30. Air quality deteriorating in many of the world's cities. [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://bit.ly/1nnM5Pb>, accessed 10 December 2015).
31. Lelieveld J, Evans JS, Fnais M, Giannadaki D, Pozzer A. The contribution of outdoor air pollution sources to premature mortality on a global scale. *Nature*. 2015;525:367–71. doi:10.1038/nature15371.
32. Bhalla K, Shotten M, Cohen A, Brauer M, Shahraz S, Burnett R, et al. Transport for health: the global burden of disease from motorized road transport. Seattle/Washington DC: Global Road Safe Facility, World Bank and Institute of Health Metrics and Evaluation; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/19308007/transport-health-global-burden-disease-motorized-road-transport>, accessed 10 December 2015).
33. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030: global summary projections - top 20 causes. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GHE\\_DthGlobal\\_Proj\\_2015\\_2030.xls](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE_DthGlobal_Proj_2015_2030.xls), accessed 18 January 2016).
34. Woetzel J, Ram S, Mischke J, Garemo N, Sankhe S. A blueprint for addressing the global affordable housing challenge. Seoul: McKinsey Global Institute; 2014 ([http://globalhousingindicators.org/sites/globalhousingindicators.org/files/McKinsey\\_Global\\_Institute\\_Full\\_Report.pdf](http://globalhousingindicators.org/sites/globalhousingindicators.org/files/McKinsey_Global_Institute_Full_Report.pdf), accessed 22 September 2015).
35. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D, editors. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2011/environmental-burden-of-disease-associated-with-inadequate-housing.-summary-report>, accessed 22 September 2015).
36. The challenge of slums: global report on human settlements 2003. [website]. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2003 (<http://www.unhabitat.org/jo/pdf/GRHS.2003.pdf>, accessed 9 December 2015).
37. Cattaneo MD, Galiano S, Gertler PJ, Martinez S, Titiunik R. Housing, health and happiness. Policy research working paper series no. 4214. Washington DC: World Bank; 2007 (<https://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/4214.html>, accessed 9 December 2015).

38. Thomson H, Thomas S. Developing empirically supported theories of change for housing investment and health. *Soc Sci Med*. 2015;124:205–14. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.043.
39. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;2:CD008657. doi:10.1002/14651858.CD008657.pub2.
40. Watson I, Hatcher P. Tackling health inequalities: Liverpool Healthy Homes Programme. In: Stewart J, editor. *Effective strategies and interventions: environmental health and the private housing sector*. London: Chartered Institute of Environmental Health; 2013 71–75 ([http://gala.gre.ac.uk/9937/1/ITEM\\_9937\\_STEWART\\_-\\_CIEH\\_effective\\_strategies\\_2013.pdf](http://gala.gre.ac.uk/9937/1/ITEM_9937_STEWART_-_CIEH_effective_strategies_2013.pdf), accessed 9 December 2015).
41. Galiani S, Gertler PJ, Cooper R, Martinez S, Ross A, Undurraga R. Shelter from the storm: upgrading housing infrastructure in Latin American slums. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2014 (<https://www.poverty-action.org/sites/default/files/publications/IDB-WP-528-martinez-paper-shelter-from-the-storm.pdf>, accessed 8 December 2015).
42. Smith KR, Bruce N, Balakrishnan K, Adair-Rohani H, Balmes J, Chafe Z, et al. Millions dead: how do we know and what does it mean? Methods used in the comparative risk assessment of household air pollution. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:185–206. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182356.
43. World energy outlook. Paris: International Energy Agency; 2014 (<http://www.worldenergyoutlook.org/weo2014/>, accessed 9 December 2015).
44. OCAD University, Georgia Institute of Technology, New York City Department of Health and Mental Hygiene. *Active design supplement: affordable designs for affordable housing*. New York: Center for Active Design; 2013 (<http://centerforactivedesign.org/affordablehousingcosts>, accessed 10 December 2015).
45. Global burden of armed violence 2011: lethal encounters. Geneva: Geneva Declaration Secretariat; 2011 (<http://www.genevadeclaration.org/measurability/global-burden-of-armed-violence/global-burden-of-armed-violence-2011.html>, accessed 15 October 2015).
46. Violence in the city: understanding and supporting community responses to urban violence. Washington DC: World Bank; 2011 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/04/14831166/violence-city-understanding-supporting-community-responses-urban-violence>, accessed 10 November 2015).
47. Enhancing urban safety and security: global report on human settlements, 2007. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2007 (<http://unhabitat.org/books/global-report-on-human-settlements-2007-enhancing-urban-safety-and-security/>, accessed 8 December 2015).
48. Willett S. Insecurity, conflict and the new global disorder. *IDS Bull*. 2001;32:35–47. doi:10.1111/j.1759-5436.2001.mp32002004.x.
49. Muggah R. *Researching the urban dilemma: urbanization, poverty and violence*. Ottawa: International Development Research Centre; 2012 (<http://www.idrc.ca/EN/PublishingImages/Researching-the-Urban-Dilemma-Baseline-study.pdf>, accessed 15 November 2015).
50. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization, United Nations Development Programme and United Nations Office on Drugs and Crime; 2014 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/), accessed 7 December 2015).
51. Blattman C. *Reducing crime and violence: experimental evidence on adult noncognitive investments in Liberia*. NBER working paper No. 21204. Cambridge: The National Bureau of Economic Research; 2015 (<http://www.nber.org/papers/w21204>, accessed 7 December 2015).
52. World investment report 2014. Investing in the SDGs: an action plan. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development; 2014 ([http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2014\\_en.pdf](http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2014_en.pdf), accessed 11 December 2015).
53. Leppo K, Ollila E, Peñna S, Wismar M, Cook S (eds). *Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies>, accessed 16 December 2015).
54. Rudolph L, Caplan J, Mitchell C, Ben-Moshe K, Dillon L. *Health in All Policies: improving health through intersectoral collaboration* [website]. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2013 (<https://www.phi.org/uploads/application/files/q79jnmqx5krx9qiu5j6gzdn16g9s41l65co2ir1kz0lvmx67to.pdf>, accessed 11 December 2015).

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development.

1.Urban Health. 2.Urbanization. 3.Cities.  
4.Conservation of Natural Resources I.World Health Organization. II.UN-Habitat.

Reference number: WHO/HIS/WKC/16.1

Cover photos:

“Full of Life” by Agelshaxe is licensed under CC BY 2.0

“Apartment Building” by olly301 is licensed under CC BY 2.0

“Hong Kong - Apartments” by Himbeerdoni is licensed under CC BY 2.0

WHO/Anna Kari

“Slums in Costa Rica” by David Amsler is licensed under CC BY 2.0

WHO/Anna Kari

WHO/Anna Kari

“Karnataka Urban Development and Coastal Environment Project” by Asian Development Bank is licensed under CC BY 2.0

“Child Drinking Clean Water” by Living Water International is licensed under CC BY 2.0

“Samoa: water and sanitation” by Asian Development Bank is licensed under CC BY 2.0

WHO/Anna Kari

“Raahgiri Day 15” by EMBARQ Sustainable Urban Mobility is licensed under CC BY 2.0

© World Health Organization 2016

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (<http://www.who.int>) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications –whether for sale or for non-commercial distribution– should be addressed to WHO Press through the WHO website ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

GLOBAL REPORT  
on  
**URBAN**

equitable, healthier cities for sustainable development

**HEALTH**

---

The Sustainable Development Goals, 2016-2030 (SDGs), inclusive of its goals and targets for health and for urban settings, provides an unprecedented opportunity to improve the lives, health, productivity, and wellbeing of all people living in an increasingly urbanized world.

The WHO-UN Habitat Global Report on Urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development presents new information and evidence-based multi-sectoral practical solutions to enable cities, countries, and the global health community reduce health inequities, achieve the Sustainable Development Goals (SDGs), and realize universal health coverage (UHC) and the New Urban Agenda. The report reveals the impact of health inequities on achieving health outcomes and outlines options for strengthening health systems and reshaping urban environments, capitalizing on synergy of actions across sectors and co-benefits.



**World Health  
Organization**

World Health Organization  
Centre for Health Development (WHO Kobe Centre)  
Kobe, Japan  
[http://www.who.int/kobe\\_centre/en/](http://www.who.int/kobe_centre/en/)  
[wkc@who.int](mailto:wkc@who.int)



United Nations Human Settlements Programme  
(UN-Habitat)  
Nairobi, Kenya  
<http://www.unhabitat.org>  
[infohabitat@unhabitat.org](mailto:infohabitat@unhabitat.org)