



# OMS

BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

---

EUR/ICP/POLC 06 01 04  
ORIGINAL : ANGLAIS  
E58197

## *LE PROGRAMME VILLES-SANTÉ DE L'OMS*

Rapport sur une réunion  
de coordination OMS

Jérusalem, Israël  
26-29 octobre 1997

SCHERFIGSVEJ 8  
DK-2100 COPENHAGUE Ø  
DANEMARK

TÉL. : + 45 39 17 17 17  
TÉLÉCOPIE : + 45 39 17 18 18  
TÉLEX : 12000

MÉL : [POSTMASTER@WHO.DK](mailto:POSTMASTER@WHO.DK)  
SITE INTERNET : [HTTP://WWW.WHO.DK](http://www.who.dk)

1998

EUR/Santé pour tous, but 14

## BUT 14

### PROMOTION DE LA SANTÉ DANS TOUS LES MILIEUX

*D'ici l'an 2000, tous les milieux de vie et d'activités sociales, tels que la ville, l'école, le lieu de travail, le quartier et le foyer, devraient mieux se prêter à des actions de promotion de la santé.*

## RÉSUMÉ

Des coordinateurs de programme et responsables politiques de 29 villes membres du programme Villes-santé de l'OMS et de 13 réseaux nationaux de Villes-santé ont pris part à la réunion. Les principaux points inscrits à l'ordre du jour étaient : la phase III du programme, la stratégie de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle, l'évaluation de la phase II du programme, et les préparatifs de la conférence qui doit se tenir à Athènes (en juin 1998). Parmi les points sur lesquels il était prévu d'avoir un échange d'expériences figuraient : les plans sanitaires des villes, le renouvellement de l'engagement politique, la lutte contre les inégalités dans les villes et la mobilisation des milieux d'affaires. Les principaux résultats de la réunion ont été : l'approbation du programme d'ensemble pour la phase III, qui devait être finalisée à la fin décembre 1997, et l'approbation à l'unanimité d'une résolution sur la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle. La prochaine réunion du réseau aura lieu à Athènes en juin 1998, et elle marquera le début de la phase III.

## Mots clés

URBAN HEALTH  
HEALTHY CITIES  
PROGRAM EVALUATION  
HFA STRATEGY COORDINATION  
EUROPE

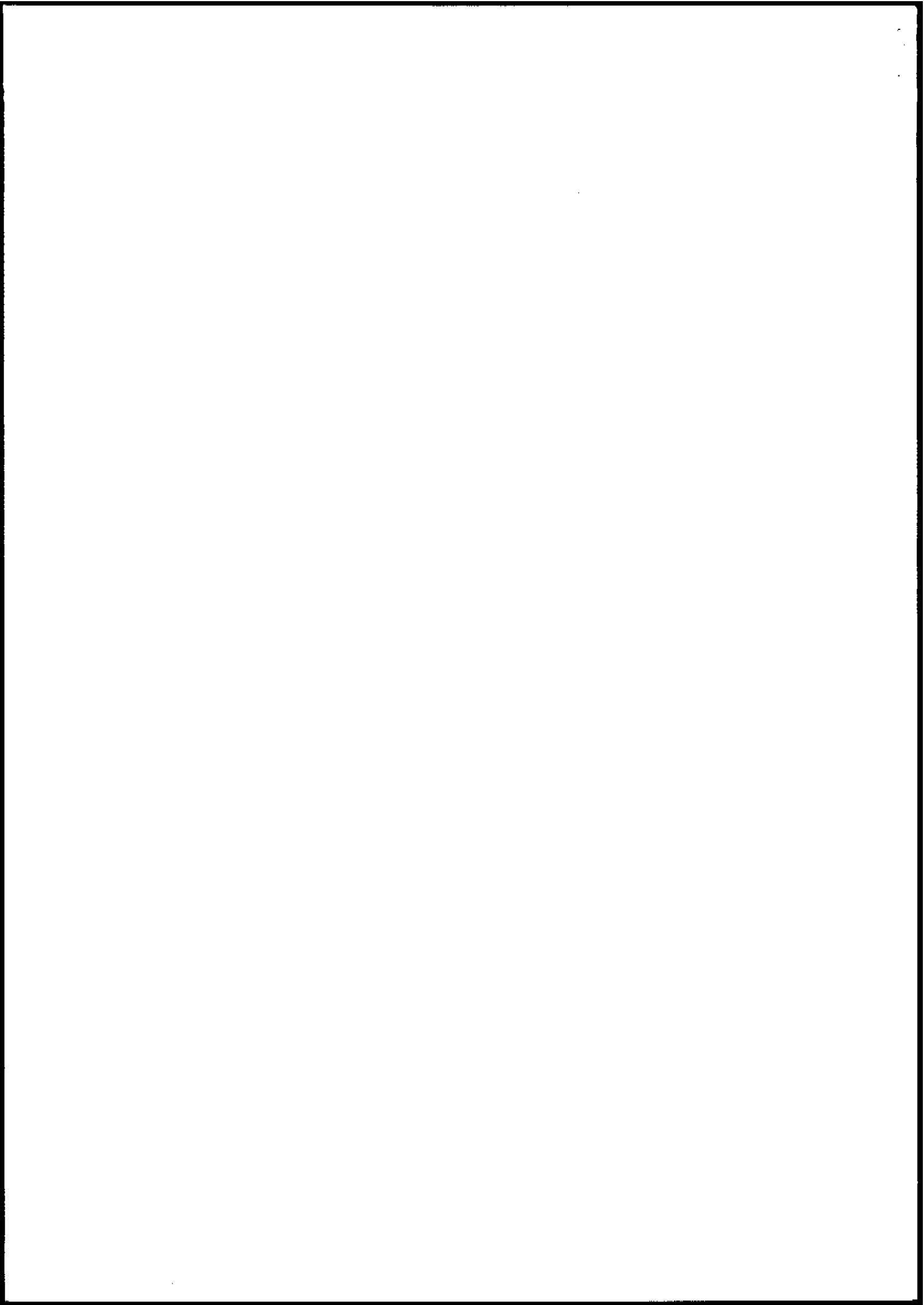
---

#### © Organisation mondiale de la santé

Tous les droits relatifs au présent document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toutefois, ce document peut être librement commenté, résumé, reproduit ou traduit dans une langue quelconque (mais non en vue d'une vente ou d'une utilisation à des fins commerciales), pour autant que la source soit dûment indiquée. Pour l'utilisation de l'emblème de l'OMS, il convient de demander l'autorisation du Bureau régional. Toute traduction doit inclure la mention suivante : *Le traducteur du présent document est responsable de la fidélité de la traduction.* Le Bureau régional souhaite recevoir trois exemplaires de toute traduction. Les opinions exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que ces auteurs.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction.....	1
2. Cérémonie inaugurale – dimanche 26 octobre 1997.....	1
3. Séance d'ouverture - lundi 27 octobre 1997.....	2
4. Rapport du bureau de projet des Villes-santé OMS.....	2
5. Phase III du programme Villes-santé de l'OMS.....	3
6. Points mentionnés pour information.....	7
6.1 Résultat de la conférence de Jakarta sur la promotion de la santé.....	7
6.2 Centre collaborateur OMS pour l'environnement construit (Bristol, Royaume-Uni).....	7
7. La conférence internationale des Villes-santé - Athènes.....	8
8. Évaluation de la phase II.....	9
9. La Santé pour tous au XXI <sup>e</sup> siècle.....	10
10. Plans sanitaires des villes.....	12
11. Points techniques.....	15
11.1 Lutte contre les inégalités.....	15
11.2 Obtenir la participation des affaires.....	17
12. Décisions et recommandations.....	18
13. Clôture.....	19



## 1. Introduction

La dernière réunion de coordination de la phase II (1993–1997) du programme Villes-santé de l'OMS s'est tenue à Jérusalem du 26 au 29 octobre 1997. Soixante-dix participants, représentant 29 villes membres et 13 réseaux nationaux, y ont assisté.

La réunion avait principalement pour objet :

- *le lancement de la phase III (1998–2002)* : d'avoir des consultations avec les villes sur le projet de dossier à l'intention des villes pour la phase III du programme (POLC 06 01 04/3), et d'examiner avec les villes les autres éléments clés de la phase III;
- *évaluation* : de faire rapport sur les progrès de l'évaluation de la phase II et d'avoir des consultations avec les villes sur le projet de cadre d'évaluation (document soumis à la réunion – POLC 06 01 04/6);
- *stratégie de la Santé pour tous* : d'avoir des consultations avec les villes sur le projet régional européen concernant la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle (distribué en août 1997 sous la cote EUR/ICP/EXCC 01 01 01), et de formuler une prise de position collective dans l'optique des Villes-santé à l'intention de l'OMS;
- *conférence d'Athènes* : de faire rapport sur les progrès réalisés en ce qui concerne la conférence d'Athènes (juin 1998), et d'obtenir la participation des villes au mécanisme de planification;
- *points présentés pour information* : de présenter les résultats de la conférence de Jakarta sur la promotion de la santé;
- *points présentés pour débat et échange d'expériences* : de discuter des plans sanitaires des villes et du renouvellement de l'engagement politique, de la lutte contre les inégalités dans les villes, de la mobilisation du secteur des affaires.

Plus de la moitié du temps de la réunion a été consacré à des travaux en petits groupes et ateliers. L'ordre du jour (POLC 06 01 04/1) et le programme, qui avaient été établis en consultation avec les villes, ont été adoptés par la réunion.

## 2. Cérémonie inaugurale – dimanche 26 octobre 1997

La cérémonie inaugurale s'est tenue à l'Hôtel de ville de Jérusalem le dimanche 26 octobre; elle a été suivie par une réception donnée par le maire de Jérusalem, M. Ehud Olmert.

**Mme Pnina Herzog, conseiller principal auprès du ministère de la santé d'Israël**, a présidé la séance inaugurale qui a commencé par une brève déclaration de bienvenue prononcée par **Mme Batya Waschitz, coordinateur du programme Villes-santé de Jérusalem**. Mme Herzog a rappelé que Jérusalem faisait partie des Villes-santé depuis 1988, et qu'il s'agissait d'une ville très complexe, où cohabitaient 560 000 personnes de toutes confessions et de toutes origines. Elle a déclaré qu'à son avis, cependant, il était moins difficile de parvenir à une collaboration intersectorielle au niveau local qu'au niveau national : un gouvernement local était plus proche de la population et plus étroitement associé à celle-ci.

**Le maire de Jérusalem, M. Ehud Olmert**, a déclaré que sa ville participait depuis longtemps au programme «Villes-santé» et qu'il en tirait une grande fierté. Il a rappelé aux délégués

l'importance de l'action qu'ils avaient entreprise pour la santé. Il a parlé du rôle du coordinateur du programme comme étant un élément clé de la réussite de celui-ci dans une ville : le coordinateur devait être une personne capable de persuader chaque individu d'accepter cette mission comme une priorité absolue.

**Le Dr Agis Tsouros, coordinateur du programme Villes-santé de l'OMS**, a remercié les orateurs pour leurs déclarations de bienvenue, et dit qu'il était ravi de se trouver à Jérusalem. Il s'est fait l'écho des paroles prononcées par M. Olmert sur les qualités que devait détenir celui qui devrait être l'instigateur du changement dans une ville : il fallait que cette personne ait l'esprit d'entreprise, et qu'elle ait la grandeur de vue et les aptitudes nécessaires pour rassembler les individus. Il a reconnu que l'instauration d'une collaboration entre secteurs se heurtait à certaines difficultés, mais rappelé que l'action individuelle d'un groupe quelconque ne pouvait être efficace. La valeur spécifique du programme Villes-santé était due au fait qu'il se fondait sur des mesures ayant une influence réelle sur la santé. Le Dr Tsouros a annoncé que l'on était maintenant parvenu à un accord au sein du Bureau régional pour établir un centre de la santé urbaine de l'OMS, qui aurait pour fonction de mobiliser tous les secteurs, et de mettre la santé urbaine au premier plan. Pour la phase à venir, le programme aurait à établir des alliances avec les gouvernements nationaux et à jeter les ponts entre les différentes parties de l'Europe. Le plus grand défi serait en effet d'étendre le mouvement à des pays européens jusque-là restés en dehors.

### **3. Séance d'ouverture – lundi 27 octobre 1997**

**Le professeur Ariel Cohen, maire adjoint de Jérusalem**, responsable du département de l'environnement de la municipalité, a présidé la première séance de la réunion de coordination, le lundi 27 octobre. Il a souligné que Jérusalem remplissait à de nombreux égards les conditions d'une ville-santé. Elle jouissait par exemple d'une proportion idéale entre les heures d'ensoleillement et les précipitations; elle détenait aussi le record mondial pour l'utilisation d'énergie solaire, 60% des familles vivant dans la ville utilisant celle-ci pour chauffer leur eau.

L'ordre du jour a été approuvé. **Le Dr Jill Farrington, consultant pour le programme Villes-santé de l'OMS**, a été désignée rapporteur général, et l'on a salué l'adhésion des villes de **Patras** et **Milan** à la phase II du réseau.

**Le ministre israélien de la santé, Yehoshua Matza**, présent à la première séance, a souhaité aux délégués d'avoir une réunion fructueuse, ce qui serait bénéfique à toutes les populations concernées par le programme. Il a déclaré que, grâce à leurs travaux, ils aideraient à remodeler la politique sanitaire, aussi bien à l'échelon local qu'à l'échelon national, dans le présent comme dans l'avenir. L'approche appliquée à la santé devait aller au-delà des simples soins et s'attaquer aux déterminants de la santé. Pour lui, la santé était l'une des questions qui transcendaient les aspects politiques et de nationalité.

### **4. Rapport du bureau de projet des Villes-santé OMS**

**Le Dr Agis Tsouros** a présenté le rapport du bureau de projet des Villes-santé (BPVS) (POLC 06 01 04/5). Il a attiré l'attention sur les composantes constructives et novatrices des activités du bureau à un niveau plus général : participation active au processus de renouvellement de la Santé pour tous, soutien conceptuel apporté aux universités-santé, participation à l'élaboration de la

composante sanitaire d'EXPO 2000 (devant se tenir à Hanovre) et, en partenariat avec l'Union européenne, effort pour lier entre eux la santé et le développement viable. Le Dr Tsouros a ensuite passé en revue les principaux domaines sur lesquels le bureau avait fait porter ses efforts au cours des six derniers mois.

#### *Centre OMS de la santé urbaine*

Le bureau de projet a réussi à lancer au sein de l'OMS un nouveau concept relatif à la santé dans les villes, le centre de la santé urbaine de l'OMS. Celui-ci répond à une intention stratégique et doit apporter un soutien aux villes saines et à la santé dans les villes dans la Région européenne. Le projet démarre en janvier 1998 et sera mené durant quatre ans à titre expérimental. Il fera appel à l'expertise d'un certain nombre de départements et il sera dirigé par le conseiller régional pour la santé urbaine, le Dr Tsouros.

#### *Phase III*

Le dossier de la phase III pour le réseau des villes membres du programme OMS est maintenant sous forme de projet. Jusqu'ici les efforts ont porté sur cette composante de la troisième phase, mais celle-ci en comporte d'autres. Les réseaux nationaux pourraient jouer un rôle très important, dont il n'a pas encore été question, et pour lequel il faudra élaborer une stratégie complète pour la phase III. Si l'on considère les parties de l'Europe desservies par les réseaux nationaux, il apparaît clairement, en outre, que c'est dans l'est que se posent des défis majeurs : NEI, républiques d'Asie, Balkans.

#### *Base de données pour l'évaluation*

Il a maintenant été établie une base de données complète dans laquelle sont stockées toutes les informations reçues des villes; elle constituera une ressource précieuse pour l'évaluation.

#### *Conférence d'Athènes 1998*

Le directeur régional de l'OMS a déclaré la conférence d'Athènes de 1998 comme «conférence intéressante l'ensemble du Bureau» pour l'OMS, ce qui lui confère un statut politiquement élevé. Les ministres de la santé de pays de toute l'Europe y seront représentés.

#### *Ressources*

Charles Price, qui a quitté le programme, a été remplacé par Mark MacCarthy, précédemment directeur de la santé publique de Camden. Sally Fawkes, venant d'Australie, a été chargée de planifier la conférence d'Athènes. Des remerciements ont été adressés aux nombreuses personnes qui avaient contribué au projet au cours des six mois antérieurs : Carol Tannahill, Ray Bateson, les membres des centres subrégionaux et du comité consultatif de l'évaluation.

#### *Ron Draper*

La réunion a été informée du décès en août de Ron Draper, dont la personnalité avait été une source d'inspiration pour tous les participants au mouvement. La réunion a observé une minute de silence en sa mémoire.

## **5. Phase III du programme Villes-santé de l'OMS**

Carol Tannahill, directeur du département de la promotion de la santé à la direction de la santé de l'agglomération de Glasgow, et conseiller temporaire de l'OMS, a présenté le document sur les critères à remplir et le processus d'admission pour les villes membres de la phase III (POLC 06 01 04/3). Elle a rappelé aux délégués les étapes de son élaboration et les décisions clés qui avaient été prises à Göteborg en avril 1997, sur les points suivants : nécessité

de recruter des villes nouvelles («apport de sang frais») dans le réseau, accord de principe sur une contribution annuelle au réseau, attribution de la priorité aux problèmes de l'équité, adoption d'une attitude plus stricte à l'égard des villes qui semblaient ne pas faire d'efforts sérieux, et application d'une approche plus souple en ce qui concerne les conditions de la phase III, pour tenir compte de la plus grande maturité acquise par les villes.

Dans le projet de document, il était proposé **un processus de recrutement en deux étapes**. Les villes devraient d'abord subir une évaluation pour déterminer si elles étaient admissibles à la sélection. Le nombre de villes pouvant se poser candidates n'était pas limité. Les villes auraient à fournir des preuves écrites d'un engagement politique, le plan sanitaire et le bilan-santé de la ville, un organigramme présentant les structures du programme et leurs liens avec l'administration municipale, et une déclaration concernant les activités en réseau en cours. Les villes remplissant les critères d'admissibilité pourraient alors être candidates à la désignation comme villes membres du programme. Pour la deuxième étape, elles devraient présenter pour évaluation : une proposition détaillée sur la manière dont la ville entend satisfaire aux conditions de la phase III, des documents écrits prouvant qu'il existe un engagement politique et des ressources pour le programme, une déclaration confirmant que la ville accepte de participer au mécanisme d'évaluation et de surveillance. La décision finale en ce qui concerne l'admission relèverait de l'OMS, et un nombre maximum de 40 villes seraient désignées villes membres du programme pour la phase III.

Le Dr Agis Tsouros a fait savoir que depuis la distribution du projet de document, le bureau de projet avait été informé par le siège de l'OMS à Genève (bureau du conseiller juridique) que le contrat proposé pour la phase III entre l'OMS et les villes membres n'était pas juridiquement acceptable. Certains éléments du contrat cependant pouvaient être retenus à titre informel si on le jugeait bon.

Après avoir pris note de certaines précisions sur plusieurs aspects du dossier, la réunion s'est subdivisée en groupes de travail parallèles, dont un exclusivement constitué de coordinateurs des réseaux nationaux. Les discussions ont été centrées sur des questions relatives au document (POLC 06 01 04/3) et sur des aspects plus larges concernant l'ensemble de la phase III. La présentation des résultats de chacun des ateliers de travail a eu lieu lors de la dernière séance de la journée. Les principaux points ressortant des discussions de la journée sont résumés ci-après :

#### *Considérations d'ensemble*

Dans l'ensemble, le document a été commenté favorablement et il a été approuvé de manière générale pour son contenu et son style. On a jugé que la participation des réseaux nationaux à la phase III devait être décrite avec plus de précision, éventuellement dans un document parallèle.

#### *Présentation*

On a estimé que le document était trop long pour être facilement «vendable» aux responsables politiques municipaux, et l'on a décidé qu'il faudrait établir un résumé pratique comme annexe au document principal.

#### *Langue*

Certaines réserves ont été exprimées en ce qui concerne la langue utilisée et l'importance donnée à l'anglais. Il a été expliqué que, pour des raisons pratiques et financières, la langue de travail du projet était et demeurerait l'anglais. Néanmoins, une certaine latitude devrait être possible pour les réunions et documents, pour autant que les ressources le permettent. On a convenu que la version finale de ce document et de sa version abrégée devraient être disponibles dans les quatre langues de l'OMS. On a décidé en outre que les demandes de candidature à la phase III devaient

être présentées en anglais, mais que les documents annexes pourraient être présentés dans leur langue d'origine, avec seulement un résumé établi en anglais.

#### *Engagement politique*

La question de savoir qui devait signer la demande et la déclaration d'engagement au nom de la ville, et si cette personne pouvait prendre cet engagement au nom de la ville pour une durée de cinq ans a fait l'objet d'une discussion. On a convenu qu'il suffisait d'une seule décision soit prise au niveau politique le plus élevé de la municipalité. Sauf quelques rares exceptions, c'est la ville en tant qu'entité symbolique qui demeure l'acteur principal. Un partenariat est établi avec la ville et celui-ci transcende les barrières entre partis politiques et secteurs pour la réalisation des engagements. Les critères d'admissibilité encouragent la participation d'autres secteurs que l'administration municipale, mais il suffit, au nom de la ville, d'une lettre du maire ou du dirigeant politique de celle-ci. Il a été précisé que l'engagement était celui d'adhérer à toute la période de cinq ans couverte par la phase III, au cours de laquelle certaines prestations devaient être fournies.

#### *Groupe intersectoriel*

Chaque ville aura besoin d'un groupe intersectoriel pour diriger l'élaboration d'une politique, d'une stratégie et d'un plan. Chaque ville devrait choisir la composition de ce groupe en fonction des conditions locales, de telle manière que la structure soit adaptée à l'objet.

#### *Contributions financières*

Il a été proposé diverses formules pour la fixation du niveau des contributions financières annuelles, qui devait tenir compte de l'écart entre pays riches et pays pauvres. En fin de compte, on a convenu que la solution la plus simple et la plus équitable serait sans doute d'appliquer un barème double (est/ouest) de 3000/5000 dollars. Les moyens recueillis seraient utilisés pour le fonctionnement du réseau. Il a été précisé qu'ils serviraient en premier à couvrir les coûts de certains des services ou produits que l'OMS fournissait jusque-là gratuitement, ainsi que ceux de produits et services supplémentaires, par exemple l'évaluation, la formation des coordinateurs, les frais de voyage d'un groupe consultatif, la mise en place d'un réseau électronique. On n'a pas établi à ce sujet de liste définitive, mais il a été admis en principe qu'un groupe consultatif de représentants des villes devrait être constitué pour collaborer sur ce point avec l'OMS, celle-ci gardant cependant le droit de veto final.

#### *Réalisation des conditions de la phase II*

Il a été admis que les villes de la phase II qui n'avaient pas encore achevé l'élaboration de leurs plans sanitaires et de leurs bilans-santé auraient besoin d'un délai et d'une assistance pour mener à bien cette tâche.

#### *Travail en réseau et intégration des réseaux*

Le réseau des villes membres pour la phase III sera constitué de villes des parties occidentales, centrale et orientale de l'Europe ayant déjà une expérience dans ce domaine. L'OMS établira un réseau séparé pendant la phase III répondant aux besoins des villes et pays moins expérimentés. Au cours de cette phase, il y aura donc un certain nombre de réseaux différents constitués en fonction de différents critères, c'est-à-dire par thème, par compétence, par zone géographique, par langue, par degré de développement. Ces réseaux établiront des liens entre eux pour pouvoir coopérer. Les délégués ont demandé à recevoir des informations sur les résultats actuels des plans d'action intervilles et ont préconisé de laisser une certaine latitude quant à la forme et au type de réseau auquel une ville pouvait participer en fonction de ses intérêts.

#### *Plans sanitaires de la ville et plans de développement sanitaire de celle-ci*

Le plan sanitaire de la ville devrait s'appuyer sur un bilan des besoins de la population (bilan santé) et donner des preuves d'une planification multisectorielle au niveau de la politique, de la stratégie et de l'exécution fondée sur la Santé pour tous. Ce plan peut être contenu dans un ou plusieurs documents. Quant au plan de développement sanitaire de la ville, il n'est pas une répétition du plan de la phase II. Il devrait se fonder sur le plan sanitaire de la ville et en être un prolongement naturel. Il devrait viser à mobiliser les ressources en faveur de la santé, être axé sur la population et prendre en compte les déterminants de la santé.

#### *Lien entre l'évaluation et la phase III*

Les résultats du processus d'ensemble d'examen et d'évaluation de la phase II serviront de base pour la phase III. Par contre, ils ne devraient pas être utilisés pour l'évaluation de chaque ville au niveau individuel lorsqu'elle présente sa candidature à l'admission à la phase III.

#### *Mécanismes d'évaluation de l'admissibilité et pour la désignation*

Le mécanisme complet d'évaluation concernant l'admissibilité et la désignation est encore à l'examen. Cependant il est clair que l'évaluation des demandes devrait être effectuée par des personnes connaissant bien le mode de fonctionnement des Villes-santé. La décision finale cependant en ce qui concerne la désignation relèverait de l'OMS.

#### *Les villes de la phase II jouissent-elles de privilèges ?*

Les villes membres de la phase II ne jouissent d'aucun droit d'admission automatique à la phase III : ce point avait déjà été décidé aux réunions de coordination de Dublin et de Göteborg. Les villes de la phase II devront donc formuler une demande à être admises à la phase III.

#### *Taille du réseau et nombre limite de villes par pays*

On a considéré qu'un réseau de 40 villes était d'une taille raisonnable. Il a été convenu que le réseau entier devrait comprendre des villes grandes et petites, et, si possible, des villes de toutes les parties de l'Europe. Dix places seront réservées pour l'admission de nouvelles villes au réseau. Une formule permettant de fixer un nombre limite de villes par pays reste à établir. Par le passé, ce nombre maximum avait été fixé à quatre villes par pays, le nombre réel dépendant de la taille de la population. Pour des raisons historiques, il existait certaines exceptions telles que le Danemark, qui a eu deux membres dès le début.

#### *Nature de la demande*

Pour ce qui est des villes de la phase II qui n'ont pas encore rempli les conditions en ce qui concerne l'établissement d'un bilan-santé de la ville et d'un plan sanitaire de la ville, elles resteront admissibles si elles peuvent démontrer qu'elles s'efforceront d'achever ces tâches d'ici la date de désignation. La demande d'admission devrait décrire comment la ville entend satisfaire aux conditions de la phase III, et elle devrait s'appuyer sur des processus et un calendrier définissant l'engagement de la ville et les stratégies fondamentales. On a estimé que les villes devraient recevoir une réponse si leur demande était rejetée.

#### *Distribution du document*

L'OMS enverra la version finale du document à tous les coordinateurs des villes membres et des réseaux nationaux d'ici la fin décembre 1997. Les coordinateurs des réseaux nationaux devraient distribuer le document aux membres de leur réseau. Le dossier sera aussi accessible sur Internet.

#### *Rôle des réseaux nationaux*

Les réseaux nationaux ont présenté un certain nombre de suggestions sur lesquelles il n'y a pas eu d'accord ferme et qui devront donc être réexaminées par la suite : inclusion d'un coordinateur

de réseau national parmi les personnes chargées d'évaluer l'admissibilité, prise en compte de l'avis des coordinateurs de réseaux nationaux à propos des villes demandant à adhérer à la phase III, obligation pour les candidats à la phase III d'être membres de leur réseau national, inclusion des réseaux nationaux dans le même processus d'évaluation que celui s'appliquant aux villes membres pendant la phase III. Les réseaux nationaux ont demandé que l'OMS exerce son influence sur les gouvernements nationaux pour les inciter à travailler avec les réseaux nationaux et à inclure l'approche «Villes-santé» dans les plans sanitaires nationaux.

#### *Fréquence des réunions de coordination*

Il a été suggéré que les réunions de coordination devraient avoir lieu une fois par an, qu'elles devraient être axées sur les objectifs de la phase III, par exemple équité, ou urbanisme axé sur la santé. Pendant le reste de l'année, il pourrait y avoir d'autres activités, telles que des réunions d'autres réseaux ou des ateliers sur des domaines présentant un intérêt.

#### *Calendrier*

Les villes ont exprimé des réserves concernant le calendrier proposé dans le projet de document. Elles ont souligné qu'il leur faudrait adapter tout calendrier proposé en fonction de leurs conditions et chronologie locales (date des élections, périodicité des réunions des comités, etc.). On a considéré que ces réserves étaient justifiées, mais souligné aussi qu'il y aurait plusieurs tours d'admission et par conséquent plusieurs occasions d'adhérer. Le calendrier proposé pour le premier tour tenait compte des dates de la conférence d'Athènes.

#### *Soutien nécessaire aux villes*

Les villes ont estimé qu'elles auraient besoin du soutien de l'OMS pour pouvoir remplir les conditions de la phase III, particulièrement dans les domaines suivants : formation et documentation, sensibilisation des responsables politiques, développement des capacités à susciter la participation de la collectivité, implication du secteur des affaires.

## **6. Points mentionnés pour information**

### **6.1 Résultat de la conférence de Jakarta sur la promotion de la santé**

Fran Perkins (Toronto) a fait un bilan des résultats de la conférence de Jakarta sur la promotion de la santé qui s'était tenue en juillet 1997. Celle-ci avait été la première conférence de ce genre tenue dans le monde en développement et elle se situait 20 ans après la conférence d'Alma Ata et 10 ans après l'élaboration de la Charte d'Otawa. Du point de vue de son organisation, il s'agissait d'une conférence d'un style formel, avec un ordre du jour complexe et une grande partie des débats ayant lieu en plénière. Du point de vue des éléments positifs, on avait jugé très favorablement la documentation de base, qui était disponible sur le site Web. L'oratrice avait pris part aux discussions du groupe «villes/villages/collectivités/îles-santé». Au sein de ce groupe, les différences entre cultures et approches s'étaient exprimées de façon très distincte, la philosophie des Villes-santé étant perçue selon le cas comme un art ou comme une science. Parmi les points traités, il avait été question de la participation du secteur des affaires, du partenariat avec les campagnes d'alphabétisation, de l'acquisition des capacités à établir des partenariats, du recrutement de volontaires. On avait souligné que les Villes-santé devaient être un projet coiffant les projets menés dans tous les autres cadres. Les participants avaient élaboré leur propre charte, la déclaration de partenariat des Villes-santé. La déclaration de Jakarta et la documentation annexe étaient accessibles par l'intermédiaire du site WWW.

## **6.2 Centre collaborateur OMS pour l'environnement urbain (Bristol, Royaume-Uni)**

Hugh Barton, directeur exécutif du centre collaborateur OMS pour l'environnement urbain, a présenté un bref exposé sur les travaux du centre situé à Bristol (Royaume-Uni). Le centre rassemble les activités de différentes disciplines dans un cadre intégré fondé sur une philosophie commune, celle d'établir un environnement attrayant, sûr, équitable, sain et viable. L'orateur a énuméré une série de projets en cours dont s'occupait le centre, et évoqué la manière dont celui-ci pourrait collaborer à l'avenir avec les Villes-santé. D'autres informations pourront être obtenues directement auprès de lui.

## **7. La conférence internationale des Villes-santé – Athènes**

Agis Tsouros a présenté la conférence d'Athènes comme l'événement marquant les dix années d'existence du programme, et il a réaffirmé que celle-ci méritait d'être considérée par l'OMS comme une manifestation majeure. Toute personne souhaitant prendre part à la planification de la conférence était invitée à prendre contact avec le bureau de projet, où Sally Fawkes devait assumer les fonctions de coordinateur pour la conférence.

Dezi Papathanassopoulou, coordinateur du programme pour Athènes, a fait une présentation sur la ville d'Athènes, lieu de la conférence, et sur les possibilités qui seraient offertes aux participants. Au nom de la ville d'Athènes, il a été remis à chaque participant un dossier d'information sur la ville et un enregistrement musical sur disque compact.

Ray Bateson, de Dublin, a présenté un cadre qu'il avait établi pour la conférence à la demande du bureau de projet. Ce cadre se basait sur des observations reçues pendant la réunion de coordination de Göteborg. Il était proposé de tenir une conférence de quatre jours, qui se subdiviserait en douze périodes de travail. Il était proposé que quatre de celles-ci soient affectées aux «réalisations». Le calendrier inclurait également des visites sur le terrain. Le cadre avait été conçu pour intéresser les divers acteurs impliqués par le programme des Villes-santé. Les villes auraient la possibilité de faire des apports au programme pendant la réunion de coordination en tant que membres d'un groupe directeur, si elles le souhaitaient.

Au cours de la réunion de coordination, un atelier a été organisé pour les villes qui souhaitaient discuter plus en détail de la conférence et participer à la planification de cette dernière. Cette réunion, à laquelle participaient douze personnes, a examiné les points suivants :

1. *droits d'inscriptions* : des réserves ont été exprimées en ce qui concerne le niveau des droits d'inscription, qui a été jugé trop élevé, en particulier pour les villes de l'Europe orientale;
2. *réunion du maire* : on a évoqué la possibilité d'organiser pendant la conférence une réunion avec le maire de la ville-hôte;
3. *durée* : la durée de quatre jours affectée à la conférence a été jugée trop longue. On a proposé de réorganiser comme suit le temps imparti : une conférence de trois jours, une demi-journée pour une réunion de coordination tenue à la fin, une demi-journée pour les visites sur le terrain;
4. *format* : on a discuté des différents styles et formats que pourrait prendre la conférence, qui allaient des formes classiques jusqu'à des formes plus souples (mix & match, pick & choose). Il y a eu un accord sur le fait que plus de temps devrait être consacré aux ateliers et moins aux séances plénières;

5. *réunion d'un groupe directeur* : un certain nombre de villes ont déclaré souhaiter participer à la suite du processus de planification. On a fait valoir que des responsables politiques voudraient également aussi être associés à la planification du programme.

## 8. Évaluation de la phase II

**Jill Farrington (bureau de projet)** a présenté un rapport sur les progrès réalisés dans l'évaluation de la phase II. En ce qui concerne le projet UE/LSE, le comité consultatif de l'évaluation avait approuvé les critères de sélection révisés que le groupement de recherche avait présenté à sa réunion en juin. Sur la base de ces critères, dix villes avaient été sélectionnées pour des visites approfondies par l'équipe de recherche. La première visite effectuée à Horsens avait eu lieu au cours de la semaine précédant la réunion de coordination. Pour les villes qui n'avaient pas encore été sélectionnées, des lettres devraient leur être envoyées sous peu par la LSE pour leur expliquer comment elles pouvaient encore être associées à cette évaluation.

Il avait été établi une base de données pour évaluation, et, au cours de l'été, le bureau de projet avait vérifié les informations sur les villes que celle-ci contenait. Ces travaux étaient dirigés par Leah Rothstein (bureau de projet). Les réseaux nationaux étaient encouragés à prendre contact avec elle pour lui communiquer la liste de leurs membres actuels. Parmi les autres éléments de l'évaluation, il fallait inclure une enquête sur la gestion des programmes actuellement exécutée par Colin Hastings. Le bureau de projet apportait aussi son aide à ses collègues du centre pour l'environnement de Rome en effectuant une enquête sur les politiques de transport favorables à la santé dans les villes. Il a été déclaré que jusqu'ici les villes avaient contribué de manière positive et utile à cette enquête.

**Carol Tannahill (Glasgow)** a décrit brièvement les principaux éléments du cadre d'évaluation (document soumis - POLC 06 01 04/6) qui avait été établi par elle et par Jane Springett (Liverpool) en collaboration avec le comité consultatif de l'évaluation. Ce cadre devait offrir une approche stratégique d'ensemble de l'évaluation pour la transition de la phase II à la phase III. Les participants ont été invités à présenter leurs observations et propositions sur le cadre; celui-ci devait être finalisé au début de 1998.

Il a été organisé un atelier pour discuter de manière plus approfondie du projet de cadre avec les villes qui souhaitaient y participer. Cet atelier a consacré la majeure partie de son temps à une présentation et à une description plus précise de l'approche proposée. Les participants ont accueilli très favorablement la proposition et jugé qu'elle serait utile non seulement pour l'évaluation de la phase II, mais aussi comme cadre à utiliser d'emblée pour la phase III. Il n'a pas été exprimé de critiques ou de réserves en ce qui concerne l'approche suivie. On a par contre souligné à plusieurs reprises que l'utilisation du cadre présupposait un certain nombre d'autres actions :

1. la formation en matière d'évaluation devrait être développée pour améliorer les capacités de recherche et d'évaluation dans les villes. On a suggéré que cette activité pourrait commencer lors de la conférence d'Athènes;
2. on a jugé très important d'établir un document servant de «mode d'emploi» pour faciliter l'utilisation du cadre;
3. on a aussi estimé nécessaire de disposer d'un cadre parallèle pour l'évaluation de l'approche «ville-santé» au niveau d'une ville;

4. une tâche importante, au début de la phase III, serait d'identifier quels «indicateurs d'une ville-santé» étaient les plus utiles (et les plus pertinents par rapport aux onze caractéristiques d'une ville-santé). Par utilité, on devait entendre que ces indicateurs devaient tenir compte à la fois des informations dont l'OMS avait besoin et de celles qui étaient utiles pour les villes;
5. le processus de collecte et d'utilisation des indicateurs devait lui-même être mis en œuvre sous des formes favorisant la responsabilisation, la participation, etc.;
6. l'utilisation du support CD-ROM avait été jugée efficace par certaines villes à propos des bilans-santé. Il serait peut-être utile d'envisager d'utiliser les mêmes moyens techniques en liaison avec le processus d'évaluation, par exemple pour une base de données sur les approches et résultats d'évaluation des villes.

L'atelier a jugé que l'utilisation des ces nouveaux supports serait un usage particulièrement indiqué des moyens financiers recueillis grâce aux droits d'inscription versés par les villes à l'OMS au titre de la phase III.

## 9. La Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle

Jill Farrington a présenté le projet de document la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle pour la Région européenne (EUR/ICP/EXCC 01 01 01). Celui-ci avait été distribué à tous les membres du réseau pendant l'été. Les coordinateurs avaient été invités à avoir des consultations sur ce document à l'échelon local. Ces consultations devaient être informelles, et compléter le processus de consultation officiel en cours mené dans chaque pays. Le calendrier du processus de renouvellement de la Santé pour tous, aussi bien au niveau mondial qu'au niveau européen, a été rappelé. Les Villes-santé avaient jusqu'à la fin du mois de novembre pour communiquer leurs observations à l'OMS, ce qu'elles pouvaient faire de trois manières : individuellement, ou par l'intermédiaire des correspondants pour leur pays, ou enfin collectivement en tant que réseau par l'intermédiaire du bureau de projet. On a souligné les points principaux du document.

La réunion s'est alors subdivisée en quatre ateliers parallèles afin de discuter plus en détail du document et d'examiner en particulier les questions ayant une importance pour les Villes-santé, l'échelon local et la santé urbaine, avec pour objet d'examiner le point de vue du réseau de Villes-santé sur le document. Les résultats des discussions de groupe ont été présentés en plénière et les principaux points sont résumés ci-après.

### *Participation des Villes-santé aux consultations nationales*

Sans que les États membres aient été directement invités à faire participer les Villes-santé, il leur avait été demandé de veiller à ce que les consultations sur le document incluent de nombreux acteurs aux niveaux national, régional et local. Parmi les villes prenant part à la réunion, seules Padoue et les villes du réseau national italien avaient été officiellement contactées dans le cadre de la consultation nationale. Trois autres villes (Copenhague, Jérusalem et Liège) avaient pris part au processus de consultation, mais seulement par accident ou sur leur propre initiative.

### *Observations générales sur le document*

Dans l'ensemble, le document a suscité une réponse très positive. Il a été considéré comme «intéressant», «complet», «enrichissant», «novateur», «stimulant». On a jugé qu'il serait très utile en tant qu'ouvrage de référence pour les professionnels, mais que sous sa présente forme il avait moins d'attrait pour les responsables politiques et le public. Il était pour cela trop long et d'un style trop lourd et analytique.

On a donc estimé qu'il fallait améliorer le document actuel, tout en gardant l'esprit de la version d'origine. Les propositions formulées concernaient notamment l'addition d'un glossaire mis à jour, d'une table des matières plus intéressante et attrayante, d'un index et d'une introduction soulignant l'importance de tenir compte des conditions politiques locales lors de la mise en œuvre; il a aussi été proposé des traductions dans les langues locales.

On a convenu que ce document principal devrait être complété par une version abrégée plus attrayante et facile à lire, claire et accessible, qui résumait et énumérait les priorités et présentait des exemples judicieux. On a insisté en particulier sur la nécessité d'établir une version qui, de par sa longueur et sa forme, serait mieux adaptée aux milieux politiques. Il a été proposé à cet égard d'établir des résumés spéciaux pour différentes fins et différents publics, regroupant les informations utiles sur une question particulière et guidant le lecteur à travers le document principal.

#### *Observations spécifiques sur les buts et la fixation des buts*

La réduction du nombre des buts de 38 à 26 a été bien accueillie. On a en particulier mentionné et commenté positivement les buts sur l'équité et les soins de santé primaires (19). Certains ont estimé qu'il serait possible de regrouper les buts 17 et 5. On a suggéré que des indicateurs quantitatifs devraient exister pour tous les buts et que les liens entre le nouveau but 26 et l'ancien but 38 soient clairement indiqués. De nombreux plans sanitaires des villes étaient fondés sur les 38 anciens buts, et il serait nécessaire de mieux faire ressortir les liens entre l'ancien et le nouveau système.

#### *Le document dans la perspective des Villes-santé*

Les villes ont jugé que la question de la santé urbaine avait été correctement évoquée, mais que l'importance de l'élaboration de la politique sanitaire au niveau local avait été moins bien prise en compte. Les villes constataient qu'une responsabilité importante avait été confiée à l'échelon local dans la mise en œuvre du plan. On a estimé que dans ses communications avec les gouvernements nationaux, l'OMS devrait expressément mentionner les Villes-santé en tant qu'instruments de mise en œuvre et recommander aux gouvernements nationaux de faire effectivement usage des compétences locales. Ainsi, par exemple, les Villes-santé semblaient avoir au niveau local plus de possibilités et plus d'expérience de l'activité intersectorielle qu'un gouvernement national. Il incombait à l'OMS de jouer le rôle de catalyseur en favorisant la communication entre le niveau local et le niveau national.

Un autre point important évoqué était que les activités Villes-santé devraient être considérées comme un cadre qui coiffe les autres cadres sectoriels ou institutionnels, et non pas situées au même niveau.

#### *Conclusion*

La conclusion de la réunion de coordination a été qu'outre le rapport de synthèse des observations faites par les villes, il faudrait mettre l'accent sur les trois points les plus importants dans une résolution. La résolution ci-après a été approuvée à l'unanimité.

Le réseau du programme Villes-santé de l'OMS demande instamment à l'OMS, lorsqu'elle établira la nouvelle version du document sur la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle :

1. de tenir compte de l'importance du programme de Villes-santé en tant qu'instrument actif de mise en œuvre de la stratégie de la Santé pour tous au niveau local;
2. de prendre en compte l'importance de l'élaboration de la politique au niveau local;
3. de reconnaître que les Villes-santé forment un cadre transsectoriel, qui se situe à un niveau politique plus élevé que les autres cadres sectoriels ou institutionnels de promotion de la santé.

## 10. Plans sanitaires des villes

**Agis Tsouros** a présidé les discussions d'un groupe de villes sur la question des plans sanitaires des villes. L'objet de cette séance était de procéder à un échange de vues franc sur le processus et les résultats de la planification sanitaire au niveau municipal dans différentes villes.

**Tina Svoboda (Vienne)** a décrit comment cette ville avait dû d'abord se faire une légitimité en matière de plans sanitaires avant de pouvoir entreprendre ce projet. Au cours des cinq dernières années, les milieux municipaux avaient dû prendre le temps de convaincre les acteurs et attendre que le moment d'agir soit venu. Finalement, ils avaient réussi à obtenir que cette question soit officiellement mentionnée dans un document de coalition, qui serait signé par les hommes politiques de tous bords.

**Ruth Stern (Camden)** a décrit comment dans le cadre du programme on avait utilisé le processus de planification sanitaire au niveau municipal dans cette ville comme moyen de susciter une prise en charge de la santé par les acteurs, d'inscrire la santé aux ordres du jour politiques et d'en faire un élément majeur de la politique. On avait commencé par exécuter un audit de tous les secteurs, en demandant à tous les administrateurs principaux ce qu'ils faisaient et quel rapport cela avait avec la santé. Sur cette base, on avait établi le document «Towards a Health Plan» qui avait été transmis à tous les comités, de manière à mobiliser un large soutien politique. Les responsables du projet avaient préféré utiliser les structures et stratégies existantes plutôt que d'en créer de nouvelles.

Ils s'étaient fixé trois priorités dans le cadre de leur travail : lutte contre la pauvreté, transport et personnes âgées. Après un début prometteur, toutefois, leur activité était devenue de plus en plus marginale du fait d'un changement de l'équipe dirigeante et des priorités politiques au niveau local. Depuis l'arrivée d'un nouveau gouvernement à la tête du pays cependant, la santé était de nouveau inscrite à l'ordre du jour politique. Il y avait un accord sur le fait que les autorités sanitaires devaient établir une stratégie sanitaire incluant un large champ tirant parti des travaux déjà réalisés. Les responsables du projet avaient estimé que le plan de Liverpool pourrait être utile comme modèle dans cette tâche.

**Ray Bateson (Dublin)** a déclaré qu'au début les opinions étaient divisées, au sein de la municipalité de la ville, sur l'utilité potentielle d'un plan sanitaire pour celle-ci. Pendant longtemps cette activité avait été considérée comme inutile et avait par conséquent reçu une faible priorité dans les activités du bureau concerné. Les responsables du projet avaient utilisé le plan de Copenhague afin de mobiliser un certain soutien initial, puis ils avaient demandé à chaque partenaire d'indiquer par écrit comment il concevait l'aspect du plan qui le concernait.

Cette approche avait abouti à huit rapports émanant de huit secteurs différents. Les responsables avaient donc essayé une autre approche. Sur la base du plan de Liverpool, ils avaient établi un document énumérant certaines prises de position clés auxquelles les acteurs pouvaient souscrire. Après le lancement de ce document au sein du public, on avait reçu plus de 200 réponses de celui-ci. Au cours des mois à venir, il faudrait travailler à donner plus de substances concrètes au plan ainsi établi. Les auteurs, tout en reconnaissant les insuffisances de cette méthode, estimaient que dans l'ensemble elle leur avait permis d'aller de l'avant, et qu'en particulier de mettre en lumière un soutien public qui pouvait difficilement être ignoré. Elle avait été adoptée après examen d'autres solutions possibles, telles que faire pression sur les différents acteurs pour les inciter à agir, ce qui semblait avoir peu de chances de donner de meilleurs résultats, ou établir soi-même un plan au sein du secteur de santé ou du bureau de projet, ce qui aurait posé des difficultés d'application pratique.

**Helena Sandelin (Göteborg)** a déclaré que dans cette ville, du point de vue politique, on avait essayé d'adopter une approche stratégique, certes moins ambitieuse, mais qui tenait compte de la situation locale. Chaque département disposait déjà de son propre plan. Les responsables du projet avaient donc envoyé des questionnaires à 300 partenaires situés dans la ville en leur demandant ce qu'ils considéraient comme priorités sur le plan stratégique. Sur la base des réponses, ils avaient établi un document qui est maintenant diffusé auprès de tous pour qu'ils fassent connaître leurs observations.

**Carol Tannahill (Glasgow)** a déclaré que le processus d'élaboration du plan sanitaire pour cette ville avait été très détaillé et très complet; 300 réunions de consultation environ avaient été tenues à cette fin. Le produit final était un très long document dont la section 1 décrivait la philosophie des Villes-santé et ses objectifs, et la section 2 une liste département par département de ce que la ville de Glasgow entendait faire sur le plan pratique; les éléments de cette partie, cependant n'étaient pas bien intégrés. Depuis l'élaboration du plan original, il s'est produit une réorganisation du gouvernement local et une réforme des services de santé. Le plan sanitaire de la ville n'était donc plus adapté, sous sa forme actuelle, à la situation en vigueur à Glasgow. Cela impliquait d'adopter une nouvelle approche en ce qui concerne les plans. Au cours de la dernière année, un nouveau plan avait été établi. Il comportait sept grands objectifs stratégiques et l'on s'était mis d'accord sur la valeur à donner à chacun d'eux et sur les modèles guidant les principales actions à entreprendre pour chaque objectif. La mise en œuvre pratique se ferait sur la base de plans annuels d'exécution. Compte tenu de l'expérience acquise, on n'estimait qu'il n'était plus réaliste de lancer un plan d'exécution détaillé s'étalant sur plus de cinq ans. L'élaboration d'un plan impossible à mettre en pratique ne présentait pas d'intérêt. Il était plus important de se faire une idée claire des stratégies et des méthodologies et il faudrait mettre l'accent sur ce qui était réalisable plutôt que sur d'hypothétiques plans à long terme.

Les représentants de plusieurs autres villes ont aussi évoqué leur propre expérience. À **Liverpool**, on avait constaté que le processus d'établissement d'un plan sanitaire de la ville était un processus continu, qui devait être constamment réévalué en fonction des changements. Le plan détaillé d'origine est maintenant périmé et chaque année il est fixé une priorité pratique différente. À **Padoue**, on avait établi un système d'information permettant de produire un bilan-santé annuel servant à fournir chaque année aux responsables politiques des informations à jour sur la santé. Cette approche avait suscité plus d'intérêt et était politiquement plus utile qu'un plan, formule jugée trop rigide. À **Jérusalem**, on avait utilisé à la fois le plan d'administration de la ville et le bilan-santé, on avait procédé en déterminant d'abord les besoins de la collectivité et ensuite quels étaient les domaines non inclus dans le plan d'administration de la ville. À **Toronto**, on avait commencé à établir des plans annuels. Ceux-ci se fondaient sur un choix des priorités en fonction des déterminants de la santé.

La réunion s'est alors fractionnée en quatre ateliers parallèles pour discuter plus en détail des questions liées à l'établissement d'un plan sanitaire de la ville. La session d'après-midi, au cours de laquelle ceux-ci ont présenté les résultats de leurs discussions, était présidée par **Alex Leventhal, département du service sanitaire, Israël**. Les principaux points évoqués sont résumés ci-après :

#### *Nature et objet d'un plan sanitaire de la ville*

Le plan sanitaire de la ville ne doit pas nécessairement être constitué par un document unique; il peut s'agir d'une série de documents. Le plan ou le document équivalent devrait exprimer une doctrine stratégique, il devrait être axé sur l'action et être tout à la fois politique, stratégie et plan. Il devrait remplir les conditions suivantes : définir la stratégie, fixer les objectifs, être fondés sur la consultation, mobiliser les partenaires locaux, et favoriser l'intégration. Les principes de la Santé pour tous devraient guider le plan d'ensemble pour la ville. Celui-ci devrait introduire dans les questions une dimension politique déterminante. Il devrait mettre l'accent sur l'équité et les déterminants de la santé. Il devrait faire apparaître clairement que la santé est traitée dans une optique intégrée et non pas dans le cadre traditionnel. La ville devrait utiliser le plan sanitaire pour décider de ses priorités et de sa mise en œuvre locales. Le fait qu'un plan soit mis en œuvre était plus important que son degré de «perfection». Parmi les problèmes rencontrés par les villes, on a constaté que les organismes officiels avaient du mal à s'écarter des modes de travail traditionnels, qu'ils étaient réticents à élargir leur champ d'intérêt faute de ressources pour la diversification, et qu'ils manquaient d'expérience et d'aptitude en matière de relations publiques.

#### *La valeur ajoutée du plan sanitaire de la ville*

On a considéré que la valeur ajoutée apportée par le plan sanitaire de la ville, par rapport à tout autre plan établi pour une ville, était liée :

- i. à la possibilité d'agir sur les déterminants de la santé plutôt que de maintenir simplement le *statu quo*,
- ii. à la capacité de réunir des partenaires et d'offrir une plate-forme de coopération,
- iii. à la possibilité d'imposer des décisions conscientes entre priorités concurrentes,
- iv. au fait d'offrir un ordre du jour commun et une responsabilité commune pour tous les secteurs, formant un cadre dans lequel chaque organisme pouvait établir ses plans d'exécution.

#### *Comment «vendre» aux milieux politiques les plans sanitaires des villes*

On a évoqué les difficultés particulières rencontrées lorsqu'il s'agissait de «vendre» les plans sanitaires à des hommes politiques désorientés par les termes utilisés et plus habitués à travailler avec des plans municipaux. Certaines villes avaient en fait constaté que, plus le niveau de santé des citoyens était élevé, plus il était difficile de convaincre les décideurs de la nécessité d'un plan et plus l'intérêt politique était faible. On risquait alors de perdre trop de temps à expliquer ce qu'était en soi un plan sanitaire de la ville, au lieu de consacrer les efforts à faire accepter ce plan et à faire comprendre sa stratégie. Ce qu'il fallait vendre, c'était donc l'idée et le principe du plan et non pas le produit final. On a reconnu que la lisibilité du document, de par sa longueur et la langue utilisée, était importante si l'on voulait atteindre les différentes audiences (population, milieux politiques). En ce qui concerne le rôle du coordinateur, on a considéré qu'il était : de vendre le plan aux milieux politiques, de démontrer les avantages politiques obtenus, de donner des conseils professionnels aux hommes politiques, de rechercher des solutions et de préparer des décisions à l'intention des décideurs et des comités. Quant au rôle des principaux responsables politiques, il était : de s'associer au projet, de vendre l'idée à d'autres hommes politiques, de se faire les ambassadeurs du projet, de fournir des ressources et, bien sûr, de se faire réélire !

### *Obtenir un soutien politique durable*

Un soutien politique était indispensable et l'on devait dès le début s'efforcer de mobiliser un soutien qui soit durable. Souvent ce soutien était fluctuant dans le temps; selon les changements politiques, il pouvait se renforcer ou s'affaiblir. Lorsque pour un projet, on avait réussi à obtenir la participation active d'autres organismes, et un soutien visible du public, il était plus difficile aux responsables politiques ne pas en tenir compte. Lorsqu'il existait une volonté politique, les obstacles structurels étaient plus faciles à surmonter.

### *Participation des autres secteurs*

Dans ce domaine, la composante intersectorielle est importante. La simple juxtaposition des activités des différents secteurs ne constitue pas un plan. Il doit exister une philosophie commune, ainsi qu'un cadre stratégique commun dans lequel s'inscrit l'exécution pratique. Le plan doit s'appuyer sur un horizon de mise en œuvre comprenant des dates de réalisation. Fondamentalement, il doit offrir une base sur laquelle seront établis des ordres du jour, mis en œuvre par coopération entre les différents secteurs. Pour qu'un plan soit intersectoriel, il doit sortir du simple cadre de la promotion de la santé. De l'expérience des villes, il ressortait en général, qu'en pratique la prise de décision relevait de la municipalité et que les autres secteurs n'étaient pas suffisamment impliqués. Certaines villes avaient constaté que l'action intersectorielle était plus facile là où il existait des ONG locales actives. Pour d'autres, il semblait que cette collaboration intersectorielle soit plus difficile lorsque l'organisation municipale était de type collégial.

### *Rôle de l'OMS*

Les villes ont souligné la valeur du rôle de catalyseur de l'OMS en tant qu'instigateur de l'action pratique et défenseur de l'importance du processus de planification. Les conditions posées par l'OMS ne correspondaient pas toujours aux priorités au niveau municipal, cependant, et parfois le coordinateur du plan sanitaire avait de la difficulté à concilier les demandes de celle-ci avec la réalité et les contraintes d'une administration publique. C'est pourquoi les villes ont demandé à l'OMS d'être souple dans son interprétation de ce qui constituait un plan. L'expérience variait en fonction de chaque endroit et chaque plan devait être considéré en fonction du cadre local. Certaines villes auraient besoin de plus de temps pour parvenir au même niveau que les autres, ce qui n'était pas fatalement un aspect négatif.

### *Le processus*

Les villes étaient en train d'étudier différentes approches pour l'élaboration du plan : formulation de certains aspects en fonction du bilan-santé : plans par quartiers, plans par questions. De manière générale, les villes ont souligné l'utilité et l'importance du processus de préparation d'un plan sanitaire de la ville, parfois supérieures à celles du produit final lui-même. Une enquête anonyme exécutée au cours de la séance pour déterminer comment les villes jugeaient le plan et son processus a confirmé ce point de vue.

### *Les plans sanitaires des villes et le programme Action 21*

Les liens entre les plans sanitaires des villes et le programme Action 21 doivent encore être renforcés. Ce dernier a de fortes composantes environnementales, sociales et financières, mais son application pratique peut être limitée par les départements de l'environnement. Or, les Villes-santé relèvent du volet social. Le programme des Villes-santé devrait se faire le promoteur du programme Action 21, sans toutefois le reprendre à son compte. Dans certaines villes, il existe un engagement politique favorable au programme Action 21, ce qui peut ouvrir des possibilités.

## 11. Points techniques

### 11.1 Lutte contre les inégalités

Dr Carol Tannahill a présidé cet atelier, qui a commencé par des présentations de Ruth Stern (Camden) et de Willy de Haes (Rotterdam) sur les approches suivies dans leur ville face au problème de l'inégalité.

Ruth Stern a décrit les initiatives prises pour évaluer les besoins des personnes dépendantes et y répondre, ainsi que le projet Horn of Africa mené à Camden. Elle a aussi décrit l'utilisation du bilan-santé de Camden pour donner une représentation particulièrement claire des inégalités sous forme visuelle de santé, ce qui avait aidé à faire passer le message.

Willy de Haes a rappelé que dès le début des activités Villes-santé à Rotterdam, l'objectif général avait été la réduction des inégalités. Celle-ci constituait donc l'axe directeur et déterminait en grande partie les objectifs du projet. Il a évoqué l'approche suivie pour promouvoir la santé des immigrants, qui se fondait sur l'éducation et la formation de volontaires appartenant à ces collectivités. Après environ un an, ceux-ci étaient recrutés comme employés pour travailler au sein de leur collectivité, et leur tâche était en particulier d'améliorer les liens avec les services de santé primaires. Une approche du même genre était utilisée pour promouvoir la santé des personnes âgées. Les responsables du projet se rendaient maintenant compte de la nécessité de prévoir un soutien aux volontaires des soins.

Les participants ont discuté pendant un certain temps de la manière dont on pouvait déterminer si les approches suivies avaient un effet réel. Willy de Haes a décrit un «baromètre de la santé» qui avait été mis au point à Rotterdam, et qui permettait de mesurer six aspects principaux. En matière d'inégalités de santé, on a souligné l'importance de considérer non pas les niveaux absolus mais les niveaux relatifs. Sur ce point également les villes auraient souhaité obtenir une assistance pour l'élaboration d'indicateurs et de méthodes de recherche.

L'atelier sur la lutte contre l'inégalité a réuni un grand nombre de participants et a été le lieu de discussions très actives de la part des villes. Certains thèmes communs se sont dégagés de la discussion :

1. On a souligné la nécessité de bien connaître les **tendances démographiques** dans les villes pour permettre d'identifier les groupes en situation marginale ou qui sont menacés par la mauvaise santé à l'avenir. Les villes ont énuméré différents groupes prioritaires. Pour nombre d'entre elles, les minorités ethniques figuraient au premier rang et pour d'autres les personnes âgées au sein de ces groupes devaient faire l'objet d'une attention particulière. D'autres villes ont décrit les activités qu'elles menaient en faveur de ce l'on appelait la «génération perdue», à savoir cette cohorte de jeunes adultes qui n'avaient pas réussi à obtenir un emploi et un rôle actif dans la société. L'atelier a estimé que les plans d'action intervilles (ou des mécanismes similaires) pourraient être très utiles comme base d'activités menées entre les villes ayant à s'occuper des mêmes groupes prioritaires. On a aussi estimé que des liaisons entre villes du pays d'origine et villes d'accueil pourraient être précieuses pour les activités concernant les populations immigrées. C'est sur ce point notamment que l'appartenance à un réseau pourrait offrir un avantage particulier.
2. On a convenu qu'il fallait que plusieurs conditions soient remplies si l'on voulait pouvoir surmonter les obstacles dans la lutte contre les inégalités : motivation et engagement sur le long terme, disponibilité de ressources financières, utilisation des réseaux au sein des

collectivités et établissement de nouveaux réseaux intégrant différentes collectivités, mécanismes permettant de surmonter les barrières linguistiques et culturelles, participation active de la collectivité visée, effort pour bien s'informer de leurs besoins et préoccupations, «recrutement» de personnes ayant les mêmes caractéristiques que la collectivité visée (âge, appartenance ethnique, etc.) pour la mise en œuvre du programme.

3. On a aussi discuté du choix, dans les activités relatives à l'équité, entre **l'approche axée sur des groupes de populations ou celle axée sur des quartiers**. Actuellement, des approches très diverses sont appliquées par les villes. On a convenu qu'il y avait des avantages à l'approche par quartier, en particulier du point de vue des possibilités de lier les activités concernant la santé avec les activités plus larges de réhabilitation. Par contre, cette approche ne permettait pas de prendre suffisamment en compte les besoins de santé de certains groupes de population. On a donc jugé indispensable de combiner ces deux approches.

### **11.2 Obtenir la participation des affaires**

**Dr Agis Tsouros** a présidé ce petit atelier, au cours duquel il y a eu un échange d'expérience pratique entre les villes.

**Antonio de Blasio (Pécs)** a décrit l'approche suivie par la ville de Pécs pour obtenir la participation du secteur des affaires. On était arrivé à la conclusion que celui-ci pourrait être intéressé par une participation pour trois raisons : gains en matière de profits ou d'impôts, amélioration de l'image des entreprises, contribution à la résolution de problèmes sociaux. L'expérience avait montré qu'il était utile de commencer par une coopération à court terme avec les entreprises, fondée sur des projets concrets apportant des résultats visibles, pour pouvoir établir plus tard des partenariats à plus long terme.

**Tina Svoboda (Vienne)** a souscrit à ce point de vue. Dans le cadre du projet Écoles-santé de cette ville, on avait pu obtenir le soutien d'une compagnie d'assurance pour les activités dans les écoles. Au départ, il avait été nécessaire de proposer un projet concret devant apporter des résultats visibles, mais on avait maintenant atteint la phase où l'on pouvait étendre ce soutien à d'autres activités concernant les jeunes. La participation des milieux d'affaires au processus de planification sanitaire s'était aussi révélée utile.

**Des McNulty (Glasgow)** a évoqué un certain nombre d'exemples relatifs à cette ville. Dans l'ensemble de celle-ci, on avait pu établir un partenariat stratégique à long terme avec les milieux d'affaires, le «partenariat pour la réhabilitation». Les responsables du projet avaient établi une coopération étroite avec une entreprise de production alimentaire pour la fourniture de repas scolaires, notamment en utilisant ces derniers comme moyen de diffuser des informations nutritionnelles sur l'emballage et par l'utilisation de couleurs et de logos. Ces activités, tout en étant peu coûteuses, s'étaient révélées efficaces.

Un certain nombre de considérations communes sont issues de la discussion.

1. *L'importance de savoir ce qu'il faut entendre par «secteur des affaires»* : Celui-ci ne doit pas être considéré comme formant un groupe monolithique. Il englobe des entreprises de taille très diverses, publiques ou privées, pour lesquelles des approches très différentes peuvent être nécessaires. Les petites entreprises, par exemple, peuvent ne pas être en mesure de consacrer beaucoup de temps au partenariat pour la santé. Dans les entreprises de taille

moyenne, c'est le temps et l'intérêt qui peuvent manquer pour élaborer un concept, l'entreprise étant plus désireuse de se trouver un rôle que de constituer un partenariat.

2. *L'identification des partenaires* : C'est au programme Villes-santé qu'il devrait appartenir d'identifier les partenaires et activités; au niveau de la ville, cependant, les rôles respectifs du programme et du maire devraient être délimités avec précision pour éviter les chevauchements.
3. *La nature de la relation* : Il fallait, à partir de projets à court terme, établir des partenariats actifs à long terme avec le secteur des affaires, qui devaient reposer sur un investissement stratégique dans l'avenir de la ville et être au bénéfice mutuel des partenaires. Il était aussi nécessaire de créer une prise de conscience, au sein des entreprises, de leur impact sur la vie de la ville et de leur contribution à celle-ci, ce qui impliquait un changement culturel. Il fallait aussi convaincre les hommes d'affaires qu'en améliorant les conditions de vie dans la ville (agrément, niveau d'éducation, etc.), ils pouvaient y trouver leur compte, et qu'en définitive les affaires étaient plus prospères dans une ville saine. Pour les entreprises, en effet, la population représentait à la fois des travailleurs et des consommateurs.
4. *La nature du mécanisme utilisé pour mobiliser la participation des entreprises* : Un système d'accréditation ou de normes de bonne pratique représente une solution, mais celle-ci est compliquée. Une autre approche consiste donner des conseils aux entreprises sur la manière de devenir une entreprise salubre (c'est-à-dire favorisant la santé sur le lieu de travail). Des possibilités de coopération s'offrent lorsque de grandes entreprises prennent contact avec la municipalité parce qu'elles envisagent d'implanter une usine dans la zone. Il est très important dans ce cas de s'informer sur les intérêts des futurs partenaires, afin d'offrir à ceux-ci dans un esprit de réciprocité les avantages qu'ils recherchent. Tout réseau de Villes-santé devait s'efforcer de développer les partenariats avec les milieux d'affaires, et le cadre du programme Action 21 et du développement durable offrait de bonnes possibilités à cet égard.

## 12. Décisions et recommandations

Le document pour la phase III a été adopté par la réunion. Des précisions ou modifications mineures ont été apportées à certains des points principaux; elles sont énumérées ci-après :

### Phase III (prise globalement)

*Réseaux intégrés* : Il existera un certain nombre de réseaux intégrés, en premier lieu les trois réseaux de base : le réseau des villes membres de la phase III, le réseau des réseaux nationaux, un réseau pour les villes n'ayant pas encore d'expérience en tant que Villes-santé, à savoir principalement des villes des NEI. Il existera en outre d'autres types de réseaux se recoupant, y compris des réseaux par thème (plans d'action intervilles), par zone géographique, et des réseaux stratégiques (par exemple réseaux entre métropoles).

*Réseaux nationaux* : Une stratégie devra être établie en ce qui concerne les réseaux nationaux et l'accréditation.

### Phase III (Réseau des villes membres)

*Contrat* : Il n'existera pas de contrat légal officiel entre l'OMS et les membres du réseau de la phase III.

*Taille du réseau* : Un réseau comprendra 40 villes, 10 places au moins seront réservées à des villes nouvelles.

*Langues* : La langue de travail du réseau restera l'anglais, mais l'utilisation d'autres langues lors de réunions et dans les documents devra être possible lorsque les ressources le permettent. Le

dossier destiné aux villes de la phase III sera établi dans les quatre langues de l'OMS (allemand, anglais, français, russe).

*Présentation* : Un résumé pratique, à l'intention des responsables politiques, destiné à être utilisé en liaison avec le document principal, devrait être établi.

*Distribution* : Le dossier destiné aux villes de la phase III pour la demande d'adhésion au réseau et la désignation sera distribué à toutes les villes membres du programme et à tous les coordinateurs des réseaux nationaux d'ici la fin décembre 1997. Les coordinateurs devraient distribuer le document dans toutes les villes de leurs réseaux. Ce document sera aussi disponible sur Internet.

*Engagement politique* de participer à la phase III devrait être pris au plus haut niveau politique de la municipalité, et signé au nom de la ville par le maire, le président du conseil municipal ou un responsable équivalent. Il devrait être donné des preuves de l'existence d'un partenariat avec les autres secteurs.

*Contributions financières* : La contribution financière annuelle pour le réseau de la phase III serait fixée à 5000 dollars, montant qui serait réduit à 3000 dollars pour les villes de la partie est de la Région. Ces ressources seraient utilisées pour financer certains des produits et services jusque-là fournis gratuitement par l'OMS. Il serait constitué un groupe consultatif pour donner des conseils sur d'autres usages possibles des contributions financières au profit du réseau; l'OMS cependant garderait un droit de veto final.

*Désignation* : Le processus d'admission au réseau comportera deux étapes : l'évaluation de l'admissibilité et la désignation. La décision finale en matière de désignation appartiendra à l'OMS. Les villes dont la demande n'a pas été acceptée recevront une réponse.

*Plans d'action intervilles* : L'efficacité de ces plans devrait être évaluée. Les villes souhaiteraient recevoir plus d'informations sur les résultats des activités menées dans ce cadre.

### Évaluation

Le cadre pour l'évaluation sera achevé début 1998. Il traitera des activités au cours de la phase III, des produits de l'évaluation et de la planification de la conférence d'Athènes.

### Athènes

Il sera établi un groupe directeur avec des représentants des villes membres et des réseaux nationaux.

### Santé pour tous

La réunion de coordination a adopté à l'unanimité une résolution à ce sujet, qui sera soumise à l'OMS, accompagnée des commentaires généraux du réseau.

## 13. Clôture

Alex Leventhal, département des services de santé d'Israël, a présidé la session de clôture. Jill Farrington a présenté le rapport du rapporteur principal. Agis Tsouros a présenté un projet de texte pour la résolution sur la Santé pour tous adressée à l'OMS. Ce texte a été approuvé à l'unanimité par la réunion. Batya Waschitz a remercié tous les participants pour leur présence et pour la part qu'ils avaient prise à la réussite de la réunion. Le Dr Tsouros lui a exprimé ses remerciements, ainsi qu'à la ville de Jérusalem, pour l'excellente organisation de la réunion et l'accueil chaleureux fait aux participants.