

L'expérience de l'AIMF en matière de santé

I. La protection sanitaire : un impératif pour les villes.....	2
<hr/>	
II. Evolution du programme	2
<hr/>	
• Des centres de santé communautaires à la lutte contre les pandémies....	2
• Proximité, prévention, réduction des risques : les villes et la lutte contre le Sida	3
<hr/>	
III. Villes et santé publique.....	5
<hr/>	
• Des responsabilités partagées.....	5
• Une gestion communautaire des centres de santé	5
• L'adaptation des centres de santé à la lutte contre le Sida	6
<hr/>	
IV. Les pays et les villes bénéficiaires	6
<hr/>	
• BENIN : Porto Novo, Parakou.....	7
• BURKINA FASO : Ouagadougou, Ouahigouya	8
• CAMBODGE : Phnom Penh.....	10
• CONGO : BRAZZAVILLE.....	10
• COTE D'IVOIRE : ABIDJAN	11
• GABON : LIBREVILLE, FRANCEVILLE	12
• GUINEE : CONAKRY.....	12
• MADAGASCAR : ANTANANARIVO.....	13
• MALI : BAMAKO, MOPTI, SIKASSO.....	13
• MAURITANIE : KIFFA, NOUADHIBOU.....	15
• REP. D. DU CONGO : KINSHASA	15
• ROUMANIE : BUCAREST	16
• RWANDA : KIGALI.....	16
• SENEGAL : THIES	17
• SEYCHELLES : Victoria	18

I. La protection sanitaire : un impératif pour les villes

De l'explosion démographique des villes découle une dégradation des conditions de vie et de santé surtout chez les plus pauvres. Les problèmes de santé sont complexes car le processus d'urbanisation n'est pas soutenu par une croissance de la richesse.

Pour que les plus pauvres et les plus défavorisés de la société ne soient pas, du fait de leur état de pauvreté, tenus à l'écart du développement, il faut que les collectivités locales fassent du développement social un objectif essentiel de leur politique, notamment en matière de santé publique. Mais une telle politique doit mettre en cohérence l'ensemble des actions des services municipaux qui concourent à la protection sanitaire, par exemple l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable.

Pour y parvenir, selon des processus divers et des rythmes variés, le rôle des collectivités locales dans l'élaboration, l'application et la mise en œuvre des politiques publiques de santé se développe et s'avère primordial.

La preuve en est que lorsque ces questions se posent au niveau national, voire international, les solutions trouvées et les remèdes appliqués ont souvent une origine locale. L'OMS l'a bien compris en mettant en œuvre une charte "Ville-Santé".

Les organismes de santé gérés par les États ne sont pas toujours en mesure de s'adapter à la diversité urbaine. Les structures et les valeurs traditionnelles de la société villageoise permettent aux citoyens les plus défavorisés de s'adapter aux défis de la vie en ville. L'AIMF associe ces structures pour répondre aux questions de santé publique.

Lors du colloque sur "décentralisation et aménagements urbains" qui s'est tenu à Phnom Penh en mars 2003, ou du colloque tenu à Québec en mars 1996, sur "la ville, une réponse au défi de l'an 2000", les villes ont fait valoir, dans le cadre des compétences qui leur sont désormais dévolues, leur nouvelle marge de manœuvre, pour contribuer à l'essor des initiatives locales en faveur de la santé. La décentralisation donne aux villes la possibilité de créer un établissement social ou médico-social et de mettre en œuvre des programmes d'action en matière de protection sanitaire de la famille, de l'enfance, et en matière de lutte contre les fléaux sociaux. Ces nouvelles compétences incitent les villes à créer les conditions d'une plus grande prise en charge des problèmes de santé au niveau local.

En ce qui concerne la santé publique, la réponse attendue dépasse la compétence et les capacités d'intervention des responsables locaux. Planifier l'action sanitaire dans une ville en développement, assumer un minimum d'infrastructures sanitaires dans des villes qui ne disposent pas d'un budget spécifique pour ces opérations, adapter ces structures aux migrants et à leurs coutumes, sont autant de défis à relever.

II. Evolution du programme

- Des centres de santé communautaires à la lutte contre les pandémies

La mise en œuvre de centres de santé municipaux, spécialisés ou non, s'inscrit dans un programme de santé publique auquel les villes ont souscrit, et qui accorde une large place à la prévention.

Le programme de santé de l'AIMF a privilégié, dès la création du Fonds de Coopération décentralisé, la réfection ou la construction de centres médico-sociaux dans les quartiers. C'est grâce aux crédits des villes du Nord que l'AIMF a réalisé, entre 1992 et 1995, ses premiers centres

de santé, à Conakry, Brazzaville, Nouadhibou et Kiffa. Après les événements dont a été victime le Congo, l'association a, en 1999, remis en état le centre de Brazzaville, de même aujourd'hui à Abidjan.

Mais, depuis 1997, l'AIMF a intéressé d'autres bailleurs à son action, notamment le ministère français des Affaires étrangères, pour la réalisation de programmes de centres communautaires : une unité a ouverte à Abidjan dans la commune de Koumassi, deux à Bamako, dans les communes de Sibiribougou et Sénou et une à Ouagadougou. A Ouagadougou, le bâtiment a été financé par le Fonds de Coopération de l'AIMF et l'équipement par les subventions du ministère français des Affaires étrangères.

Ont également été financés par le Fonds de Coopération trois centres de santé d'arrondissement à Antananarivo, trois dispensaires à Thiès, un à Libreville, ainsi que la construction du service des urgences de l'hôpital municipal de Phnom Penh. Plus récemment, dans les villes de Sikasso et Mopti au Mali, un centre de santé assumant les fonctions de dispensaire et de maternité a été construit. L'ophtalmologie et la santé bucco-dentaire sont des spécialités traitées dans certaines de nos réalisations, en plus des soins courants et de l'obstétrique. A Kinshasa, le centre de santé fait, entre autres, office de centre d'information et de dépistage sur le sida.

L'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) participe à l'équipement de ces centres, par des dons, le transport étant financé par l'AIMF.

En 1999, les médecins responsables du cabinet ophtalmologique des centres de santé d'Abidjan, Ouagadougou et Bamako, nouvellement dotés d'appareillage, ont bénéficié d'une formation à Morez (Jura français) pendant un mois grâce à des subventions du ministère français de l'Education Nationale. Le contenu de cette formation accélérée concernait différents volets : optique physiologique, examen de la vue, travaux en atelier et lunetterie.

La formation inaugure une nouvelle étape dans le programme de santé et aboutit, en mars 2002, à une modification du Fonds de Coopération. En effet, rien n'était alors prévu pour financer la formation des personnels municipaux, notamment ceux en charge des équipements collectifs financés par l'AIMF. En remédiant à ce manque, l'AIMF donne les moyens à sa coopération décentralisée de mettre en place des formations et des stages de fonctionnaires municipaux du Sud dans les villes du Nord.

Fort de cette expérience, l'AIMF a souhaité mettre son réseau et ses équipements au service de la lutte contre les pandémies, notamment le Sida, comme dans les centres d'information et de dépistage sur le Sida de Ouagadougou, Kinshasa et Victoria.

Enfin, et pour répondre aux appels lancés par les villes confrontées à l'extrême détresse humaine, lors d'une catastrophe naturelle ou dans une phase de retour à la paix civile, l'AIMF s'est dotée d'un Fonds d'Urgence. Ses subventions ont été utilisées à Sikasso pour financer un centre de santé ouvert aux réfugiés de Côte d'Ivoire, et à Madagascar pour financer des lots de médicaments destinés à Toamasina et à Antananarivo.

- Proximité, prévention, réduction des risques : les villes et la lutte contre le sida.

Les structures municipales, proches des populations locales, constituent un relais majeur dans la lutte contre les pandémies, notamment le Sida. L'opinion publique et la société civile conduisent les maires à constituer des réseaux de lutte contre le Sida. L'initiative avait été lancée par le maire d'Abidjan, Ernest N'Koumo Mobio, président de l'Union des Villes de Côte d'Ivoire, très vite suivi par ses collègues d'autres Etats francophones.

Réunis le 15 mars 2002 à Bamako, à l'occasion du lancement de l'alliance nationale des Maires et Responsables Communaux sur le VIH/Sida, un des programmes de l'Association des Municipalités du Mali, les maires ont rappelé leur détermination face au péril du Sida, et exprimé leur volonté de contribuer à la mise en œuvre de solutions adaptées à la spécificité malienne.

Ils sont convenus de :

- mettre en œuvre, au niveau des villes et des communes, des réseaux d'intervention, de sensibilisation et d'action des responsables communaux et des partenaires au développement, sur la situation de l'infection VIH/Sida au Mali ;
- renforcer le rôle de prévention, de traitement et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, par les autorités communales ;
- soutenir tout programme d'activités en direction des groupes cibles, surtout les femmes et les jeunes ;
- renforcer la solidarité entre les villes et les communes, et développer un partenariat effectif entre les acteurs communaux.

Dans ce contexte et depuis son élection à la présidence de l'AIMF, Bertrand Delanoë, maire de Paris, a tracé une nouvelle « ligne de conduite », en choisissant notamment d'engager l'association dans la lutte contre le sida selon 5 axes d'intervention :

- apporter un soutien contre le sida aux alliances de maires qui se constituent progressivement dans de nombreuses métropoles africaines, notamment à Ouagadougou, Abidjan ou Bamako ;
- aider à financer des actions de prévention et de formation mises en place par les maires, pour les personnels municipaux comme pour les populations ;
- utiliser le site Internet de l'AIMF comme lieu d'échanges d'informations sur les programmes et les projets initiés par les municipalités dans le cadre de la lutte VIH/sida, afin d'instaurer une coopération Sud-Sud entre les villes membres ;
- être un relais auprès d'autres bailleurs de fonds pour la réalisation de projets d'envergure ;
- impulser la création de Centres d'Information, de prévention et d'accompagnement des personnes atteintes, sous la tutelle de la municipalité, mais dont l'animation serait confiée à des associations de quartiers, afin de pallier le manque d'échanges entre milieu médical et associatif.

L'AIMF porte une attention particulière à la qualité et au suivi des prises en charges thérapeutiques par le biais de la coopération hospitalière. Le projet Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau, appelé également projet Esther, lancé par Bernard Kouchner en 2001, prévoit la mise en œuvre de partenariats entre des établissements de santé européens et des structures de santé des pays du Sud, principalement en Afrique, en vue d'apporter une aide dans la prise en charge thérapeutique des patients atteints du VIH-Sida. En mai 2002, près de 10 pays d'Afrique bénéficiaient de cette nouvelle forme de jumelage entre hôpitaux européens et africains. Outre l'approvisionnement en matériel de laboratoire, les hôpitaux européens fournissent d'autres services pour assurer la qualité des soins dans un contexte de ressources limitées.

Le programme de santé de l'AIMF s'appuie désormais sur un projet cohérent intégrant les réseaux et partenaires (alliances de maires, Assistance publique des hôpitaux de Paris, Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida, l'OPALS).

Les nouvelles priorités du programme de santé de l'AIMF :

- appel à des crédits internationaux,
- appui aux alliances de maires contre le Sida,
- échange d'expériences et de pratiques entre villes membres.

Aujourd'hui, le programme de l'AIMF concerne 12 pays et 18 villes. Il totalise 25 projets réalisés ou en cours. Parmi eux, les centres de santé communautaires occupent une place importante. A terme, des centres d'information et de dépistage du Sida, dont le premier a ouvert en 2005 à

Ouagadougou, suivi par la création d'une maternité spécialisée dans la prévention contre le Sida ouverte en 2007, devraient essaimer dans plusieurs villes.

III. Villes et santé publique

- Des responsabilités partagées

En matière de santé publique, les villes ne disposent pas toujours de compétences pour mener une politique offensive : c'est l'Etat qui définit la carte sanitaire et la politique hospitalière, fixe les normes et édicte les réglementations.

Le processus de décentralisation, mené à l'heure actuelle dans la plupart des pays du Sud, transforme progressivement cette situation. Le système de santé est calqué sur le découpage territorial : village arrondissement, commune, département. Il se décompose en trois niveaux :

- le niveau national avec le ministère de la santé publique et les directions centrales et techniques. La structure de soins correspondant à ce niveau est le centre national hospitalier et universitaire (CNHU) ;
- le niveau intermédiaire ou départemental avec la direction départementale de la santé publique. Elle joue un rôle de facilitateur et d'assistance technique. Le centre hospitalier départemental (CHD) est la structure de soins correspondant à ce niveau ;
- le niveau périphérique ou opérationnel, où s'exécutent les activités de soins avec :
 - 1/ l'unité villageoise de santé (UVS) qui est la porte d'entrée du système avec le secouriste et la matrone ;
 - 2/ le centre de santé d'arrondissement (CSA) qui est la formation sanitaire du premier contact avec au moins un dispensaire et une maternité, où les prestations sont dispensées par un personnel qualifié. L'ensemble des formations sanitaires de la commune est organisée en direction d'un médecin chef qui assure des fonctions administratives locales.

L'échelon local devient incontournable dans la promotion des programmes de santé publique, et les villes des partenaires de premier plan dans la gestion globale et rationnelle de l'environnement.

Des plans d'action quinquennaux réalisés avec l'appui des Bureaux de représentation de l'OMS, comme il en existe à Lomé pour la période 2001-2005, se donnent pour objectifs d'améliorer le bien-être social, l'état de santé dans la ville cible, et la salubrité de l'environnement urbain.

La mise en œuvre de tels programmes nécessite l'implication effective de tous les acteurs concernés. L'AIMF, dans un esprit de collaboration intersectorielle, s'y associe.

- Une gestion communautaire des centres de santé

Les centres de santé communautaires sont des établissements parapublics dont la gestion est laissée, par convention, à des associations de quartier.

Leur mission consiste à améliorer l'offre de services de soins de premier niveau d'une part, et satisfaire la demande de soins de premier niveau d'autre part. Il leur appartient :

- de créer les conditions légales de la participation des populations à la gestion des établissements de soins communautaires, par la création des associations d'usagers gestionnaires ;

- d'améliorer la qualité des services de soins communautaires par un recours systématique aux prestations médicales ;
- d'améliorer l'accessibilité économique des services de soins communautaires en réduisant le coût des suivis thérapeutiques.

Ces établissements sont privés et gérés par des associations d'usagers légalement reconnues. Les associations d'usagers sont constituées, sous l'impulsion de l'administration, à partir des diverses associations de quartier, d'associations professionnelles, de locataires et de religieuses.

Sur le plan patrimonial, bien que les procédures gestionnaires des établissements aient un caractère privé, les bâtiments appartiennent aux mairies.

Chaque établissement offre des soins curatifs, des vaccinations et des suivis nutritionnels, des soins de maternité et les médicaments de la pharmacie de la santé publique. Chaque établissement doit équilibrer ses frais de fonctionnement avec les soins qu'il prodigue.

- **L'adaptation des centres de santé à la lutte contre le Sida**

L'organisation et le fonctionnement de centres de lutte contre le Sida reposent sur des fonctions complémentaires :

- campagnes de prévention et de sensibilisation confiées à des associations de quartiers ;
- actions d'information en direction de groupes chez lesquels la prévalence de l'infection est supérieure : la population féminine, les jeunes, et les routiers ;
- dépistage de l'infection et conseils ;
- accueil des malades et de leur famille (aide juridique, sociale, psychologique, etc.).

En s'inscrivant en complémentarité des opérations menées tant par l'OPALS que l'AP-HP tournées, l'une et l'autre, vers l'appui hospitalier, ces centres viennent combler un vide dans les dispositifs de soutien organisés jusqu'à présent dans la lutte contre le Sida. A l'exception du Mali, où il existe le Centre d'Ecoute, de Soins d'Animation et de Conseils pour les personnes vivant avec le VIH (le CESAC), dont les activités sont décentralisées dans les capitales régionales comme Mopti et Sikasso, peu de structures d'écoute et d'accueil voient le jour dans les autres pays africains.

Ces centres répondent donc à un véritable besoin au niveau de la population, mais aussi au niveau des acteurs concernés par la lutte contre le Sida. En effet, ce type de centres, dont l'animation est confiée à des associations spécialisées, permet de jeter des ponts entre le personnel médical du milieu hospitalier et les malades eux-mêmes dont le suivi psychologique ne peut être assuré par les hôpitaux.

Ces centres sont placés sous la responsabilité des municipalités dans le cadre d'une politique de santé à l'échelle des quartiers.

Le centre pilote d'information et de dépistage du Sida a ouvert ses portes à Ouagadougou en 2005. Le bon fonctionnement de ce centre déterminera la création de nouveaux centres dans les autres villes membres de l'association.

L'AIMF a aussi mis en œuvre un bureau d'écoute dans les équipements qu'elle a réalisés à Victoria et Kinshasa.

IV. Les pays et les villes bénéficiaires

> Bénin

Population totale	8 439 000
Taux d'accroissement annuel	3,1 %
Taux de fécondité globale	5,7
Espérance de vie à la naissance	51,2
Mortalité infantile (-5) par 1000	150

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Le système de santé au Bénin a une structure pyramidale comprenant le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental, et enfin le niveau périphérique.

Les directions départementales de la santé publique (DDSP) sont au nombre de 6 à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial.

Elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé, et enfin de la surveillance épidémiologique dans le département.

La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

Elle est constituée d'un réseau de service public de premier contact, appuyé par un hôpital de première référence public ou privé, le tout desservant une aire qui abrite entre 100 000 et 200 000 habitants.

Actuellement une trentaine de zones sanitaires sont fonctionnelles à des degrés divers, ou sont au moins régulièrement délimitées, avec leurs hôpitaux de référence en réhabilitation pour jouer pleinement leur rôle.

Les différents types d'infrastructures observés dans le secteur public sont :

- le centre national hospitalier universitaire (CNHU) au niveau national ou central,
- le centre hospitalier départemental (CHD) au niveau intermédiaire,
- l'hôpital de zone,
- les centres de santé de sous-préfecture ou de circonscription urbaine (CS-SP, CU) dont certains comprennent des unités d'hospitalisation, le complexe communal de santé (CCS), et l'unité villageoise de santé (UVS) au niveau périphérique.

Il existe également des infrastructures privées (privées confessionnelles et privées à but lucratif). Ces dernières n'ont pas été typées mais on distingue particulièrement : les hôpitaux, les cliniques, les cabinets médicaux et d'accouchement, les cabinets de soins infirmiers.

Le centre national hospitalier et universitaire de Cotonou (CNHU-C) est le centre de référence national. Il a pour mission de faire les investigations et les examens concourant à un diagnostic difficile et de traiter les cas médicaux les plus complexes.

Au niveau central, des structures spécialisées dans la recherche, le traitement ou le diagnostic existent. Ce sont :

- le centre national de pneumo-physiologie,
- le centre national de neuropsychiatrie,
- le laboratoire national d'analyse médicale,
- le laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments et consommables médicaux,
- le centre de recherches entomologiques de Cotonou (CREC), antenne de l'organisation de coopération de lutte contre les grandes endémies (OCCGE),
- les centres hospitaliers départementaux (CHD) sont au nombre de 5 et sont localisés dans les anciens chefs-lieux des départements de l'Ouémé/Plateau, du Borgou/Atlantique, de l'Atacora/Donga, et de Mono/Couffo. Seuls les départements de l'Atlantique/Littoral en sont dépourvus.

Le CNHU-C, en plus de son rôle de référence national, assure les fonctions de CHD pour ce dernier département.

Au niveau périphérique, on distingue :

- les zones sanitaires composées chacune d'un certain nombre de centres de santé de sous-préfectures ou de circonscriptions urbaines, qui ont pour tâche d'assurer les soins curatifs, préventifs et promotionnels, sans oublier les actes de petite chirurgie,
- les hôpitaux privés confessionnels,
- les complexes communaux de santé qui assurent les soins curatifs, préventifs et promotionnels,
- les dispensaires et les maternités isolés publics et privés,
- les unités villageoises de santé qui assurent les premiers soins dans les localités.

Source : mission économique de Cotonou, Ambassade de France.

Porto Novo

Dans le cadre de la décentralisation en cours au Bénin, les villes se trouvent maintenant confrontées aux problèmes de santé de la population. La construction des centres de santé primaire est de leur compétence.

Dans une commune de la ville de Porto-Novo, peuplée de 25 000 habitants, un centre de santé fonctionnait dans des conditions anormales. Les locaux, loués par le comité de gestion, étaient trop étroits et d'une salubrité douteuse, avec un personnel restreint faute de place, malgré une fréquentation conséquente.

De plus, la vente des médicaments génériques est une fonction importante, car la commercialisation sauvage des médicaments est courante au Bénin. Le Maire a souhaité que ce centre soit réinstallé dans des bâtiments fonctionnels afin de mieux servir la population. C'est ainsi que le site choisi est au milieu du quartier d'Agbokou, en pleine expansion avec de nombreuses maisons en cours de construction en dur. Ouvert en 2004, le centre a pour fonctions de base celles d'un dispensaire et d'une maternité, répartis dans deux bâtiments distincts.

Parakou

La situation sanitaire actuelle de Parakou est caractérisée par une pathologie tropicale variée avec une prédominance des affections endémo épidémiques. Ces affections sont principalement le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires et les lésions traumatiques. Le taux de couverture sanitaire de la commune est très faible par rapport à sa population approchant 200 000 habitants. La population en général et les femmes en particulier, connaissent des difficultés liées à la maternité (62% des cas de grossesse présentent un risque). Le taux de couverture obstétricale est de 48% en 2005, celui des accouchements dystociques est de 6% en 2006. Dans la même période le taux de décès périnataux représente 14%. S'ajoute l'éloignement des maternités des quartiers périphériques à forte concentration de population, ce qui entraîne les accouchements à domicile. L'hôpital départemental contrairement à sa vocation première, est devenu un lieu de premiers soins. La population du nord du 3^{ème} arrondissement est estimée à 44 600 habitants.

La construction et l'équipement de l'ensemble comprendra un dispensaire d'environ 200 m², une maternité d'environ 280 m², un incinérateur de déchets biomédicaux, et des services d'accueil pour les familles : bloc d'accompagnants, toilettes, paillotte.

> *Burkina Faso*

Population totale	13 228 000
Taux d'accroissement annuel	3 %
Taux de fécondité globale	6,5
Espérance de vie à la naissance	35
Mortalité infantile (-5) par 1000	191

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

La décentralisation du système de santé au Burkina Faso a pour principal objectif de rapprocher les soins de santé des populations, tout en impliquant celles-ci dans la gestion. Cette politique s'est concrétisée à travers plusieurs mesures prises entre 1993 et 1999. Aujourd'hui le district sanitaire constitue l'unité la plus décentralisée du système de santé au Burkina Faso. Son principe de fonctionnement consiste à organiser toutes les ressources humaines, logistiques, matérielles et financières, pour mettre en œuvre des soins globaux avec la pleine participation de la population.

Face à l'épidémie du VIH/Sida, et en réponse aux souhaits des maires africains de voir naître dans chaque pays une branche nationale de l'Alliance des Maires et responsables municipaux sur le VIH/Sida en Afrique, le Burkina Faso s'est doté, en 2001, d'une organisation de lutte contre le Sida : l'Alliance nationale du Burkina Faso. La situation du pays est en effet alarmante. 9 % de la population vit avec le VIH/Sida, ce qui place le Burkina Faso au deuxième rang des pays les plus touchés par l'épidémie du Sida en Afrique. L'impact socio-économique de l'épidémie est difficile à évaluer mais peut être considéré comme potentiellement majeur. Dans le secteur rural, c'est la sécurité alimentaire du pays qui est menacée à cause de la diminution de la main d'œuvre agricole et partant, des terrains exploités.

Le contexte burkinabé, comme celui de la plupart des pays africains, se caractérise cependant par un sérieux effort de déconcentration des stratégies de lutte contre le Sida, mais qui n'a produit que des effets limités. La politique nationale a entamé une nouvelle étape dans la lutte contre le Sida. Celle-ci se traduit par un renforcement du caractère multisectoriel de la stratégie de lutte, une approche décentralisée, et un engagement politique soutenu.

La proximité et la quotidienneté de l'action des maires font de ces derniers des agents potentiellement efficaces dans la formulation de réponses locales au VIH/Sida, pour approfondir et élargir les politiques nationales.

Ouagadougou

La ville de Ouagadougou, malgré une législation encourageante, présente un manque crucial de structures de santé. Organisées autour de l'hôpital central de Ouagadougou, elles sont de capacité nettement trop réduite par rapport à la population de 1,2 million d'habitants. A titre d'exemple, les soins dentaires n'étaient effectués que dans trois centres publics en dehors de l'hôpital, deux centres privés à but non lucratif et quatre centres totalement privés non accessibles à la majorité de la population. Cette situation prévaut également pour les maladies oculaires, dont les pathologies sont prévalentes en Afrique.

L'insuffisance de ces structures pour répondre à la demande de la population, tant pour les pathologies courantes que pour des soins plus spécifiques, a conduit la municipalité de Ouagadougou à mettre en place un programme de construction de bâtiments de santé.

1) C'est ainsi qu'un dispensaire et un centre bucco-dentaire ont été construits en 2000 avec des subventions du Fonds de Coopération de l'AIMF. Le financement de l'équipement médical a été assuré grâce à une subvention que le Ministère français des Affaires étrangères a attribuée à l'AIMF. L'équipement comprend plusieurs sections spécialisées (centre bucco-dentaire, dispensaire, laboratoire d'analyse, dépôt pharmaceutique, bâtiments administratifs).

Les prestations de qualité, ainsi que l'esprit de famille et de probité qui caractérise les relations entre les patients et le personnel, ont permis d'enregistrer une fréquentation en hausse constante. De 14.201 consultations en 2001, on enregistre en 2007 près de 36 000 consultations. Ces chiffres témoignent du service rendu aux populations et encouragent l'équipe responsable à améliorer ses prestations.

2) En juillet 2002, un deuxième centre spécialisé dans le dépistage des déficiences oculaires banales et la confection de lunettes, a été ouvert au public. Traité dans le même esprit que les bâtiments de soins bucco-dentaires, ce nouveau bâtiment s'insère au sein d'un centre de santé existant.

3) En mars 2003, le bureau de Phnom Penh a décidé de financer la réalisation d'un centre municipal polyvalent afin de répondre aux problématiques des jeunes, notamment en terme

d'information et de dépistage du Sida. Au Burkina-Faso, comme partout en Afrique, la frange jeune de la population, avec un taux de prévalence de plus de 15%, est la plus exposée aux infections sexuellement transmissibles en général et au Sida en particulier. Le milieu urbain est le lieu le plus exposé à l'expansion de ces maladies.

Ce centre abrite un service d'information et de dépistage des malades atteints du VIH-Sida, ainsi que différentes associations engagées dans la lutte contre le Sida. Les associations pourront se tenir informées des évolutions de la maladie et de ses thérapies, tandis que les milieux hospitaliers trouveront auprès de celles-ci des relais vers les malades. Afin d'attirer les jeunes et de les inciter à s'informer, la ville a également souhaité mettre en place un centre multimédia et un terrain de sport à l'arrière du bâtiment.

4) Une maternité orientée vers la prévention de la transmission du Sida de la mère à l'enfant, **a été inaugurée en 2007. Le besoin d'infrastructures et d'équipements, notamment en matière de santé, est fort dans le secteur 19 en pleine expansion. La maternité permettra de** diminuer les cas d'accouchement à domicile, et d'offrir de meilleurs soins aux jeunes mères et aux nouveaux nés. **Ayant reçu une formation spécifique,** les sages-femmes seront en mesure de suivre la grossesse des femmes porteuses du virus du Sida, **et de diffuser les pratiques permettant de** limiter les cas de transmission du virus de la mère à l'enfant **par l'allaitement.**

Ouahigouya

La situation sanitaire de la ville de Ouahigouya, d'après les analyses des services de santé, reste marquée par la persistance des maladies infectieuses et parasitaires, favorisées en cela par l'insalubrité du milieu urbain et la situation vulnérable des personnes défavorisées. La couverture vaccinale reste faible, et les conditions d'accouchement en maternité sont difficiles en raison des problèmes d'éloignement des centres de santé. Quant à la pandémie du VIH, elle constitue une grande préoccupation, et malgré les efforts de sensibilisation, le fléau prend de l'ampleur. Le taux de prévalence est aujourd'hui de 7 %.

Le maire a souhaité augmenter l'offre sanitaire au sein de la commune, afin de réduire les distances à parcourir par les patients, et mieux répondre aux besoins sanitaires élémentaires, de plus en plus élevés, des populations.

La politique sanitaire du ministère chargé de la santé a défini les normes nationales quant à la construction et à l'équipement des unités sanitaires en milieu urbain. Le projet, réparti en plusieurs blocs, permet un phasage de la réalisation de l'ensemble des services fonctionnels. La première unité ouverte en 2006 est un dispensaire. Sera ensuite réalisé en priorité, le centre de dépistage du sida. Après la mise en service de ces bâtiments, il sera possible d'étendre les fonctions offertes à l'ophtalmologie, aux soins bucco-dentaires et à la protection PMI.

> *Cambodge*

Population totale	14 071 000
Taux d'accroissement annuel	2,2 %
Taux de fécondité globale	3,9
Espérance de vie à la naissance	54
Mortalité infantile (-5) par 1000	98

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Malgré une augmentation du budget de l'Etat à la santé, et indépendamment d'une plus grande stabilité politique, le système de santé publique au Cambodge reste précaire, et l'écart entre riches et pauvres ne cesse de se creuser.

La coopération franco-cambodgienne dans le secteur de la santé est cependant très active. La réhabilitation des infrastructures sanitaires, l'équipement des services, et la formation universitaire en constituent les principaux axes. Le projet d'Appui institutionnel au Ministère de la Santé prévoit en outre de consolider l'organisation sanitaire du Ministère, d'améliorer l'offre hospitalière (organisation, gestion et services), de soutenir la politique du médicament, et de contribuer à la lutte contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles.

Phnom Penh

La ville de Phnom Penh a souhaité créer un service d'urgence pour accueillir les plus pauvres, dans le cadre de son hôpital municipal : urgences dues notamment aux accidents.

Inaugurée en mars 2003 par le maire de Paris Bertrand Delanoë, cette structure d'urgence comporte 17 lits. L'AIMF a également subventionné l'équipement du nouveau service des urgences.

> Congo

Population totale	3 999 000
Taux d'accroissement annuel	3,2 %
Taux de fécondité globale	6,3
Espérance de vie à la naissance	54
Mortalité infantile (-5) par 1000	79

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

L'absence d'une carte sanitaire au Congo rend aléatoire l'appréciation correcte de l'état du système des prestations des soins préventifs et curatifs. Cependant, on peut considérer que le pays disposait avant la guerre civile d'un réseau sanitaire non négligeable et d'une assez bonne accession aux établissements sanitaires existants, malheureusement détruits par les années de guerre.

Brazzaville

Pour renforcer le dispositif santé de la ville, Brazzaville, qui ne dispose d'aucun centre de santé et d'un seul CHU, a sollicité l'AIMF en 1992 pour réaliser un centre médico-social, le premier que l'association construisait dans le cadre de son Fonds de Coopération. Cet important projet a été réalisé en deux phases.

Or, à la suite de la crise politique congolaise, de nombreux équipements publics, dont le centre médical municipal, ont été fortement endommagés. La réhabilitation du centre médico-social, après approbation du bureau réuni à Paris en 1998, a été achevée en avril 1999. Pour garantir de façon permanente des soins de qualité aux malades, le centre fonctionne comme un établissement à caractère commercial, avec une autonomie de fonctionnement et la participation financière des patients. Cependant, il reste peu utilisé.

Au regard d'un ambitieux projet de restructuration du centre, le renforcement du plateau technique est devenu une nécessité déterminante. Le bureau de Dakar, réuni le 22 octobre 2003, a décidé de financer l'équipement des départements prioritaires. De même, l'équipement du centre médico-social en matériel buccodentaire et ophtalmologique a été réalisé en 2007.

> Cote d'Ivoire

Population totale	18 154 000
Taux d'accroissement annuel	2,1 %
Taux de fécondité globale	4,8
Espérance de vie à la naissance	45
Mortalité infantile (-5) par 1000	118

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Le Ministère de la Santé publique, en collaboration avec la ville d'Abidjan, a entrepris dans les années 90, de mettre en place un réseau de centres de santé communautaires. Les orientations de la politique sanitaire actuelle sont traduites dans le Plan National de Développement sanitaire (PNDS, 1996-2005). Bien qu'amorçées, les réformes en cours demandent à être soutenues.

Abidjan

La ville d'Abidjan dispose d'un Projet Santé Abidjan (PSA), créé en 1992 par la coopération franco-ivoirienne. Les centres de santé communautaires s'intègrent à ce plan, leur mission étant d'améliorer en milieu urbain l'offre des services de soins de premier niveau, et de créer les conditions institutionnelles de la participation des populations à la gestion des établissements implantés dans les quartiers.

Un centre de santé communautaire a été réalisé à la demande de la ville dans la commune de Koumassi d'environ 20.000 habitants qui n'avaient guère accès à un service sanitaire. Ce centre comprend une maternité et un dispensaire. Ce projet a été intégré dans la programmation soumise par l'AIMF aux instances de la Francophonie lors Sommet des chefs d'Etat et de gouvernement à Hanoi en 1997 et financé par la sous-direction de la santé et du développement social du ministère de la Coopération.

La création d'un 2^e centre intégré sur la commune de Bingerville a été approuvée en octobre 2006.

> *Gabon*

Population totale	1 384 000
Taux d'accroissement annuel	2,1 %
Taux de fécondité globale	3,8
Espérance de vie à la naissance	56
Mortalité infantile (-5) par 1000	59

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

L'infrastructure sanitaire au Gabon, bien que difficilement comparable à celle des pays européens, est l'une des plus complètes d'Afrique sub-saharienne. L'Etat consacre chaque année 5% de son budget à la santé. Cependant, malgré une politique de santé orientée vers une bonne couverture sociale (tiers-payant, carnet de santé obligatoire) et soutenue par des ressources financières importantes, les pandémies se traduisent par un taux brut de mortalité autour de 15/1000.

Concernant l'organisation territoriale de la santé publique, on considère que la répartition géographique (départements, districts et zones sanitaires) s'est améliorée ces dernières années, mais que les problèmes de maintenance et de remise à niveau restent importants. Une grande disparité existe dans les services de santé publique entre les trois centres urbains (Libreville, Port-Gentil, Franceville) et l'intérieur du pays. Pour répondre aux besoins et à la demande de la population, la décentralisation devrait être plus soutenue.

Libreville

Pour étendre la couverture médicale à des quartiers périphériques, le maire de Libreville a souhaité créer des unités médicales de proximité. Trois centres sont prévus ; il s'agit de structures plus élaborées que de simples dispensaires, orientées vers la protection maternelle et infantile. Ces centres comprendront des services de gynécologie, de pédiatrie, de médecine externe et de soins infirmiers.

L'AIMF a subventionné en 2001 la construction, puis en 2005 l'équipement d'un centre situé au nord de la ville, à Ambowé.

Franceville

Pour ouvrir le centre de santé de Makana dans le 4^{ème} arrondissement de la ville, une remise en état de l'infrastructure et un équipement du site ont été subventionnés par l'AIMF en 2006.

> *Guinée*

Population totale	9 402 000
Taux d'accroissement annuel	2,3 %
Taux de fécondité globale	5,7

Espérance de vie à la naissance	54
Mortalité infantile (-5) par 1000	98

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

La politique de santé en Guinée est basée sur le renforcement de la décentralisation, favorable aux actions intersectorielles de proximité. Cependant, la verticalité de la majorité des programmes de lutte contre les maladies constitue un obstacle à une planification intégrée et décentralisée. D'autre part, les conditions de l'habitat sont globalement précaires et ne répondent pas aux normes d'hygiène. Les problèmes liés à l'approvisionnement en eau se posent en termes de déficit, de qualité et d'accessibilité financière.

Conakry

La situation environnementale et sanitaire de Conakry a, dès la création du Fonds de coopération décentralisée de l'association, conduit l'AIMF à mettre en place un programme d'assainissement combiné à la réalisation d'un centre de santé.

Il s'agissait d'une part de construire le centre de santé de Kassa sur la commune de Kaloum, et d'autre part de réhabiliter le lavoir public de Sandervalia et d'une partie du réseau d'eaux usées, dans l'objectif de promouvoir une gestion globale et rationnelle de l'environnement. Les travaux de construction et de réhabilitation ont été achevés en 1996.

> Madagascar

Population totale	18 606 000
Taux d'accroissement annuel	2,9 %
Taux de fécondité globale	5,1
Espérance de vie à la naissance	58
Mortalité infantile (-5) par 1000	74

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

La vétusté des infrastructures sanitaires et le manque quasi-total de matériel technique, de moyens logistiques et de médicaments essentiels, sont devenus criants au moment de la crise politique que l'île a traversée en 2002. L'ensemble des structures de soins est en effet gravement sous-équipé pour faire face aux besoins élémentaires de la population. Si les grandes épidémies comme la peste ont disparu, en revanche, l'île se situe au deuxième rang mondial pour la prévalence de la lèpre. De plus, l'épidémie de choléra survenue en février 2000, qui a fait plus de 1000 victimes, a montré combien les dispositifs sanitaires malgaches étaient fragiles. La création et le renforcement de ces structures constituent les priorités du programme santé de l'AIMF à Madagascar.

Antananarivo

Dans le cadre de sa politique pour l'amélioration des conditions de soins des couches sociales les plus défavorisées de la population de la capitale, le maire d'Antananarivo a souhaité la construction de centres de santé primaire dans les 6 arrondissements de la ville.

La revitalisation du système de santé passe par un partenariat plus dense et plus performant entre le secteur public et le secteur associatif. C'est dans cette perspective que se situe la création des centres de santé de base à Antananarivo.

1) En février 2000, les travaux du dispensaire situé dans le 2^{ème} arrondissement ont été achevés. L'équipement comprend deux bureaux de médecins, une infirmerie, une salle d'attente, un dépôt de médicaments et un logement de gardien.

2) Dans le 3^{ème} arrondissement, le même dispensaire, équipé d'un bloc sanitaire, a été ouvert en 2003, et en 2005, un centre plus grand comportant une maternité dans le 4^{ème} arrondissement.

> Mali

Population totale	13 518 000
Taux d'accroissement annuel	2,9 %
Taux de fécondité globale	6,8
Espérance de vie à la naissance	46
Mortalité infantile (-5) par 1000	120

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

La politique sectorielle de santé adoptée dans les années 90 a consacré une approche participative des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) qui offrent un ensemble minimum de services médicaux à la population (activités préventives et curatives, sensibilisation de la population, accès aux médicaments génériques).

Cette politique repose sur un double principe :

- la prise en charge par l'Etat des structures médicales importantes : les hôpitaux et centres de référence (dont la responsabilité est partagée entre l'Etat et les villes),
- la prise en charge par la population des structures médicales de base : les CSCOM.

Une carte sanitaire a été établie fixant la trame d'implantation de ces structures médicales de base. Les centres de santé sont composés de trois entités principales :

- un dispensaire,
- une maternité,
- un dépôt pharmaceutique.

Les centres de référence, structures intermédiaires entre les hôpitaux et les CSCOM, exercent une « tutelle médicale » et accueillent les malades en cas d'urgence.

Sur le plan patrimonial, les bâtiments abritant les CSCOM appartiennent à la collectivité publique qui en assure les grosses réparations. Le personnel est soit embauché, soit mis à disposition par l'Etat pour le personnel médical, ou par la ville pour le personnel de service. La gestion courante est laissée par convention à une association légalement reconnue et constituée, sous l'impulsion de la municipalité, à partir de diverses associations locales existantes (locataires, professionnelles, religieuses, de quartier, parents d'élèves, etc.). Chaque centre doit équilibrer son fonctionnement avec les soins qu'il prodigue.

Bamako

La carte sanitaire d'implantation des centres prévoit pour la ville de Bamako la création de 54 centres CSCOM. Le maire du district de Bamako a souhaité compléter la trame des centres afin que la couverture de base soit assurée dans toute l'agglomération, notamment dans les quartiers périphériques, très peuplés et très éloignés des centres existants. Le problème de distance étant d'ailleurs aggravé par le caractère rudimentaire des voies de circulation, l'absence d'infrastructures de transport, et par la quasi inexistence d'éclairage public.

1) Dans deux communes périphériques, Sibiribougou et Sénou, deux sites d'implantation ont été proposés par la mairie. Un plan-type a été approuvé pour la construction de ces deux CSCOM de facture identique. L'opération, entièrement financée par le ministère français des Affaires étrangères, a été achevée en novembre 2000.

2) Outre la construction des CSCOM, l'AIMF appuie également certains centres de référence. C'est ainsi que, sur la requête du maire, l'AIMF a financé l'équipement d'un centre ophtalmologique (consultation et fabrication de lunettes) dans le centre de référence de la commune IV. Ce centre dessert une population de 100 000 à 200 000 habitants et traite des cas qui dépassent les compétences de la dizaine de CSCOM qui lui sont rattachés.

3) Une subvention a été accordée en octobre 2007 pour rééquiper le centre de Sibiribougou.

Kayes

La carte sanitaire de Kayes, ville de 90 000 habitants, prévoit la création d'un centre de santé primaire dans le quartier du Plateau qui comporte 16 000 habitants. Le centre en construction

permettra d'assurer l'accès aux premiers soins courants fournis par un dispensaire et une maternité.

Mopti

La construction du CSCOM de Toguël s'est inscrite dans le cadre général de la politique sectorielle de santé adoptée par le Mali depuis une décennie, dont l'une des priorités est l'extension de la couverture sanitaire de la ville de Mopti.

Ce centre, ouvert en 2003, offre les activités traditionnelles de dispensaire (soins curatifs et préventifs) et de maternité (examen prénatal et accouchement). L'aire de santé de Toguël regroupe deux quartiers de Mopti, Toguël et Gangal, et rassemble 12 000 habitants.

Sikasso

Sikasso, avec 150 000 habitants, est la troisième ville du Mali. Elle accueille depuis septembre 2002 beaucoup de réfugiés maliens en provenance de la Côte d'Ivoire. Les infrastructures sanitaires sont disparates et insuffisantes.

La carte sanitaire de la ville avait prévu l'implantation d'un CSCOM construit conformément aux prescriptions de la politique sectorielle de santé et de population du Mali et du programme de développement socio-sanitaire. Le bureau de Dakar, réuni le 22 octobre 2003, a décidé de financer la construction d'un CSCOM dans le quartier fortement urbanisé de Sanoubougou, ouvert en 2005.

> *Mauritanie*

Population totale	3 069 000
Taux d'accroissement annuel	2,9 %
Taux de fécondité globale	5,6
Espérance de vie à la naissance	58
Mortalité infantile (-5) par 1000	78

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

La Mauritanie entend relever le défi de la santé avec la décentralisation comme moyen d'intervention locale pour améliorer la santé, l'équité, clé de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et l'approche contractuelle.

L'AIMF, pour sa part, s'est très tôt intéressée aux problèmes de santé en Mauritanie où les premiers dispensaires financés par l'association ont été construits.

Kiffa

Achevés en 1996, les deux dispensaires municipaux de Kiffa étaient devenus indispensables car l'hôpital de la ville devait répondre aux besoins de toute la région (Assaba, Hodhs, Tagant, Guidimakha). Ces établissements ont été équipés par des dons de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt.

Nouadhibou

Un centre de santé municipal y a été construit en 1998. Celui-ci comprend une maternité une unité de P.M.I., une salle d'hospitalisation, un dispensaire ainsi que des locaux administratifs.

< *R.D. Congo*

Population totale	57 549 000
Taux d'accroissement annuel	2,5 %
Taux de fécondité globale	6,7
Espérance de vie à la naissance	46

Mortalité infantile (-5) par 1000	129
-----------------------------------	-----

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Alors que la République démocratique du Congo s'est dotée en juillet 2003 d'un nouveau gouvernement de coalition et que quatre vice-présidents ont prêté serment à Kinshasa, la paix semble encore fragile. Le district d'Ituri, à l'est de la RDC, reste le théâtre de nombreux affrontements entre des factions rivales soutenues par les gouvernements des pays voisins.

La situation politique de la République Démocratique du Congo est loin d'être normalisée et les urgences sanitaires continuent de se multiplier. Le système de santé actuel étant en faillite et les structures d'accueil nécessitent toutes une réhabilitation, car dévastées et pillées à l'intérieur du pays, les besoins en matière de santé sont énormes ; l'objectif primordial est désormais d'assurer la prise en compte et le suivi médical « au plus près ».

Kinshasa

Dans la capitale, les conditions sanitaires sont déficientes et toutes les maladies tropicales sont en recrudescence. Le Sida est également en croissance rapide. Un plan de santé a été développé sur la ville définissant 35 zones de santé primaire. Chacune devrait comprendre un centre de santé, ce qui n'est pas toujours le cas.

Le Gouverneur a voulu la construction sur la commune de Ngiri-Ngiri d'un centre comprenant un dispensaire et une maternité. En accompagnement de cette fonction de soins primaires, la ville avait souhaité créer une structure pour l'éducation sexuelle, la sensibilisation au dépistage du VIH et l'information des jeunes. L'ensemble a été réalisé en 2006.

> Roumanie

Population totale	21 711 000
Taux d'accroissement annuel	0,4 %
Taux de fécondité globale	1,3
Espérance de vie à la naissance	72
Mortalité infantile (-5) par 1000	16

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Les performances macro-économiques de ces dernières années en Roumanie ne doivent pas faire oublier que ce pays doit être soutenu dans sa lutte contre la pauvreté. Un tiers de la population vit sous le seuil de pauvreté. Le niveau très bas des retraites explique que cette catégorie de population vit dans la plus grande précarité.

Cette situation entraîne une augmentation du nombre de sans domicile fixe. Leurs conditions de vie affaiblissent leurs défenses immunitaires. Ils sont victimes de maladies de peau, de maladies respiratoires, digestives ou psychiques. Une autre caractéristique des personnes sans abri est leur grande vulnérabilité psychosociale, qui se concrétise par un sentiment d'isolement et de rejet, un manque de confiance en soi et dans les autres, une faible estime de soi et une très grande difficulté à mobiliser leurs potentialités pour tenter d'améliorer leur vie. Certains sont devenus incapables de formuler une demande, d'aller vers les structures d'aide.

Le ministère des affaires étrangères, la mairie et le Samu social de Bucarest ont décidé le 30 janvier 2004 de s'associer pour mener un programme de lutte contre l'exclusion sociale et apporter aux sans abri une assistance d'urgence médicale, sociale et psychologique.

Le ministère français des affaires étrangères, par l'intermédiaire de l'ambassade de France en Roumanie, est disposé à apporter un appui financier au projet. Il contribuera par ailleurs à la formation des personnels du Samu social et des services municipaux compétents, dans le cadre d'échanges d'experts.

Bucarest

La mairie soutient les activités du Samu social avec la mise à disposition d'un site destiné à accueillir le centre d'hébergement d'urgence. Les agents sur place auront la charge d'accueillir les sans abri et de leur offrir un service minimum. L'AIMF subventionne la mise en œuvre de l'infrastructure d'accueil.

> *Rwanda*

Population totale	9 038 000
Taux d'accroissement annuel	5,2 %
Taux de fécondité globale	5,5
Espérance de vie à la naissance	45
Mortalité infantile (-5) par 1000	118

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Bien que les infrastructures de santé aient été partiellement réhabilitées, le système sanitaire n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant le génocide de 1994, pour des raisons principalement liées au manque de personnel qualifié.

La politique nationale de santé au Rwanda est basée sur les soins de santé primaire, dispensés avec équité dans le cadre d'un système de santé intégré. L'objectif de cette politique est de promouvoir l'état de santé de la population en fournissant des soins de santé continus. Cependant, la situation épidémiologique du Rwanda est dramatique. Comme dans la plupart des pays africains, les principales causes de morbidité et de mortalité sont : le paludisme, les infections respiratoires, les affections cutanées, les traumatismes, les MST-Sida et les affections oculaires.

Kigali

La situation de la ville de Kigali est particulièrement critique. L'espérance de vie est de 44 ans et le taux de mortalité infantile est de 118/1000. De plus, la guerre a détruit un bon nombre d'équipements publics.

1) De nombreuses ONG sont sur place, mais le manque d'infrastructures fonctionnelles freine leurs actions. La ville a donc souhaité construire de nouveaux équipements sanitaires de proximité. Le dispensaire est installé dans un bâtiment de 400m² et dessert un district entier, soit une population de 46.000 habitants. La première phase du projet a concerné la construction de deux bâtiments qui abritent le dispensaire et les services (pharmacie et laboratoire). Ces bâtiments terminés sont en fonctionnement depuis septembre 2004.

2) Après la construction de ce centre de santé dans le quartier de Busanza, qui n'a aucun autre équipement sanitaire, l'hôpital le plus proche étant un hôpital militaire qui accueille difficilement les civils, la municipalité a décidé de poursuivre un nouvel objectif : diminuer la mortalité infantile en créant un bâtiment abritant une maternité, ouverte en 2007, puis un centre nutritionnel, réalisé en 2009.

Il est à signaler que la population de ce district développe une mutuelle de santé capable de résoudre la plupart des problèmes d'accessibilité financière aux soins.

> *Sénégal*

Population totale	11 658 000
Taux d'accroissement annuel	2,5 %
Taux de fécondité globale	4,8
Espérance de vie à la naissance	56
Mortalité infantile (-5) par 1000	77

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Un plan national de développement sanitaire et social sur 10 ans (1998-2007) définit les objectifs de résolution des problèmes socio-sanitaires en termes de mortalité, de morbidité, d'invalidité et de problèmes sociaux. Il devrait également contribuer au renforcement de la régionalisation, qui consacre les transferts de compétences aux collectivités locales.

Thiès

Dans le cadre de son programme de réalisation d'équipements de santé de quartier, la ville de Thiès a souhaité construire trois dispensaires auxquels est rattachée une clientèle potentielle de 10.000 habitants.

Trois sites ont été proposés au financement de l'AIMF en 1996 : Keur Issa et Pognène (en périphérie Nord et Est), et Cité Senghor (en centre-ville). Chaque dispensaire offre les services traditionnels de soin et de prévention.

> Seychelles

Population totale	81000
Taux d'accroissement annuel	0,7
Taux de fécondité globale	2,1
Espérance de vie à la naissance	61
Mortalité infantile (-5) par 1000	12

Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2005

Victoria

Dans le cadre de l'amélioration de la vie des citoyens, la ville de Victoria a diligenté en août 1998 une enquête sollicitant les opinions des jeunes (60 % de la population) sur leur environnement et leurs recommandations pour un meilleur avenir.

Les réponses faisaient apparaître deux préoccupations majeures :

- La sécurité professionnelle par le biais des conseils et formations dans le domaine du savoir-faire ;
- L'insertion sociale par le biais de programmes adéquats en matière d'activités participatives de protection de l'environnement et de lutte contre le Sida et la toxicomanie.

Beaucoup de jeunes veulent pouvoir se rencontrer, discuter, s'organiser, s'informer, s'orienter, se former pour se préparer au changement de leur société. Mais les lieux de rencontres faisaient défaut et les interventions étaient conduites de façon ponctuelle, sporadique, sans réelle collaboration concertée entre les partenaires mobilisés.

En conséquence, le maire de Victoria a souhaité réaliser un centre d'écoute pour les jeunes, financé par l'AIMF. Situé au milieu des quartiers difficiles de Plaisance et de Roche Caiman, constitués principalement de logements sociaux, le centre, ouvert en 2003, a pour vocation d'être un lieu accueillant, rassurant et convivial pour les jeunes. Il propose des services organisés autour de deux volets principaux :

- un service « Travailleur de jeunesse » : un psychologue est à l'écoute des jeunes pour les aider à se découvrir et à s'orienter vers de nouvelles voies professionnelles lorsqu'ils sont en difficulté scolaire ;
- un service « Prévention sexuelle et famille » assuré par une association locale « Alliance de solidarité pour la famille » : il s'agit là d'informer, d'éduquer et de sensibiliser les jeunes au SIDA, et d'expliquer les méthodes de contraception et de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles. De plus, ce service propose un accompagnement pour les jeunes en rupture avec leur milieu familial.

Dans le cadre du développement durable, l'ensemble de ces actions de santé vont de pair avec l'amélioration des conditions d'hygiène et de salubrité publique. L'AIMF intervient auprès des villes dans de nombreux projets d'assainissement urbain et d'alimentation en eau potable.