

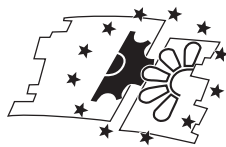
Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable



Collection européenne Développement durable et santé, n° 2



Campagne des villes européennes
durables



Commission européenne
DG XI



OMS Bureau régional
de l'Europe



Réseau Villes-Santé

EUR/ICP/POLC 06 03 05B – Collection européenne Développement durable et santé, n° 2
Original : anglais. 1997.

Le présent ouvrage a été réalisé à l'initiative du programme Villes-Santé de l'OMS dans le cadre de la Campagne des villes européennes durables. Il a bénéficié d'une aide financière de l'Union européenne par l'intermédiaire de la direction Environnement, sécurité nucléaire et protection civile (DG XI) de la Commission européenne.

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

Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable est le deuxième ouvrage de la collection européenne *Développement durable et santé* publié par le programme Villes-Santé de l'OMS dans le cadre de la Campagne des villes européennes durables. Il décrit les liens étroits qui existent entre la santé et le développement durable. Les plans d'action santé urbains constituent d'utiles modèles de programmes locaux Agenda 21 ; ils reposent sur des profils de santé locaux et facilitent la participation de la population en vue de réaliser des changements au niveau municipal. L'ouvrage présente des exemples concrets relatifs aux villes de Belfast, de Bologne, de Glasgow et de Liverpool. Le texte renvoie à 47 documents et indique d'autres sources d'information.

Mots clés

SANTE URBAINE
VILLES-SANTÉ
DURABILITÉ
DEVELOPPEMENT
SANTE POUR TOUS
EUROPE

© Organisation mondiale de la santé, 2000

Tous les droits relatifs au présent document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Toutefois, ce document peut faire l'objet de comptes rendus et être résumé, reproduit ou traduit (mais non en vue d'une vente ou d'une utilisation à des fins commerciales), pour autant que la source soit dûment indiquée. Pour utiliser l'emblème de l'OMS, il faut demander l'autorisation du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100, Copenhague Ø, Danemark. Toute traduction doit contenir la mention suivante : *Le traducteur du présent document est seul 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. Le Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones / Association S2D est responsable de la fidélité de la traduction.

Avant-propos	1
Remerciements	3
Introduction	4
La vie dans les villes	7
Les aspects positifs de la vie en ville	9
L'évolution des villes et le développement des banlieues	10
Différentes façons de vivre la ville	11
Menaces pesant sur les espaces publics	12
Les effets des changements économiques	12
La pauvreté et l'inégalité et leurs effets sur la vie de la cité	13
Relever les défis	14
Comprendre la santé	16
L'évolution des conceptions en matière de santé	17
Vers une nouvelle alliance en faveur de la santé dans la société	21
Villes-Santé	22
Développement durable et santé	25
La définition du développement durable	26
L'élaboration d'un cadre pratique : l'Agenda 21	27
La mise en œuvre du programme Agenda 21 au niveau local	31
Facteurs environnementaux et santé	34
Résultats sur le plan de l'état de santé à tous les niveaux	37
La Santé pour tous et le programme Agenda 21	40
Agendas 21 locaux	43
Méthodes et outils à utiliser pour la planification d'un Agenda 21 local	45
La place de la santé dans l'Agenda 21 local	48

Table des matières

Table des matières	Le plan santé municipal	50
	Qu'est-ce qu'un plan santé municipal ?	51
	Fondements de l'élaboration d'un plan santé municipal	53
	La participation de différents groupes à l'élaboration d'un plan santé municipal	59
	Étapes de la production d'un plan santé municipal	64
	Philosophie	68
	Gestion du projet	70
	Rassemblement de données	73
	Fixation de priorités	76
	Élaboration de stratégies	77
	La rédaction du plan santé municipal	81
	Mise en œuvre, surveillance et évaluation	83
	Exemples	85
	Glasgow : élaboration d'un plan axé sur les services	86
	Plan de Bologne pour la santé et l'environnement	88
	Liverpool : élaboration d'un plan axé sur la collaboration	92
	Planification intersectorielle pour la santé à Belfast	95
	Références	99
	Pour en savoir plus	103

L'action en matière de santé publique a toujours accordé une place importante aux liens qui existent entre l'environnement et la santé, et qui doivent maintenant être considérés dans une optique planétaire. Il est nécessaire de disposer de cadres applicables à l'action pour un développement durable sur le plan social et environnemental, étant donné qu'un développement économique et social non coordonné a des effets de plus en plus négatifs sur les individus et la planète. En 1992, la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement a reconnu le rôle que les villes jouent dans un développement durable et favorable à la santé et elle a mis cette réalité en évidence dans le programme Agenda 21 des Nations Unies, qui prévoit des mesures propices à un développement durable.

Ce deuxième ouvrage de la collection européenne *Développement durable et santé*, publié par le programme Villes-Santé de l'OMS dans le cadre de la Campagne des villes durables européennes, présente le cadre général dans lequel s'inscrivent les programmes locaux Agenda 21 et le mouvement des Villes-Santé. Il étudie les défis auxquels ils visent à répondre et décrit les similitudes qui existent entre eux. En particulier, il montre comment l'action de promotion de la santé menée dans le cadre du programme Villes-Santé peut favoriser la mise en œuvre des recommandations

relatives à la santé qui figurent dans le programme Agenda 21. Cet ouvrage met à profit l'expérience acquise dans le cadre d'activités très diverses qui se déroulent dans le monde entier pour orienter les efforts à accomplir en vue de parvenir à un bien-être durable.

Les recommandations essentielles relatives à la santé qui figurent dans Agenda 21 concernent l'élaboration de plans santé municipaux, l'établissement de profils de santé locaux et le renforcement des réseaux axés sur la santé. Les actions menées en Europe dans le cadre du mouvement Villes-Santé depuis 1987 illustrent de nombreuses méthodes qu'il est possible d'utiliser pour s'attaquer aux problèmes de santé au niveau municipal. Il s'agit notamment de la mise en place de structures assurant la participation de la population ainsi que d'organismes prestataires de services, l'élaboration de profils de santé urbaine et le recours à la mise en œuvre du programme de santé.

Pour que les villes soient en meilleure santé et se développent de façon durable, il faut adopter de nouvelles méthodes d'action. Cet ouvrage est destiné aux personnes qui s'efforcent de mener des activités en collaboration et de manière cohérente pour faire face aux menaces qui pèsent sur la santé et le développement durable dans la ville. Il faut agir aux niveaux local, national et international pour rendre le monde plus sain et plus

durable. À cet égard, la conception et la diffusion de nouvelles démarches au niveau local revêtent une importance cruciale.

Au nom de l’OMS, je tiens à remercier la Direction générale de l’environnement, de la sécurité nucléaire et de la protection civile de la Commission européenne pour l’aide financière grâce à laquelle il a été possible de publier cet ouvrage. D’autre part, je remercie chaleureusement David Black et Sue Laughlin (*Communicable Health*, Glasgow, Écosse), qui ont rédigé cet ouvrage. De plus, j’exprime ma gratitude aux villes qui ont communiqué des informations sur leur expérience et, en

particulier, à celles qui ont participé au plan d’action intervilles sur la santé et le programme Agenda 21 pour leurs contributions aux versions préliminaires et pour les observations qu’elles ont formulées à leur sujet. L’assistance et la contribution de Pierre Dubé (conseiller pour le développement urbain au Bureau régional de l’OMS pour l’Europe) ont été très précieuses. Des remerciements particuliers sont dus à Charles Price et à McCarthy (bureau du programme Villes-Santé du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe), qui ont coordonné et guidé l’élaboration de cet ouvrage.

Agis D. Tsouros

Conseiller régional pour les politiques de santé urbaine et coordinateur du programme Villes-Santé

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe

Le bureau du programme Villes-Santé de l’OMS exprime sa gratitude à toutes les villes qui ont communiqué des documents et des informations et, en particulier, aux personnes qui ont participé au plan d’action intervilles sur la santé et le programme Agenda 21, ainsi qu’aux experts suivants pour leurs contributions et observations :

M. Orlando Guerreiro de Almeida et Dr Helena Delgado, Amadora (Portugal), M. Ray Bateson, M. Kevin O’Sullivan et Mme Olivia Mitchell, Dun Laoghaire-Rathdown (Irlande), M. Mark Dooris, M. Kevin Garritty et M. Neil Rutherford, Preston (Royaume-Uni), Mme Joan Devlin, Dr Susan Christie et M. Andrew Hassad, Belfast, Irlande du Nord, (Royaume-Uni), Mme Stefania Fontanelli, Bologna (Italie), Dr Willy de Haes, Rotterdam (Pays-Bas), Mme Mari Hakkala, Turku (Finlande), Mme Marianne Halbert, Gothenburg (Suède), M.

Tony Harrison, University of West of England, Bristol (Royaume-Uni), Dr Igor Krampac et Mme Vesna Smaka-Kinel, Maribor (Slovénie), Mme Inge Kristiansen, Horsens (Danemark), Dr Jurak Mesik et Mme Klára Janèurová, Banská Bystrica (Slovaquie), M. Bjarne Rasmussen, Storstrøm (Danemark), Mme Anni Stroumza, Genève (Suisse), Mme Tina Svoboda, Vienne (Autriche), M. Bob Stewart, programme Villes-Santé de Newcastle, Newcastle (Royaume-Uni), Mme Julia Taylor, programme Villes-Santé de Liverpool, Liverpool (Royaume-Uni), Mme Janet Holdsworth, M. John Bibby, Bradford LA21, Bradford (Royaume-Uni), Dr Roderick Lawrence, Université de Genève (Suisse), Dr Andrew Lyon, Forward Scotland, Glasgow, Écosse (Royaume-Uni), Mme Pauline Craig et M. Alan Ferry, Glasgow, Écosse (Royaume-Uni).

Remerciements



Introduction

Le monde s'urbanise de plus en plus. Il est prévu que le nombre de personnes vivant dans des villes fera plus que doubler de 1990 à 2025, passant de 2,4 milliards à 5,5 milliards. Cette tendance s'accélère dans les pays en développement, dont la population urbaine passera de 63% de l'ensemble des citoyens du monde en 1990 à 80% en 2025. L'énorme augmentation de la population urbaine liée au développement économique des villes suscite des craintes quant à la viabilité de cette évolution.

La croissance de la population mondiale et l'apparition de modes de consommation qui ne sont pas économiquement et socialement durables mettent à dure épreuve l'aptitude de la planète à entretenir la vie et la capacité de nombreux pays à prospérer et à assurer le bien-être de leurs habitants.

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, qui a eu lieu à Rio de Janeiro en 1992, s'est efforcée de s'attaquer à une très large gamme de problèmes environnementaux et sociaux liés à la croissance économique et démographique. Les participants à cette conférence ont constaté que le monde ne pouvait continuer à mener des politiques de développement qui détruisaient de plus en plus les écosystèmes et creusaient sans cesse les disparités économiques dans les pays et entre les pays. Ils ont préconisé un développement durable, non seulement pour le présent mais également dans une perspective d'avenir.

Pour soutenir une évolution vers des politiques bien conçues en matière de développement durable des villes, la conférence a adopté le programme Agenda 21 (1), qui est axé sur le développement

durable dans la perspective du XXI^e siècle. Ce programme place les préoccupations relatives à l'environnement dans un cadre social et économique, en partant des besoins des individus (1) :

Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature.

L'Agenda 21 met l'accent sur le rôle des villes dans la mise en œuvre d'activités propices à un développement durable. Il souligne également que les collectivités locales sont des partenaires importants pour mettre en pratique les recommandations de la conférence, grâce à l'élaboration de plans d'action locaux reposant sur le programme Agenda 21.

Selon ce dernier, la santé est un élément fondamental du développement durable. Elle est le produit de tous les facteurs qui agissent sur les êtres humains. Pour assurer un développement durable, il faut donc se préoccuper des déterminants de la santé.

Le programme Agenda 21 mentionne la santé plus de 200 fois. Dans le chapitre d'Agenda 21 consacré à la santé, il est indiqué que la satisfaction des besoins de santé de la population mondiale fait partie intégrante de la réalisation du développement durable (1) :

...les besoins de santé essentiels de la population du monde sont indissociables d'un développement durable.

Selon l'Agenda 21, la santé est le produit de facteurs environnementaux, économiques et sociaux qui influent sur le développement durable. Pour sa part, l'OMS mène également des activités axées sur une conception analogue de la santé (2). Depuis 1978, la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS a permis de concevoir toute une série d'initiatives dans les pays industrialisés et les pays en développement.

Dans le programme Agenda 21 et la stratégie de la Santé pour tous, il existe un grand nombre de principes communs et de processus complémentaires. L'un et l'autre sont des programmes internationaux adoptés par les pays mais mis en œuvre aux niveaux national, régional et local. Ils sont tous deux axés sur une préoccupation pour la santé et le bien-être, actuels et futurs. Ils reposent sur une conception globale des problèmes sociaux, environnementaux et économiques et sur les principes de la justice sociale, de la durabilité, de la participation de la population et de l'action intersectorielle.

L'OMS a créé le programme Villes-Santé pour étudier les possibilités de concevoir des mesures de coopération dans les villes en vue de la Santé pour tous, ainsi que des mécanismes à utiliser à cet effet. De nombreuses villes participent directement au

" Nous savons désormais qu'à l'échelle mondiale, l'avenir de l'humanité sera en grande partie déterminé par la situation dans les villes. Les gouvernements devront trouver des moyens pour faire face à l'accélération de la croissance des villes et il faudra que les administrations locales luttent efficacement contre la pollution, limitent la circulation automobile et répondent aux besoins fondamentaux de santé et du domaine social. Ce qui aura une influence décisive sur la qualité de la vie des générations futures et, par voie de conséquence, sur la possibilité de résoudre les conflits entre pays et dans les pays. "

Source : Topfer (3)

programme et d'autres, qui s'inspirent des principes qui y président, ont acquis une expérience concrète susceptible d'être utilisée pour répondre aux exigences de santé énoncées dans le programme Agenda 21 en ce qui concerne les collectivités locales. En particulier, il existe maintenant des modèles utiles pour des activités de coopération et des actions intersectorielles portant sur les problèmes de santé dans la ville et pour l'élaboration de plans santé urbains.

Pour améliorer la situation dans les villes, il faut définir les principes à suivre et l'action à mener. Tant le programme Agenda 21 que la stratégie de la Santé pour tous portent sur les aspirations humaines les plus profondes. Tous deux offrent des outils précieux qui permettent d'opérer des changements au niveau local, à savoir des programmes locaux Agenda 21 et des projets Villes-Santé. L'un et l'autre sont à l'origine d'idées, d'informations, d'initiatives et de publications.

Le présent ouvrage est un guide pratique qui permet de mettre en œuvre l'élément " santé " de l'Agenda 21 local. Il fait la synthèse des principaux courants de réflexion relatifs aux activités découlant de l'Agenda 21 local et aux projets Villes-Santé, et passe en revue

les problèmes que les deux programmes visent à résoudre. Il analyse les liens entre ces problèmes et examine la mesure dans laquelle les activités menées dans le cadre de projets Villes-Santé peuvent contribuer à traduire dans la pratique les recommandations relatives à la santé qui figurent dans Agenda 21.

Cet ouvrage, qui doit être lu à la lumière des autres livres publiés dans cette collection, illustre d'importants concepts de la Santé pour tous et du programme Agenda 21, et présente certaines des questions que pose leur mise en œuvre.

Il vise à aider les responsables de l'environnement, de la santé et de l'urbanisme dans les villes à donner la place voulue à la dimension " santé " de l'urbanisme en vue du développement durable. Beaucoup d'entre eux connaissent bien un ou plusieurs problèmes abordés ici ; cet ouvrage peut favoriser l'établissement de liens entre plusieurs disciplines et différents secteurs. Il devrait être particulièrement utile aux planificateurs et aux décideurs qui sont responsables d'activités relevant des programmes locaux Agenda 21 ou qui y participent.

Note

Dans cet ouvrage, le mot " ville " désigne tout centre de population et toute agglomération, en particulier les villes grandes et moyennes, les villages et groupements de communes les communes et les arrondissements.



La vie dans les villes

C'est durant les quatre derniers millénaires que les hommes, apparus sur terre depuis environ deux millions d'années, ont adopté un habitat de type urbain. Au cours du siècle écoulé, il s'est produit une migration de la campagne vers les villes. Ce phénomène s'est accéléré sous l'impulsion de l'industrialisation et, aujourd'hui, près de la moitié de la population du monde vit dans des villes. Cette tendance se ralentit dans les pays industrialisés, alors qu'elle se renforce dans les pays en développement. La guerre, les épidémies de peste et d'autres maladies, les progrès de la médecine, le commerce, les techniques, la religion et les conceptions relatives à la croissance urbaine ont joué un rôle dans la création et le maintien des villes, bien que l'importance relative de ces différents facteurs soit très loin de faire

l'unanimité.

Les villes sont des lieux de contradiction, complexes et dynamiques qui ont été comparés à des organismes vivants. Elles permettent la réalisation des capacités et l'enrichissement de l'existence d'un grand nombre de ses habitants. Néanmoins, la vie dans les villes peut aussi être néfaste au bien-être de certains. À de nombreux égards, les villes sont les lieux où se concrétisent les décisions politiques, économiques et sociales prises sur les plans national et mondial. D'autre part, les luttes passées et actuelles pour l'autonomie locale ont créé l'identité de chaque ville. Les villes ont aussi contrecarré certains des effets de décisions nationales qui, auraient pu avoir des effets plus néfastes. L'état des villes résulte de modèles de développement qui ont produit différents aspects et localisation de l'infrastructure,

l'organisation du bâti et des espaces publics, des zones résidentielles et des installations culturelles et de loisirs.

Le débat qui a lieu aujourd'hui dans le monde entier sur le thème des villes porte en grande partie sur les problèmes de taille et de fonction, et met en évidence la perception d'une crise. La Conférence des Nations Unies sur les établissements humains qui a eu lieu à Istanbul en 1996 a permis de définir les principaux domaines dans lesquels des progrès doivent être accomplis, à savoir :

- l'administration de la ville et les possibilités de participation des citoyens à la prise de décision au niveau local ;
- le logement ;
- l'économie urbaine, la réduction de la pauvreté et la création d'emplois ;
- la prise de conscience du fait que les femmes et les hommes utilisent et vivent la ville de façon différente ;
- la gestion de l'environnement ;
- les catastrophes : réduction de leurs conséquences, secours et reconstruction.

En Europe, les objectifs qui se dégagent des débats relatifs aux mesures à prendre en matière de politique et de planification urbaine sont sans doute moins axés sur des crises, mais mettent l'accent sur une conception plus globale du développement urbain, ce qui peut contribuer à résoudre des problèmes nationaux (4). En Europe, les

objectifs à atteindre sont notamment les suivants :

- améliorer l'ensemble de l'environnement urbain grâce à une meilleure prise de conscience des problèmes écologiques ;
- faire en sorte que les villes par leur action, ne s'opposent pas à un développement durable ;
- renforcer l'activité économique et l'esprit d'entreprise dans la ville ;
- créer des emplois en lançant des activités compatibles avec la santé et un environnement de qualité ;
- améliorer la santé et le bien-être des citoyens ;
- améliorer les transports en commun en mettant l'accent plus sur l'accessibilité que sur la mobilité ;
- faire en sorte que le foyer et le quartier soient des lieux de vie agréables, en particulier dans les banlieues actuellement déshumanisées ;
- établir des relations politiques, sociales et environnementales durable harmonieuses entre les villes et les régions qui les entourent ;
- rassembler l'ensemble des politiques urbaines dans un tout cohérent pour atteindre les objectifs précédents.

Les villes ont certes d'énormes problèmes, mais il faudrait davantage décrire et souligner leurs effets bénéfiques. Il convient en effet de

tenir compte de ces derniers pour tracer l'avenir des villes grandes et petites, en prenant en considération tant l'ensemble de leur territoire que des zones plus réduites telles que les arrondissements et les quartiers, au niveau desquels il est possible d'influer de façon non négligeable sur les facteurs qui ont des incidences sur la vie quotidienne des habitants.

De nombreux livres ont été écrits sur les villes : ils portent sur leur histoire, leur conception, leur rôle, la culture qui s'y épanouit et leur signification pour toutes les facettes de la vie des résidents et des hôtes de passage. Dans cette brève introduction à la vie dans les villes, il n'est pas possible d'établir une synthèse de toute cette littérature et des idées, analyses et théories qu'elle contient. On se bornera ici à indiquer certains des aspects du débat relatif aux villes et d'examiner les causes des questions que toute ville qui planifie une action santé et un développement durable doit prendre en considération.

Les aspects positifs de la vie en ville

D'aucuns estiment que la ville est la réalisation la plus impressionnante de l'humanité. Lewis Mumford, l'un des premiers auteurs influents qui aient étudié la vie dans la ville, a décrit ses aspects sociaux de la façon suivante (5) :

... un cadre particulier, dont l'objet est d'offrir des possibilités diversifiées de vie en commun sur la scène de la vie collective.

La vie dans de grandes agglomérations permet de mettre en place une structure favorisant la réalisation des aspirations humaines. Les villes peuvent et doivent être des lieux très animés, qui offrent une grande diversité et la possibilité pour chacun d'élargir son horizon, de rompre avec la tradition ou de faire des rencontres intéressantes. Elles sont également des lieux d'apprentissage, d'invention et d'innovation qui bénéficient de la diversité culturelle.

Le rassemblement d'un grand nombre d'individus au même endroit permet de réunir toute une gamme de compétences et d'idées nouvelles et assure une offre efficace et rationnelle de l'ensemble des richesses, des services, et des ressources éducatives et culturelles dont dispose la collectivité. De même, un grand nombre de personnes rassemblées en un même lieu peuvent utiliser de façon plus productive les zones disponibles, ce qui permet de protéger les zones agricoles contre l'envahissement urbain.

La taille des villes et la façon dont elles sont structurées sont des éléments importants. Le nombre d'habitants et la densité de la population de celles-ci ont augmenté au fur et à mesure de leur développement, mais cette croissance ne s'est pas nécessairement faite à l'avantage des citadins. La vie est difficile dans les grandes villes, mais on a rarement limité la taille des villes, car cela aurait été considéré comme

une entrave au progrès. Il ressort d'études sur l'urbanisation (6) que la taille d'une ville doit correspondre à son aptitude à répondre aux besoins de relations sociales des individus et à maximiser les avantages de la vie en collectivité. Il faudrait engager une discussion plus rigoureuse sur l'existence éventuelle d'une taille optimale de la population urbaine dans son ensemble ou des villes prises individuellement.

L'évolution des villes et le développement des banlieues

Les villes évoluent et continueront de le faire à mesure que les facteurs qui influent sur leur taille et leur forme se modifieront. Il existe un lien particulier entre l'urbanisation et le développement économique et les évolutions technologiques qui en découlent. Dans une grande partie de l'Europe, l'industrialisation et l'économie capitaliste ont engendré des changements rapides au cours des 200 dernières années, en particulier en provoquant une migration rapide depuis les campagnes vers les zones urbaines.

Avant l'industrialisation, les gens vivaient et travaillaient au même endroit. L'industrie a déplacé les lieux de travail et a forcé les individus à venir vivre dans de grandes villes. En raison de mauvaises conditions de logement, d'une alimentation inadaptée et d'un accès limité à des ressources naturelles telles que l'eau potable, bien des gens vivaient en mauvaise santé et mourraient jeunes. À

mesure que la santé s'est améliorée et que l'espérance de vie s'est allongée, grâce en partie à des initiatives de santé publique, la population a commencé à croître et s'est différenciée davantage en classes sociales.

Le développement de la classe moyenne et l'amélioration des transports ont permis de mieux séparer l'implantation géographique des différentes fonctions. C'est ce qui a été à l'origine du développement des banlieues. Plus récemment, ceux qui en avaient les moyens se sont réfugiés à la campagne. Il s'est produit une décentralisation de la population et d'une partie de l'emploi vers la banlieue depuis les années 50. Le déclin industriel et la croissance du secteur des services depuis les années 70 ont renforcé cette tendance et causé une dégradation du tissu urbain dans les quartiers centraux. Cette réorganisation spatiale et la polarisation entre différents groupes de la population ont créé une géographie nouvelle de centres et de zones marginales, et l'on a ainsi assisté dans un grand nombre de villes à un développement "à deux vitesses".

L'augmentation de la population et l'expansion des banlieues ont eu de nombreux effets ; ceux-ci ont été particulièrement marqués et néfastes en ce qui concerne l'environnement. Les grandes villes ont besoin d'énormes quantités d'eau, d'énergie et d'autres ressources, ce qui a des conséquences graves sur l'environnement. Ces dernières sont exacerbées par une

utilisation peu rationnelle des ressources et une mauvaise gestion des déchets. La séparation géographique des fonctions de la ville a engendré une demande excessive de services de transports.

Pour les habitants des banlieues, il est devenu difficile de se passer de voiture. L'augmentation du nombre de voitures a en outre engendré soit une circulation rapide soit au contraire des embouteillages, ce qui se traduit par des problèmes de sécurité, une dégradation de la qualité de la vie dans les centres urbains, du bruit et de la pollution. Du reste, les transports et la consommation créent plus de pollution atmosphérique que la production industrielle. Les villes sont donc confrontées à un problème difficile, dans la mesure où elles doivent trouver des moyens d'assurer l'accessibilité du centre urbain et de remettre en état l'environnement, tout en maintenant la viabilité des quartiers périphériques.

Différentes façons de vivre la ville

Pour répondre aux défis du développement urbain, les villes doivent utiliser l'ensemble des énergies humaines et des compétences disponibles. En conséquence, elles sont tenues de prendre en considération les caractéristiques et les contributions potentielles de tous les citoyens. De ce fait, elles doivent également reconnaître que différents groupes vivent la ville de différentes façons.

Toutes les villes ont une population diverse. Les individus diffèrent par le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, le revenu, le patrimoine et les aptitudes. Un grand nombre de villes présentent une diversité de plus en plus grande. Dans certains cas, il s'agit de différences ethniques et religieuses. Dans d'autres, il y a une forte immigration et les relations qui se nouent entre les résidents d'implantation plus ancienne et les nouveaux venus revêtent une grande importance. Les façons dont les villes ont été planifiées ou aménagées, tant dans un passé lointain qu'à une époque plus récente, ne tiennent pas compte des besoins d'un grand nombre de ces divers groupes, étant donné que ceux-ci n'ont pas l'influence nécessaire pour faire valoir leurs intérêts et donc influencer sur la politique et la planification.

La ville a été considérée comme la réalisation la plus impressionnante de l'humanité.

Le sexe est un ensemble de caractéristiques d'une femme ou d'un homme définies par la société et la culture, les suppositions émises au sujet des compétences et des aptitudes d'une femme ou d'un homme sur la base de ces caractéristiques, les conditions dans lesquelles une femme ou un homme travaille, les relations qui existent entre les femmes et les hommes et la façon dont elles sont représentées, communiquées, transmises et maintenues.

Source : Itzin (7)

L'appartenance à un sexe donné a des conséquences très importantes. La façon dont les femmes et les hommes vivent et utilisent la ville correspond à leurs rôles et responsabilités dans la division du travail en fonction du sexe. La différenciation des tâches, l'accès inégal aux ressources, les disparités dans la maîtrise de ces dernières et les différences dans la valeur attribuée aux activités des femmes et des hommes influencent les caractéristiques spatiales et organisationnelles de la ville. Les intérêts des hommes sont généralement situés au cœur des villes, tandis que les banlieues sont plutôt le domaine des femmes, ce qui renforce les rôles assignés aux deux sexes.

Les changements graduels qui se produisent dans la vie des femmes, en particulier leur participation croissante au marché du travail et l'évolution de la famille et du ménage, font apparaître plus clairement les insuffisances de la politique du logement et de l'urbanisme traditionnels. Les femmes se heurtent à des difficultés telles qu'il n'est plus possible d'ignorer l'un ou l'autre sexe en matière d'administration de la ville.

Menaces pesant sur les espaces publics

Les espaces publics sont les places, les parcs, les bâtiments municipaux, les lieux culturels, les stades, les centres de loisirs, les zones commerçantes et les marchés, les routes et le trottoir. On a dit d'eux qu'ils étaient des bastions de la liberté, des terrains d'action et des

îlots d'humanité. Ils assurent la continuité des villes et jouent des rôles fonctionnels, environnementaux, culturels et esthétiques. Ils ont des caractéristiques à la fois historiques et contemporaines, et le maintien de l'équilibre entre ces deux aspects nécessite des efforts constants.

Les espaces publics sont aussi au centre de nombreux problèmes urbains, en particulier dans les villes ou les quartiers où la construction des artères a eu pour effet de limiter l'étendue de ces zones, où les centres commerciaux sont devenus les espaces publics dominants ou dans lesquels la sécurité du public est menacée, en particulier en ce qui concerne les femmes, les enfants et les personnes âgées.

Le désir de sécurité dans la ville devient un ressort important des politiques et du projet de développement urbain, ainsi que du comportement individuel. Il entraîne une réduction des espaces publics, étant donné que certaines personnes s'efforcent de conjurer des dangers réels ou subjectifs en évitant les espaces publics. Ce phénomène peut être encore exacerbé par des décisions relatives à l'architecture, aux transports en commun et à l'éclairage des rues, que les autorités prennent parfois sans tenir compte de la sécurité collective.

Les effets des changements économiques

Le développement économique est un élément moteur important pour l'évolution des villes.

Jusqu'à une date récente, la production manufacturière était la principale source de création de richesse mais son déclin récent dans les pays industrialisés au profit du secteur des services et des nouvelles technologies s'est traduit par de nombreux changements qui influent sur la vie dans la ville.

Le chômage, qui caractérise les économies de marché, a progressé dans toute l'Europe à partir de 1980, avec une aggravation correspondante de la pauvreté. Il a frappé aussi bien des groupes de la population habitant des logements du secteur public que des groupes logés par le secteur privé, et il en est résulté une dégradation touchant autant le centre des villes que leurs zones périphériques. D'autre part, les emplois disponibles ont changé de nature, ce qui a modifié l'importance relative des différentes catégories au sein de la population active.

D'une manière générale, le chômage cause une paupérisation du centre des villes et une dégradation de la qualité du parc immobilier, bien que cette relation ne soit pas aussi constante que certains le laissent entendre. Les quartiers situés au centre des villes peuvent attirer de nouveaux résidents à cause de leur intérêt culturel et symbolique, l'implantation de nouvelles industries de services a aussi favorisé une revitalisation de ces quartiers.

Dans certaines parties de l'Europe, en particulier dans les pays méditerranéens, les centres des villes et les zones périphériques ont continué à se développer simultanément. D'autres pays ont essayé d'améliorer les

conditions de vie des habitants des taudis situés au cœur des villes en les transférant dans des ensembles ou quartiers spécialement créés. Paradoxalement, cette solution, elle aussi, a créé des problèmes de conditions de vie, de chômage et de pauvreté, encore aggravés par l'évolution économique.

Le progrès technique tend à modifier la nature du travail et à favoriser le travail à domicile ou en cours de déplacement grâce aux nouveaux moyens de télécommunications. Le marché lui-même évolue et la télé-achat est désormais possible. Ces changements obligent à reposer les questions de la nature et de l'utilisation des espaces publics, des aménagements immobiliers et des bâtiments existants, ainsi que des besoins en moyens de transport et en services annexes.

La pauvreté et l'inégalité et leurs effets sur la vie de la cité

La pauvreté est un problème majeur dans les villes du monde entier. Les habitants pauvres des villes, le plus souvent, n'ont pas d'emploi stable ni d'économies ; ils sont donc tributaires de l'évolution de la demande de main-d'œuvre, des prix des produits de première nécessité, du coût et de l'utilisation des terrains et des politiques en matière de logement. Les effets négatifs de l'aggravation de la pauvreté urbaine ont notamment incité à l'adoption de mesures économiques, lesquelles elles-mêmes ont souvent engendré de nouvelles formes de pauvreté. Ces mesures consistaient notamment à

Les transformations progressives des conditions de vie des femmes, en particulier leur participation plus active au marché de travail, et l'évolution de la famille et des ménages mettent en évidence les déficiences de la politique traditionnelle en matière d'urbanisme et de logement.

développer la privatisation et à limiter les moyens dont disposent les autorités locales pour maintenir le niveau des services . En outre, le système d'aide sociale a été réorienté de la redistribution vers des programmes d'allocations étroitement ciblés. L'effet combiné de ces facteurs a été un accroissement du nombre de sans-abri ou de personnes vivant dans des bidonvilles, qui sont maintenant nombreux dans plusieurs villes européennes.

La pauvreté a des effets graves sur la santé et le bien-être. Elle en aggrave pour une grande part les inégalités dans de nombreuses villes européennes et en Europe en général. Les inégalités en matière de santé s'accompagnent d'inégalités dans la qualité de l'environnement de vie, elles-mêmes des causes de pauvreté ; ces deux types d'inégalités s'aggravent donc mutuellement.

Les femmes sont sur-représentées parmi les défavorisés. Cela tient notamment à la situation des femmes sur le marché du travail, aux inégalités générales dans l'accès aux ressources de la société ainsi qu'à celles qui résultent de la répartition des ressources et du pouvoir de décision au sein du ménage.

Même dans les professions traditionnellement masculines qui se sont ouvertes aux femmes et qui se caractérisent par un chômage accru parmi les hommes, les femmes sont, pour la plupart, moins bien payées et ont, dans leur majorité, une moindre sécurité d'emploi que les hommes. Dans les pays où l'évolution de la structure de la famille s'est traduite par une augmentation du

nombre de ménages dirigés par une femme, il en est résulté une plus grande pauvreté des femmes et enfants.

La pauvreté dans les villes n'a pas seulement des conséquences négatives pour les groupes pauvres mais aussi pour les groupes favorisés. L'existence de zones en déclin économique et l'apparition de quartiers en voie de dégradation tendent à nuire à l'image d'une ville pour l'ensemble de la population. Les différences entre quartiers démunis et quartiers prospères sont une cause de déséquilibre et elle contribue à une aggravation de la criminalité et du vandalisme. Chose plus importante encore, la présence d'un grand nombre de pauvres dans un pays peut contribuer à accroître encore les problèmes d'une économie déjà défaillante, dans la mesure où ces groupes n'ont pas les ressources nécessaires pour jouer le rôle de consommateurs de biens ou de services et pour participer pleinement à tous les aspects de la vie de la cité.

Relever les défis

Compte tenu de l'ampleur des défis auxquels sont confrontées les villes européennes et leurs habitants, il est difficile d'imaginer comment ceux-ci pourront relever ces défis et permettre au plus grand nombre de bénéficier des avantages potentiels de la vie urbaine. Quels que soient les résultats, positifs ou non, de ces efforts, il semble que l'histoire des villes soit arrivée à un tournant. Certains pensent même que la forme et la fonction des villes sont appelées à évoluer profondément par un renforcement du rôle des

La pauvreté dans les villes n'a pas seulement des conséquences négatives pour les groupes pauvres mais aussi pour les groupes favorisés.

zones périphériques et, parallèlement, par un affaiblissement progressif du rôle des centres urbains.

De nombreuses villes ayant à faire face à des difficultés recherchent de nouvelles formes de participation aux décisions en matière de politique et de planification urbaine et souhaitent que ces décisions débouchent sur des actions qui favorisent elles-mêmes la participation, comme celles ayant trait, par exemple, à l'amélioration de la sécurité et de l'accessibilité.

Les approches actuelles tendent à couper du public les professionnels de l'aménagement, administrateurs publics, hommes politiques, propriétaires immobiliers et promoteurs, qui souvent ne tiennent aucun compte des vœux, modes de vie et valeurs du public. Les inconvénients de cette démarche non démocratique et peu efficace sont petit à petit reconnus, à mesure que l'on constate la dégradation du bien-être social malgré la richesse et la prospérité apparentes de nombreuses villes.

L'amélioration des formes de représentation et la prise de conscience de l'importance d'une action au sein de la population peuvent aider à instaurer une meilleure justice sociale. Il ne faut pas perdre de vue, cependant, que ceux qui détiennent le pouvoir généralement ne le laissent échapper qu'à contrecœur et luttent souvent énergiquement pour le conserver.

Le désir d'un renouveau urbain est dû en partie au fait que l'on comprend mieux, aujourd'hui, que la diversité sociale au sein de la population d'une ville est un atout, et non un

problème ou une question à éluder. Le fait de reconnaître que les villes ont pour la plupart un passé et un présent multiculturels ouvre des perspectives et des possibilités pour l'avenir, et les différences ethniques et culturelles ne doivent pas simplement être perçues comme une cause de difficultés. Les approches non sexistes ou prenant en compte les besoins des deux sexes en matière d'urbanisme, bien qu'elles aient fait l'objet de recherches, n'ont toujours pas été mises en pratique, malgré la participation accrue des femmes aux mécanismes de gestion urbaine au débat politique et au processus de décision. Dans l'idéal, une ville non sexiste devrait prendre des mesures indiquant la prise en compte les inégalités de sexe au sein de la société, et la garantie que l'environnement urbain et l'utilisation de l'espace se font dans des conditions compatibles avec les besoins des femmes et des hommes de tous les âges (8,9).

En outre, les villes d'Europe ont entrepris des efforts pour démedicaliser et reprendre à leur compte les préoccupations de santé et devenir des laboratoires d'innovation écologique. Le message qui ressort de ces nouvelles tendances est que le bien-être de la population et les critères de protection de l'environnement doivent remettre en cause les diktats de la planification géographique et économique.

Ces thèmes de la santé, du bien-être et de l'environnement sont étudiés de manière plus détaillée dans tout ce document, ainsi que leurs implications pratiques.

Les villes d'Europe ont entrepris des efforts pour démedicaliser et reprendre à leur compte les préoccupations de santé et devenir des laboratoires d'innovation écologique. Le message qui ressort de ces nouvelles tendances est que le bien-être de la population et les critères de protection de l'environnement doivent remettre en cause les diktats de la planification géographique et économique.



Comprendre la santé

Il existe de nombreuses conceptions de la santé et de ses déterminants. L'une des définitions la plus couramment appliquée et la plus utile est celle que donne de la santé la Constitution de l'OMS (10) :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

Cette définition soulève elle-même plusieurs questions : que faut-il entendre

par " bien-être social complet " ? Comment doit-on mesurer celui-ci ? La définition donnée par l'OMS de la santé, cependant, inclut un certain nombre de points importants qu'il ne faut pas perdre de vue.

La santé est une notion complexe. Il ne s'agit pas seulement d'un état de non-maladie, mais d'un état comportant un certain nombre d'éléments ayant trait aux conditions de vie, à l'emploi ou à l'inactivité, aux services et au soutien disponibles, et aux conditions de l'environnement. Tous ces facteurs, dans un contexte économique et social donné, influent sur l'état de santé . En outre, la définition de l'OMS affirme que la santé est un droit fondamental de tout être humain sans distinction de race, de sexe, de politique ou d'économie.

L'évolution des conceptions en matière de santé

La profession médicale a joué un rôle dans l'élaboration de la politique et la mise en place de services de santé. La stratégie du mouvement de la santé publique, à ses débuts, s'est appuyée avec succès sur des mesures environnementales et sociales, notamment l'adduction d'eau potable, le tout-à-l'égout et l'amélioration de conditions de logement. Vers la fin du siècle dernier cependant, la profession médicale a avant tout axé ses efforts sur la lutte contre la maladie chez les individus, et non plus sur des campagnes prenant en compte les besoins de la population dans son ensemble.

Dans le modèle médical servant de base aux interventions sur la maladie, le corps est considéré comme une machine et la santé comme étant l'opposé de la maladie. Des méthodes et des interventions médicales de plus en plus perfectionnées sont utilisées pour traiter la maladie. Des techniques de prévention telles que la vaccination et le dépistage sont jugées primordiales pour l'acquisition et le maintien de la santé.

Dans une telle optique, les services de santé ont pour responsabilité d'améliorer et d'entretenir la santé. La plus grande partie des ressources nationales de santé est affectée aux soins curatifs, et une petite partie seulement à la promotion de la santé. Ainsi, par exemple, le Royaume-Uni consacre

seulement 2 à 3% du budget du service national de santé à la promotion de la santé, dont une grande partie à l'information. Il existe aussi un modèle social de la santé, qui diffère considérablement. Dans ce modèle, on considère la santé comme le résultat de l'action de tous les facteurs influant sur la vie des individus, des familles et des groupes, de différentes manières et par différentes voies.

Whitehead & Dahlgren (11) (figure 1, page 18) décrivent ce processus comme des influences par couches concentriques. Au centre se trouvent les individus avec leur patrimoine génétique. Autour d'eux se placent les éléments ayant une influence sur la santé et qui sont modifiables.

La première couche est celle du comportement personnel et du mode de vie, qui peuvent favoriser ou mettre en danger la santé. À ce niveau, les individus subissent l'influence de leurs relations amicales et des normes du groupe social dont ils font partie.

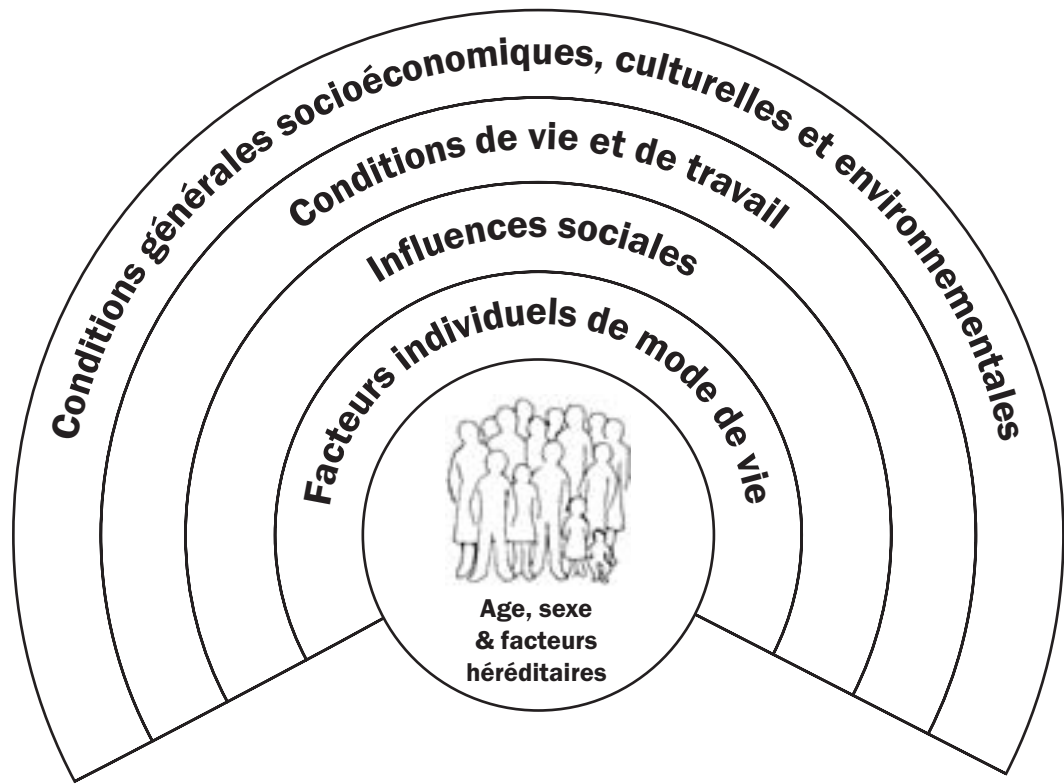
La suivante est celle des influences sociales et de la collectivité, qui peuvent être une source de soutien mutuel pour ceux qui se trouvent dans une situation défavorable mais peuvent aussi n'être d'aucun secours voire néfastes.

La troisième couche, présente les facteurs structurels : logement, conditions de travail, accès aux services et moyens essentiels.

En 1986, la Première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, déclarait que " les conditions et ressources préalables à la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la nourriture, le revenu, ainsi qu'un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Tout effort pour améliorer le niveau de santé doit nécessairement s'appuyer sur une base solide en ce qui concerne ces préalables ".

Source : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (12)

Figure 1. Principaux déterminants de la santé

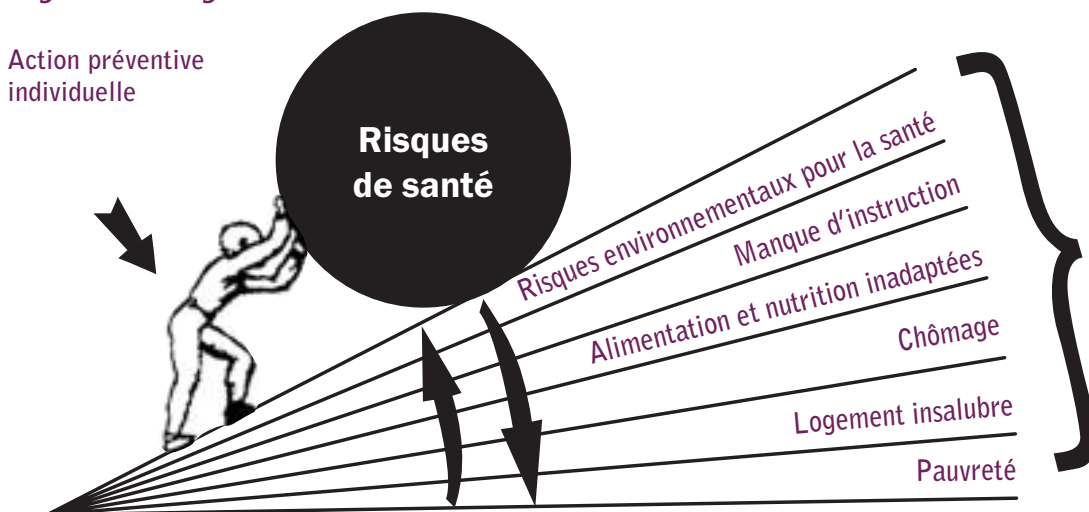


Source : Whitehead & Dahlgren (11)

Coiffant l'ensemble on trouve les facteurs qui touchent les sociétés dans tout leur ensemble : les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales. Certes, les conditions économiques et du marché du travail dans chaque pays jouent sur tous les facteurs en lien avec la santé, mais on ne doit pas perdre de vue que les croyances culturelles en vigueur dans une société ont aussi une influence importante. C'est le cas,

par exemple, de la conception du rôle des femmes ou de la condition des minorités ethniques, qui peuvent affecter leur aptitude à bien vivre. Au cours de la décennie écoulée, il est devenu de plus en plus évident que la durabilité de l'écosystème terrestre était un facteur essentiel du maintien de la santé. Les facteurs des différentes couches de ce modèle sont liés entre elles et s'influencent mutuellement.

Figure 2. Le gradient de l'action de l'individu en faveur de la santé



Source : d'après Making partners: intersectoral action for health (13)

Tout effort systématique pour améliorer la santé doit inclure des mesures à tous les niveaux.

Un autre modèle représentant les effets de tous les facteurs ayant une influence sur la santé au sein de la société est celui du gradient de la santé (figure 2).

Ce modèle décrit les effets de toute une série de facteurs qui peuvent influencer de manière déterminante sur la capacité d'un individu à vivre en bonne santé, en particulier lorsqu'ils sont combinés. La pente de ce gradient diffère selon le secteur de la société considéré.

Le modèle traditionnel de la promotion de la santé, qui vise seulement à inciter les individus à modifier leur comportement, n'allège pas le fardeau des groupes défavorisés, qui doivent lutter contre tout un ensemble de facteurs structurels défavorables. C'est aux institutions responsables de ces facteurs qu'il

incombe d'agir de manière concertée pour améliorer la santé des groupes de la société ayant à supporter un fardeau accru.

Des recherches portant sur toute l'Europe (14) ont permis de mettre en évidence un gradient important en fonction de la classe sociale des influences sur la santé, avec une répartition inégale, dans la population, des risques pour la santé et des facteurs de risque. Les groupes occupant une position sociale inférieure sont en moins bonne santé.

Face à ces inégalités, une des attitudes courantes a été de les attribuer à des différences de comportement personnel et non pas à des inégalités sociales. La figure 2 montre cependant que la réduction du gradient des inégalités en matière de santé nécessite une action portant sur des facteurs généralement indépendants de la volonté des individus.

" Le fait que les inégalités en matière politique, économique et sociale s'expriment par des inégalités face à la santé ne devrait surprendre personne. Ce qui pourrait surprendre, par contre, c'est que ces inégalités soient souvent attribuées à des différences de comportement, alors que l'on dispose de très peu de faits qui le prouvent, par rapport aux abondantes preuves qui établissent un lien entre ces inégalités et les conditions sociales ".

Source : Research Unit in Health and Behavioural Change (15)

" La santé n'est pas le résultat d'une activité particulière. Elle ne résulte pas isolément de la pratique de l'exercice physique, d'une bonne alimentation, de l'abstention tabagique, de la vie dans un environnement salubre ou de l'occupation d'un emploi. Elle résulte en fait de l'effet global de ces activités parmi d'autres. Les individus sont plus ou moins en bonne santé selon les ressources dont ils disposent dans leur vie quotidienne. La santé est le résultat de l'effet combiné de tous ces facteurs dans la vie des individus et des collectivités ".

Source : Working together for Glasgow's health : Glasgow city health plan (16)

Figure 3. La pyramide des facteurs de la santé



Source : d'après Laughlin et Black (17)

Des plans d'action efficaces en faveur de la santé au niveau local ne peuvent être mis en œuvre que si l'on a, au préalable, une idée claire des types d'actions nécessaires. Un modèle permettant de le faire de manière méthodique est celui de la pyramide des composantes de la santé (figure 3). Pour atteindre la bonne santé et le bien-être, il faut passer par un certain nombre d'étapes ou de résultats. Les activités axées sur le sommet de la pyramide n'aboutissent pas à un état de santé satisfaisant si l'on a négligé les échelons inférieurs de la pyramide, et l'importance relative des activités doit tenir compte des caractéristiques locales.

Les groupes les plus défavorisés, par exemple, sont parfois dépourvus même des conditions préalables à la survie physique ; pour améliorer la santé, il faut alors commencer par des efforts à ce niveau. Même dans des zones où la pauvreté est très répandue, cependant, les besoins des groupes diffèrent. C'est pourquoi la manière la plus efficace de prendre en compte les problèmes de santé d'un groupe donné est de s'efforcer d'agir simultanément à tous les niveaux.

Vers une nouvelle alliance en faveur de la santé dans la société

Il y a maintenant une prise de conscience de plus en plus large des relations complexes qui existent entre les facteurs agissant sur la santé, et de l'inefficacité d'une approche purement médicale de ces facteurs. C'est pour ces raisons que le concept de la Santé pour tous a été lancé à la trentième Assemblée mondiale de la santé, à Alma-Ata, en 1977.

Ce concept devait être mis en œuvre grâce à des actions fondées sur les principes de la Santé pour tous (voir page 23), qui mettent l'accent sur l'impératif d'équité et sur le fait que :

... la santé se construit dans le cadre de la vie quotidienne ; elle subit les influences des actions et décisions prises dans pratiquement tous les autres secteurs.

Les partenariats pour promouvoir la santé nés des principes de la Santé pour tous gardent toute leur importance aujourd'hui.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (12) poursuivait l'élaboration de ce concept et préconisait des actions de promotion de la santé consistant à mettre en place une politique publique favorable à la santé, à instaurer des environnements favorisant celle-ci, à renforcer l'action de la collectivité, à développer les capacités personnelles et à réorienter les services de santé (voir encadré).

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Élaborer une politique publique favorisant la santé

- Placer la santé parmi les priorités des décideurs politiques des divers secteurs et à tous les niveaux.
- Combiner des approches diverses mais complémentaires, notamment en matière de législation, de fiscalité, de taxation et de réorganisation. Seule une action coordonnée permet de mettre en place des politiques santé, sociales et économiques favorisant la justice sociale.
- Une action commune est aussi nécessaire pour améliorer la sécurité et la salubrité des produits et des services, mettre en place des services publics favorables à la santé et instaurer des environnements non pollués et favorisant le bien-être.

Instaurer des environnements favorables

- Les sociétés sont des mécanismes de relations réciproques complexes. La santé ne peut pas être prise en compte isolément des autres objectifs. Le principe d'ensemble qui doit guider les activités aux niveaux mondial, national, régional et local est l'importance d'une action fondée sur la réciprocité : nous devons prendre soin les uns des autres, de nos collectivités et de notre environnement naturel.

Renforcer l'action de la collectivité et développer les capacités personnelles

- Favoriser les compétences des collectivités, c'est-à-dire développer l'entraide et le soutien social, et mettre en place des systèmes souples d'amélioration de la participation du public et de l'administration de la santé.
- Favoriser la formation des individus durant toute leur vie.

Réorienter les services de santé

- Les services de santé doivent élargir leur mission et inclure la prise en compte du respect des aspirations culturelles. Cette mission devrait viser à répondre aux besoins des individus et des collectivités pour une vie plus saine et à établir des communications entre le secteur de la santé et les composantes de l'environnement social, politique, économique et physique.

Le programme Villes-Santé est l'un des principaux moyens utilisés par l'OMS pour donner effet à la stratégie de la Santé pour tous. Il a noué des alliances politiques, professionnelles et techniques en faveur de la santé et fait surgir d'importantes possibilités d'action au niveau local.

Source : adapté de Tsouros (18)

Les principes de la Santé pour tous ont servi de base à élaboration d'une stratégie européenne commune. En 1984, celle-ci a été adoptée par les États membres de la Région européenne sous la forme d'une politique de santé pour l'Europe comprenant 38 buts régionaux. Cette politique prévoit de mettre en œuvre des changements fondamentaux dans les approches de développement de la santé. Elle est axée sur quatre domaines principaux : les modes de vie et la santé, les facteurs de risque pour la santé et l'environnement, la réorientation du système de santé et l'obtention d'un soutien politique, administratif et technologique en vue de réaliser ces changements. Force est de reconnaître que si la Santé pour tous a rencontré un vif succès dans les pays en développement, sa mise en œuvre dans les pays européens a été lente.

Villes-Santé

La notion de Villes-Santé a été lancée en 1984 à la Conférence de Toronto, tenue sur le thème " Au-delà des soins de santé ". Elle s'inspirait du principe selon lequel la ville est l'échelon de gouvernement situé le plus près de la population, et donc le mieux placé pour influencer sur les déterminants de la santé.

Cette idée a suscité un vif intérêt au cours des deux années qui ont suivi, et l'OMS a soutenu un programme pilote (limité à l'origine à la période 1987–1992) prévoyant l'élaboration, pour les villes européennes, de

modèles de pratique pour la promotion de la santé et la mise en œuvre d'une politique favorable à la santé. Cette idée venait à son heure. Après la phase initiale du programme pilote, l'OMS a pu constater le succès du mouvement qu'elle avait lancé. À l'issue des cinq premières années, 35 villes membres participaient au programme en Europe. Des réseaux nationaux s'étaient établis dans 20 pays, et 12 groupes de villes s'intéressant à des questions particulières avaient été établis dans le cadre du Plan d'action multivilles.

Il convient de souligner que les villes membres du programme pilote n'avaient pas été désignées parce qu'elles avaient atteint un niveau particulier en matière de santé, mais parce qu'elles avaient une bonne perception des mécanismes à mettre en œuvre pour rendre les villes plus favorables à la santé.

Les villes qui participaient au programme ont démontré leur capacité à le faire par des actions précises :

- en prenant l'engagement politique de favoriser la santé dans le cadre de la ville ;
- en attirant l'attention sur les questions de santé dans la ville ;
- en opérant les changements institutionnels favorisant les activités intersectorielles et la participation de l'ensemble du corps social ;
- en adoptant des mesures novatrices visant à améliorer la santé et l'environnement.

Au cours de la première phase du programme (1987–1992), l'accent a été mis sur l'établissement de structures et de mécanismes au sein des villes en vue d'établir une coopération entre organisations, départements et groupes de la population. Les villes participantes ont lancé de nombreuses initiatives permettant à différents groupes de participer efficacement à la mise en œuvre de la Santé pour tous au niveau de la ville. De nombreuses villes ont mis en place une méthode réellement globale de prise en compte de la santé dans le processus de planification locale, ce qui se faisait pour la première fois.

Au cours de sa seconde phase (1993–1998), le programme a été axé sur l'élaboration et l'application de politiques urbaines s'inspirant de la Santé pour tous, et l'établissement de plans globaux en faveur de la santé au niveau des villes comportant des buts explicites notamment vis à vis des impératifs tels que justice sociale et développement durable. Le nombre de villes membres est maintenant d'une soixantaine, et celui des villes associées aux réseaux nationaux en Europe proche de 550.

Le programme Villes-Santé est un instrument utile pour s'attaquer aux problèmes complexes que pose la santé dans les villes. Les villes participantes, pour ce faire, ont établi de nouveaux modèles de coopération entre les organisations elles-mêmes et entre les organisations et les différents groupes de la population.

Les principes de la Santé pour tous et leurs liens avec le projet urbain pour la santé

Justice : tous les individus devraient avoir le droit et la possibilité de réaliser pleinement leur potentiel de santé.

Promotion de la santé : il doit être établi un plan santé municipal visant à promouvoir la santé selon les principes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Action intersectorielle : la santé se construit dans le cadre de la vie quotidienne ; elle subit les influences des actions et décisions prises dans pratiquement tous les autres secteurs.

Participation de l'ensemble du corps social : il est capital d'obtenir la participation de partenaires informés, motivés et actifs pour la fixation des priorités ainsi que pour la prise et l'application des décisions.

Environnements favorables : un plan santé municipal devrait traiter de la création d'environnements favorables du point de vue physique et social, ce qui nécessite de prendre en compte les questions d'écologie et de durabilité ainsi que des éléments tels que réseaux sociaux, systèmes de transport, logement et autres aspects environnementaux.

Responsabilisation : la santé résulte des relations entre tous les aspects de l'environnement et des conditions de vie et l'individu. Les décisions des hommes politiques, des hauts responsables et des gestionnaires de tous les secteurs déterminent les conditions qui influent sur la santé. La responsabilité de décision à cet égard devrait être énoncée explicitement et de manière claire et compréhensible, sous une forme telle qu'elle puisse être mesurée et évaluée en temps voulu.

Paix : la paix est un préalable fondamental à la santé ; ceux qui s'efforcent d'atteindre le potentiel maximal de santé pour leur collectivité et leurs concitoyens doivent tout faire pour réaliser ces conditions.

Source : d'après City health planning : the framework (19)

Le programme Villes-Santé prévoit que les villes participantes doivent être dotées d'un bureau spécial, de personnel et d'un budget appropriés pour permettre au personnel de

concevoir et de mener les différentes activités de collaboration nécessaires à la mise en place d'une action réellement coopérative de promotion de la santé à l'échelle de la ville.

Les acteurs des projets Villes-Santé sont les suivants :

Collectivités locales
Autorités de santé
Etablissements d'enseignement
Associations
Associations de locataires
Entreprises
Responsables politiques
Groupes d'action sur des questions de santé
Associations pour la défense de l'environnement
Associations de personnes âgées
Associations d'usagers des transports

Conditions principales à remplir pour participer à la deuxième phase du programme Villes-Santé de l'OMS

- Toutes les villes membres devraient établir un comité politique intersectoriel largement représentatif, ayant des relations étroites avec le système de prise de décision politique et jouant le rôle de coordinateur et directeur du projet.
- Toutes les villes membres devraient désigner une personne chargée de la responsabilité politique du projet.
- Toutes les villes membres devraient mettre en place un bureau de projet visible, accessible au public et doté d'un coordonnateur, de personnel à plein temps et d'un budget d'exploitation pour l'administration et la gestion.
- Toutes les villes membres devraient élaborer une politique de la Santé pour tous fondée sur les buts européens de l'OMS, et établir et mettre en application un plan santé municipal qui s'attaque aux problèmes de justice sociale, d'environnement, de protection sociale et de santé, dans les deux ans après le démarrage de la deuxième phase pour les anciennes villes membres, et dans les quatre ans pour les nouvelles. Les villes devraient dégager les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Toutes les villes membres devraient établir des mécanismes pour fixer les responsabilités, tels que la présentation au conseil municipal de résumés annuels sur la santé dans la ville tenant compte des priorités de la Santé pour tous.
- Toutes les villes membres devraient prendre activement des mesures pour donner effet aux plans d'action prioritaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et, en particulier, mettre en œuvre le Plan d'action européen contre le tabac et le Plan d'action européen contre l'alcoolisme.
- Toutes les villes membres devraient établir des mécanismes de participation du public et renforcer la mobilisation en faveur de la santé au niveau municipal en sensibilisant l'opinion publique, en favorisant le débat sur les questions de santé publique et en collaborant avec les médias.
- Toutes les villes membres devraient effectuer des enquêtes sur la santé de la population et des analyses d'impact et, en particulier, prendre en compte les besoins des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus défavorisés.

Source : d'après Tsouros (18)



Développement durable et santé

Au cours de la dernière décennie est apparue une sensibilisation croissante aux effets d'un développement économique incontrôlé sur l'environnement. Ces dernières années, un certain nombre de facteurs ont amené à reconnaître la nécessité d'établir des stratégies en vue d'évoluer vers un développement durable du point de vue économique, environnemental et social.

Certains font valoir (20) que l'évolution vers la notion de développement durable résulte d'une métacrise à laquelle le monde est confronté. Cette métacrise se compose de trois crises élémentaires affectant le développement, l'environnement et la sécurité.

En ce qui concerne le développement, la crise résulte de l'incapacité des pays riches à faciliter un développement organisé dans les pays pauvres. Depuis la Seconde guerre mondiale, la proportion de un cinquième de la population du monde vivant dans une grande misère est demeurée constante. Depuis les années 80, les termes de l'échange se sont dégradés pour les pays en développement, ce qui a aggravé la pauvreté dans ces pays. Pour faire face à une dette croissante, les gouvernements des pays en développement ont adopté des réformes financières qui ont eu pour effet d'amputer les programmes sociaux, ce qui a encore aggravé la misère des groupes défavorisés.

La crise environnementale, quant à elle, résulte de la capacité limitée de la planète à assurer à l'humanité des moyens de subsistance. Ce problème présente deux aspects.

L'accroissement apparemment inéluctable de la population mondiale, de l'ordre de 100 millions d'habitants par an, entraîne un accroissement correspondant de la consommation de ressources planétaires, notamment des ressources limitées en minéraux et en terres agricoles. Cette consommation de ressources, d'autre part, est déséquilibrée : 20% de la population, vivant principalement dans les pays de l'hémisphère nord, consomment 80% des ressources.

L'autre volet de la crise environnementale est représenté par la dégradation des ressources naturelles. Celle-ci se manifeste par la pollution de l'air, de l'eau et du sol : pluies acides, destruction de la couche d'ozone, contamination des sources d'eau, ainsi que par la désertification, la mauvaise qualité de l'air dans les villes et la réduction de la biodiversité.

Enfin, la troisième crise concerne la sécurité. Depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, toute une série de guerres se sont produites, avec leur cortège de destruction des vies humaines, de l'environnement, des moyens de subsistance et même des possibilités de développement durable. Parallèlement, des ressources considérables ont été détournées d'investissements

constructifs vers des moyens militaires toujours plus puissants.

Ces trois crises ne doivent pas être considérées comme distinctes, mais comme liées entre elles, voire synergiques. Pour évoluer vers un développement durable, il faut s'attaquer à toute une série d'intérêts divergents. Quelle que soit la manière dont on entreprendra de le faire, que ce soit par modification progressive ou par réforme structurelle majeure, il sera indispensable de mettre en place dans le monde un nouveau modèle de système économique, politique et social.

La définition du développement durable

Le développement durable tel qu'on le conçoit actuellement prend son origine dans le rapport *Notre avenir à tous* (21). Ce rapport de la Commission mondiale de l'environnement et du développement (Rapport Brundtland) examinait les relations entre le développement économique et la viabilité environnementale, et définissait le développement durable comme étant " un développement qui répond aux besoins des générations présentes sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre à leurs propres besoins " .

La Commission avait exprimé ses préoccupations quant à la condition des populations défavorisées et à l'énorme déséquilibre en termes de ressources existant entre les pays industrialisés et les pays en développement, et elle avait conclu à la nécessité

du développement économique pour répondre aux besoins de ces groupes. Elle estimait cependant que ce développement ne devait pas se faire aux dépens de l'écosystème planétaire.

Le rapport *Notre avenir à tous* traitait de l'économie et de l'environnement sans mentionner explicitement la viabilité du point de vue de la santé ou du social. Le concept de développement durable a depuis évolué pour inclure la notion de société durable. Les définitions ultérieures se fondent sur une notion plus large du développement durable. Ainsi, Rees (22) définit celui-ci comme suit :

... un changement socioéconomique positif ne nuisant pas aux systèmes écologiques et sociaux dont dépend la survie des sociétés. Sa mise en œuvre efficace passe par la mise en place coordonnée de processus d'élaboration de politiques, de planification et d'apprentissage social ; sa viabilité politique dépend de manière déterminante du soutien effectif qu'apportent les populations concernées par le biais de leurs gouvernements, de leurs institutions sociales et de leurs activités privées.

L'Association canadienne de santé publique, pour sa part, avait donné de ce concept une définition plus concise en 1991 (23) :

Le développement humain et la réalisation du potentiel humain requièrent une activité économique qui soit durable du point de vue

social et environnemental au cours de l'actuelle génération et des générations futures.

En incluant la notion de viabilité sociale, ces définitions jusque-là axées sur l'objectif consistant à réduire l'impact environnemental du développement économique s'orientent vers le principe d'un développement humain s'appuyant sur un développement économique favorisant l'environnement et la justice.

L'élaboration d'un cadre pratique : l'Agenda 21

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de 1992 (Sommet planète Terre de Rio de Janeiro) a poursuivi le débat sur le développement durable. Ses résultats majeurs ont été la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, une déclaration sur les principes de la gestion forestière et le programme Agenda 21.

Plus de 178 gouvernements ont adopté ces déclarations à la Conférence. Comme suite à cette dernière, la Commission du développement durable des Nations Unies a été instituée pour suivre les progrès de la mise en œuvre du programme Agenda 21.

Le programme Agenda 21 des Nations Unies traite expressément des relations entre le développement social et le développement économique, de la nécessité de protéger et de gérer les ressources, de renforcer les rôles des principaux groupes sociaux et de la manière

de procéder pour atteindre ces objectifs. Le souci de protéger la santé humaine et le bien-être de l'humanité se situe au centre des activités des programmes.

La mise en œuvre du programme Agenda 21 dans les villes et les localités a progressé rapidement au cours des cinq premières années de vie du programme. Celui-ci comprend quatre volets principaux : développement social et économique, gestion des ressources, renforcement de la participation des groupes principaux et moyens de mise en œuvre.

Pour ce qui est du développement économique et social, il inclut notamment les aspects suivants : coopération internationale, pauvreté, consommation durable, population, santé, habitat et intégration de l'environnement et du développement.

Le domaine " gestion des ressources " inclut la protection de l'atmosphère, la planification de l'utilisation des sols, le déboisement, les écosystèmes vulnérables, le développement rural, la biodiversité, les biotechnologies, les océans, les ressources en eau douce et la gestion des déchets.

L'élément " renforcement de la participation des groupes principaux " inclut les groupes jusque-là marginalisés : femmes, enfants, populations autochtones et organisations non gouvernementales.

En ce qui concerne les moyens de mise en œuvre, les aspects à prendre en compte sont les finances, les institutions, le transfert de

technologies, les sciences, l'éducation, le développement des capacités, les institutions internationales, la législation et l'information des décideurs.

Toutes les activités mises en œuvre dans ces domaines s'appuient sur un ensemble de pratiques et de mécanismes qui, dans le programme Agenda 21 (1), sont jugés indispensables pour la réalisation d'un développement durable :

- réduction de la consommation d'énergie et de matières premières et de la production de polluants et de déchets ;
- protection des écosystèmes vulnérables ;
- partage des richesses, des possibilités et des responsabilités de manière plus équitable entre le Nord et le Sud, entre pays et entre groupes sociaux à l'intérieur des pays.

Dans Agenda 21 (1), il est souligné que le développement durable passe par un processus démocratique coopératif et planifié. En d'autres termes, le développement durable ne s'improvise pas ; il nécessite une planification et un travail délibérés à tous les niveaux, du niveau international jusqu'au niveau local. Tous les citoyens, y compris les pauvres et les défavorisés, doivent pouvoir se prononcer sur les décisions concernant l'environnement et le développement. Tous les groupes et intérêts sociaux, y compris les milieux d'affaires, ceux de l'éducation et les

associations, ainsi que les autorités à tous les niveaux, doivent collaborer dans le cadre d'un partenariat.

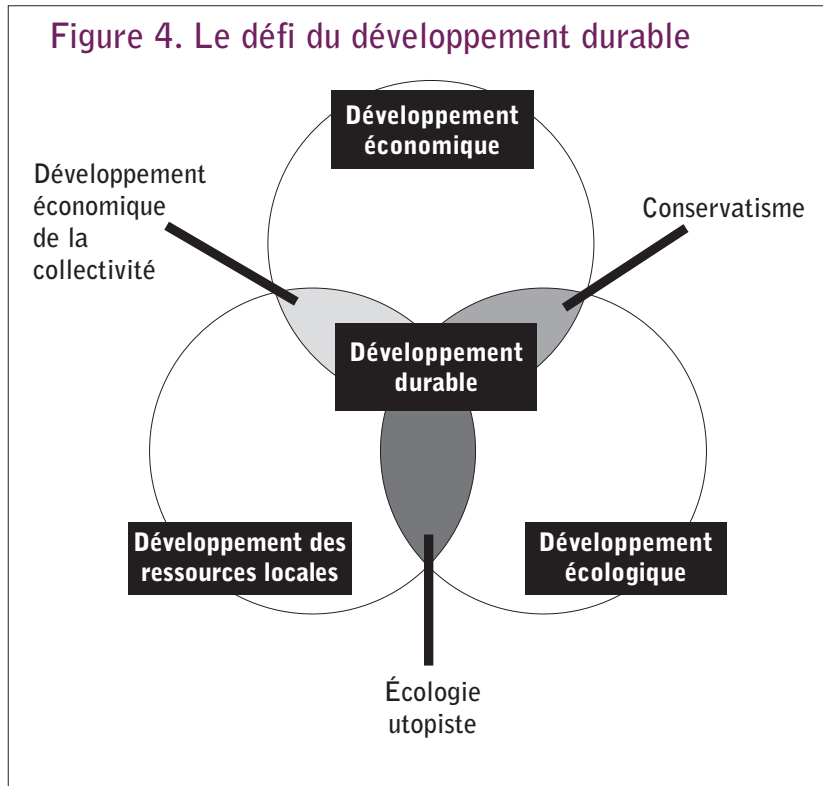
Le Conseil international pour les initiatives écologiques locales (ICLEI), dans un examen détaillé de la planification d'un développement durable (24), donne une description succincte des démarches complexes à entreprendre au niveau local (figure 4). Le Conseil souligne que les impératifs du développement économique, du développement des ressources locales et d'un développement compatible avec l'environnement sont souvent en conflit les uns avec les autres, et que le processus de développement durable aux niveaux local et mondial consiste à concilier ces trois processus de développement. L'application d'une stratégie de développement durable implique des négociations entre les parties prenantes et l'élaboration d'un plan concerté. Ce type de travail multi-intervenants est parfois peu familier à certains des acteurs qui doivent y participer, mais il est un élément clé du processus.

Les progrès de la sensibilisation et de la motivation à relever activement les défis de la viabilité

environnementale, sociale et économique ne devraient pas faire perdre de vue les difficultés réelles qu'il y a à mener à bien un processus pour atteindre ces résultats.

La transition vers un développement durable dépend de la capacité des gouvernements, des organisations intergouvernementales, des organisations de financement transnationales et des organisations non gouvernementales à gérer la réorientation liée à l'apparition d'un nouveau système de valeurs dans le cadre de l'économie mondiale.

Figure 4. Le défi du développement durable



La transition vers un développement durable doit certes être planifiée, gérée et administrée, mais elle doit impérativement s'appuyer sur une intention, une philosophie et un but vers lesquels les sociétés puissent s'efforcer d'évoluer.

Pearce (25) a entrepris de mieux définir les possibilités qui s'offrent pour opérer cette transition : " Toute réorientation vers un développement durable sera inévitablement un processus lent, dont la durée se comptera en générations et non en années. L'instauration d'un développement réellement durable implique une transformation culturelle, et pas seulement quelques ajustements économiques et politiques ".

Les premières phases du processus de transition, où la voie à suivre est mal tracée et

où les résistances sont fortes, sont les plus difficiles. La transition vers un développement durable doit certes être planifiée, gérée et administrée, mais elle doit impérativement s'appuyer sur une intention, une philosophie et un objectif vers lesquels les sociétés puissent s'efforcer d'évoluer. Pearce (25) énumère diverses étapes de l'évolution vers un développement durable et ce qu'elles impliquent en termes de politique, d'économie, de société et de participation (tableau 1).

Tableau 1. Les étapes de l'évolution vers un développement durable

	Politique	Économie	Société	Acteurs
ETAPE 1 Durabilité très faible	Déclaration purement platonique en faveur de l'intégration des politiques	Modifications mineures avec ajustement économique	Perception confuse et couverture médiatique insuffisante	Groupes de discussion par corporation ; exercices de consultation
ETAPE 2 Durabilité faible	Intégration officielle des politiques et objectifs réalisables	Restructuration substantielle concernant les incitations micro-économiques	Éducation d'un public plus large en faveur d'une vision de l'avenir	Tables rondes ; groupes de parties intéressées ; surveillance parlementaire
ETAPE 3 Forte durabilité	Intégration systématique des politiques et conclusion d'accords internationaux contraignants	Évaluation économique complète ; bilans environnementaux au niveau des affaires et au niveau national ; compensation fiscale environnementale	Intégration des programmes de formation ; initiatives locales dans le cadre d'un développement des ressources locales	Participation de la population ; jumelage d'initiatives dans les pays en développement et développés

Source : Pearce (25)

La mise en œuvre du programme Agenda 21 au niveau local

Dans le programme Agenda 21, les autorités locales figurent parmi les principaux partenaires de la mise en œuvre. Leur participation active est une condition primordiale de la réussite du programme, elles sont associées à de nombreux éléments clés du développement durable dans les villes (1).

L'Agenda 21 local

Les autorités locales sont invitées à participer activement, à leur niveau, au programme Agenda 21 en établissant une version locale sur une base de coopération. Cette action devrait permettre d'élaborer au niveau local des stratégies fondées sur les principes du programme Agenda 21 (1) :

D'ici 1996, la plupart des autorités locales, dans chaque pays, devraient avoir entrepris un processus de consultation avec leur population et avoir atteint un consensus sur un Agenda 21 local.

Les Agendas 21 locaux en Europe

L'idée d'Agendas 21 locaux a bénéficié d'un large soutien dans toute l'Europe. En 1994, à Aalborg (Danemark), 80 villes ont signé la Charte des villes européennes pour la durabilité (Charte d'Aalborg) (26).

La Conférence d'Aalborg a marqué le lancement de la Campagne des villes européennes durables, menée avec le soutien

du Conseil international pour les initiatives écologiques locales, le réseau OMS des Villes-Santé, le programme Eurocities (Association européenne de villes métropolitaines), l'Organisation Cités Unies et le Conseil des Communes et Régions d'Europe .

Les signataires de la Charte d'Aalborg réaffirmaient l'engagement pris à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de Rio de Janeiro d'établir un Agenda 21 local avant la fin de 1996. La Déclaration d'Aalborg (26) réaffirmait l'importance de collectivités locales durables comme moyen de favoriser la réorientation mondiale vers un développement durable d'ensemble et énumérait 14 conditions préalables pour les villes européennes :

- la participation des villes européennes à la réalisation d'un développement durable ;
- la notion et les principes de développement durable ;
- l'existence de stratégies locales pour un développement durable ;
- la richesse de la viabilité en tant que processus créatif local et la recherche d'un compromis harmonieux ;
- la résolution des problèmes par la négociation externe ;
- la réorientation de l'économie urbaine vers la viabilité ;
- l'équité sociale dans l'optique de la viabilité urbaine ;

- les pratiques durables d'utilisation des sols ;
- les pratiques durables de mobilité urbaine ;
- la responsabilité du climat planétaire ;
- la protection des écosystèmes contre la contamination ;
- l'autonomie du gouvernement local ;
- les citoyens en tant qu'acteurs clés et la participation de la population ;
- les instruments et outils de gestion urbaine en faveur de la viabilité.

La phase initiale de deux ans de la Campagne des villes européennes durables a consisté principalement à diffuser des informations sur le développement durable au niveau local en popularisant la Charte d'Aalborg, à encourager d'autres autorités locales à signer la Charte et à adhérer à la Campagne, et à donner des orientations pour la mise en œuvre de l'Agenda 21 au niveau local.

La seconde phase de l'Agenda 21 local.

La phase suivante a été lancée à la Deuxième conférence européenne des villes durables, tenue à Lisbonne en octobre 1996. Cette

phase prévoyait l'application des principes énoncés dans la Charte d'Aalborg, le lancement et l'exécution de l'Agenda 21 local et la mise en œuvre du plan local pour un développement durable. En exécutant ces activités, les autorités locales européennes contribueront non seulement à la mise en œuvre du programme Agenda 21, mais aussi à la réalisation des recommandations de la Deuxième conférence des Nations Unies sur les établissements humains.

Les participants à la Conférence de Lisbonne ont approuvé le Plan d'action de Lisbonne (voir encadré) (27). Celui-ci s'inspirait des expériences locales telles qu'elles avaient été évoquées aux 26 ateliers composant la Conférence, et tenait compte des principes et recommandations énoncés dans un certain nombre de documents : la Charte d'Aalborg (26), un guide de l'United Kingdom Local Authority Association et du Local Government International Bureau (28), le rapport sur les villes durables du Groupe d'experts de l'environnement urbain de la Commission européenne (29) et le guide publié par le Conseil international pour les initiatives écologiques locales (24).

Principaux éléments du *Plan d'action de Lisbonne : de la Charte à la pratique*

1. Nous pensons que l'adoption de la Charte des villes européennes pour la durabilité (Charte d'Aalborg) constitue l'un des meilleurs points de départ pour entamer un processus Agenda 21 local.
2. Nous pensons que les autorités locales devraient être les principaux moteurs du processus Agenda 21.
3. Nous pensons que la mise en œuvre de l'Agenda 21 nécessite l'implication de l'ensemble des autorités locales, tant au niveau rural que sur le plan urbain.
4. Nous entamerons une consultation qui débouchera sur une collaboration avec les divers secteurs de notre communauté pour créer une synergie par le biais de la coopération.
5. Nous tenterons de mettre de l'ordre dans nos propres affaires en appliquant le principe de la négociation externe.
6. Nous élaborerons systématiquement un plan d'action pour passer de l'analyse à la pratique.
7. Nous intégrerons le développement de l'environnement au développement social et économique pour améliorer la santé publique et la qualité de vie de nos citoyens.
8. Nous utiliserons des outils performants pour la gestion de la durabilité.
9. Nous élaborerons des programmes destinés à sensibiliser les citoyens, les groupes d'intérêts ainsi que les hommes politiques et les fonctionnaires locaux à la problématique du développement durable.
10. Nous nous renforcerons grâce à des alliances mutuelles : entre associations, réseaux et campagnes.
11. Nous créerons des alliances Nord-Sud et Est-Ouest pour le développement durable.
12. Nous travaillerons de concert avec la Campagne des villes européennes durables.

Source : Plan d'action de Lisbonne : de la Charte à la pratique (27)

Facteurs environnementaux et santé

Les relations entre les facteurs environnementaux et les résultats sur l'état de santé sont reconnus et pris en compte depuis les premiers jours du mouvement de la santé publique. Toutes les villes européennes se sont dotées de règlements relatifs à l'hygiène de l'eau et du logement ainsi qu'aux risques industriels dès le début du XX^e siècle. Ces règlements sont maintenant couramment appelés règlements d'hygiène environnementale et leur application est contrôlée par le service chargé de ce domaine.

Au cours des années, les problèmes environnementaux ont pris des proportions accrues tant par leur ampleur que par leur nombre. Les problèmes de santé résultant des effets de l'activité économique sur l'environnement ont des répercussions non seulement locales, mais aussi nationales et internationales. On peut citer la pollution des ressources en eau par les nitrates et pesticides utilisés par les agriculteurs, les pluies acides provenant des installations industrielles et des centrales électriques, et les aliments contaminés par les pesticides.

Il existe aussi toute une autre série de problèmes nouveaux que les pionniers de la santé publique ne pouvaient imaginer à leur époque, tels le rôle de la politique des transports et ses incidences sur la santé. Les transports ont des effets locaux sur la santé des individus (accidents, obstacles et effets négatifs sur des formes d'exercice favorable à la santé telles que le cyclisme et la marche à pied), ainsi que des effets plus généraux sur la qualité de l'air et des effets sur l'environnement mondial liés à l'utilisation et la fabrication d'automobiles.

La question de la destruction de l'écosystème

planétaire a suscité beaucoup de préoccupations aux niveaux national et international. Le tableau 2 énumère certains des effets possibles de ces changements sur la santé.

Les villes des pays industrialisés sont d'importants consommateurs de ressources non renouvelables. En Europe, ces villes sont collectivement responsables d'une proportion importante des émissions qui contribuent à favoriser le changement climatique dans le monde : par exemple, avec les villes des autres pays industrialisés, elles produisent 80% des émissions de dioxyde de carbone.

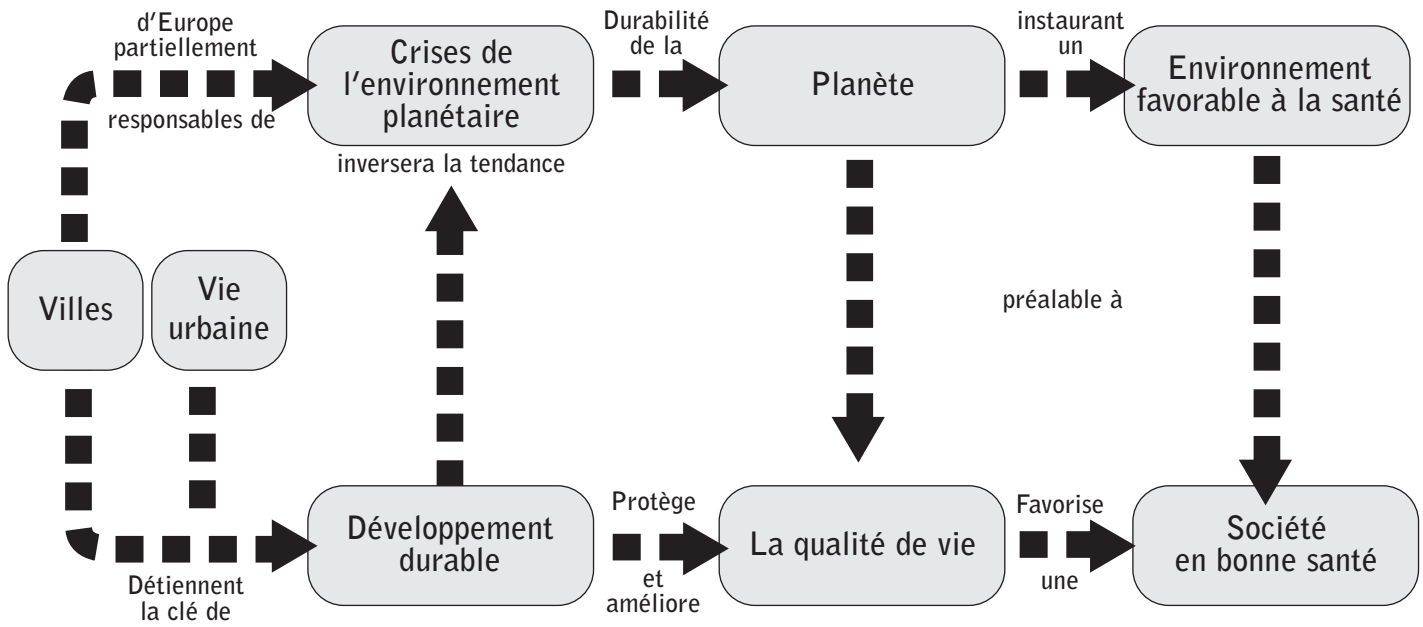
Dans de nombreuses villes européennes, de graves problèmes environnementaux, économiques et sociaux se posent aujourd'hui. La pauvreté et les inégalités progressent parallèlement aux problèmes de pollution, de dégradation des infrastructures, de mauvaise qualité de l'air et de l'eau, de disparition des espaces verts et d'insalubrité de l'habitat. Ces facteurs sont encore aggravés, dans certains pays, par une politique à courte vue de promotion du développement économique au détriment de vastes groupes marginalisés. Les relations, dans les villes, entre bien-être social et santé, développement économique, qualité de l'environnement collectif et salubrité de l'écosystème mondial, ont retenu beaucoup d'attention au cours de la décennie écoulée. On tend aujourd'hui à s'orienter vers un nouveau modèle de relations entre toutes les activités qui se manifestent dans les villes. Un groupe d'experts a établi un rapport (29) qui tente de regrouper, sous forme graphique, les éléments de ce problème (figure 5), en décrivant les relations entre villes, développement durable, crise de l'environnement planétaire et avantages d'une société en bonne santé dans un environnement favorable à la santé.

Tableau 2. Effets nuisibles potentiels sur la santé d'un éventuel changement de l'environnement planétaire

Effets environnementaux	Manifestation	Type (direct, indirect) et chronologie (précoce, tardive) des effets négatifs			
		Effets directs précoces	Effets directs tardifs	Effets indirects précoces	Effets indirects tardifs
Renforcement de l'effet de serre	Réchauffement planétaire et changement climatique	Mortalité et morbidité liées aux vagues de chaleur		Modification de la distribution des maladies infectieuses à vecteurs	Viabilité réduite des poissons comestibles dans les océans par suite du réchauffement
		Catastrophes naturelles : tornades, inondations, glissements de terrain, incendies		Pénurie de nourriture par suite d'une modification de la productivité agricole	
	Élévation du niveau de la mer	Risque accru de marées de tempête et de crues soudaines	Inondation, dislocation sociale, défaillance des réseaux d'assainissement, pertes d'exploitation agricole	Domage aux installations côtières, routes etc.	Destruction des terres humides, diminution des stocks de poissons
Appauvrissement de la couche d'ozone stratosphérique	Accroissement du flux de rayonnements UVB à la surface de la terre	Coups de soleil, photo-kérato-conjonctivites, affaiblissement du système immunitaire, risque accru d'infections, cancers	Cancer de la peau, effets oculaires, cataractes, ptérygion		Réduction de la croissance des cultures alimentaires et des micro-organismes marins (base de la chaîne alimentaire aquatique)
Aérosols acides (provenant de la combustion de combustibles fossiles sulfurés)	Pluies acides (et autres précipitations acides)	Effets possibles sur le système respiratoire		Mort de la faune et de la flore aquatiques, réduction de la production alimentaire, ralentissement de la croissance des cultures	Ralentissement de la croissance des forêts, réduction de la productivité de l'écosystème
Dégradation des sols, agriculture surintensive et surpâturage	Érosion, stérilité, épuisement des nutriments, salinité, contamination chimique, désertification	Baisse de la productivité agricole	Récession rurale, migration vers des bidonvilles (voir aussi la dernière rubrique)	Exposition à des niveaux plus élevés de pesticides et d'engrais ; peut aussi causer une eutrophisation toxique des voies d'eau	Conséquences de l'envasement des retenues et des cours d'eau
	Épuisement des nappes aquifères souterraines	Pénurie d'eau de pluie pour l'alimentation et l'hygiène	Baisse de la productivité agricole		
Appauvrissement de la faune et de la flore, perte de biodiversité	Destruction de l'habitat	Déboisement, dislocation des conditions culturelles et de santé locales	Pénurie d'espèces comestibles		Déboisement, aggravation de l'effet de serre
	Perte de diversité génétique (espèces et souches), affaiblissement des écosystèmes			Perte de produits chimiques médicinaux et d'autres produits utilisés pour protéger la santé	Plus grande vulnérabilité des plantes et du cheptel, baisse de la vitalité de l'écosystème
Autres effets de la surpopulation, particulièrement dans les pays pauvres	Prolifération des taudis urbains surpeuplés et des bidonvilles (immigration et fécondité élevée)	Maladies infectieuses, malnutrition, comportement antisocial	Effets de la dislocation de l'organisation sociale		Conséquences diverses de la surcharge de l'écosystème local

Source : d'après Tansey & Worsley (30)

Figure 5. Concepts clés de la santé et du développement durable



Source : d'après le rapport du Groupe d'experts de l'environnement urbain de la Commission européenne (29)

Résultats sur le plan de l'état de santé à tous les niveaux

Dans le cadre du développement durable, la santé humaine peut être considérée sous plusieurs angles : en tant qu'élément de l'écosystème planétaire ; en tant qu'élément central du développement ; en tant que résultat des initiatives visant à promouvoir la viabilité environnementale ; et en tant que secteur ayant des influences sur l'environnement et sur d'autres secteurs.

La santé humaine comme élément de l'écosystème mondial

La santé humaine dépend de l'équilibre de l'écosystème planétaire. Un développement non durable et ses effets directs et indirects sur l'écosystème nuisent à la santé humaine dans le monde entier. Les villes des pays industrialisés sont responsables d'une grande partie des effets néfastes ressentis par l'environnement planétaire.

La santé en tant qu'élément central du développement

Le premier principe de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement est que la santé humaine doit être au centre d'un développement durable. L'amélioration de la santé est donc indissociable de la mise en œuvre d'un développement durable. L'amélioration de la santé peut déboucher sur l'amélioration d'autres aspects de la vie.

La santé en tant que résultat d'initiatives visant à promouvoir la viabilité environnementale

Les initiatives prises avant tout pour des raisons environnementales ont souvent un effet bénéfique sur la santé humaine, même si cela n'est pas toujours apparent. On peut donner comme exemple une politique de transports favorisant l'utilisation des transports en commun, le cyclisme et la marche plutôt que l'utilisation des voitures particulières, ce qui a des effets bénéfiques sur la santé (réduction des accidents et amélioration de la condition physique).

Impact du secteur des soins sur l'environnement et sur les autres secteurs

Le secteur des soins est un employeur important et un grand consommateur de ressources naturelles. Une meilleure gestion de ses activités peut donc avoir des effets bénéfiques importants sur l'environnement et sur d'autres secteurs. Un exemple est la réduction de la consommation d'énergie dans les hôpitaux. Le secteur des soins peut aussi jouer un rôle à l'égard d'autres aspects du programme Agenda 21, y compris en ce qui concerne le respect des droits de l'individu et le rôle des femmes.

Recommandations spécifiques du programme Agenda 21

Le programme Agenda 21 comprend de nombreuses recommandations concernant, en particulier la santé. Certaines ont trait à

Les initiatives prises avant tout pour des raisons environnementales ont souvent un effet bénéfique sur la santé humaine, même si cela n'est pas toujours apparent.

des problèmes de santé bien définis, mais les plus importantes traitent de la santé dans le cadre du développement général. Les principales recommandations dans ce domaine ont trait à l'élaboration de plans de santé municipaux, à l'utilisation de profils de santé et au renforcement des réseaux en faveur de la santé dans les villes.

Principes et méthodes

Dans le programme Agenda 21, il est admis que de nombreux points qu'il inclut, et notamment la santé, ont encore besoin d'être précisés. La stratégie de la Santé pour tous et le rôle de l'OMS dans ce domaine sont mentionnés spécifiquement. Les principes essentiels du programme Agenda 21 et de la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS sont globalement les mêmes, surtout lorsqu'ils s'appliquent aux stratégies principales de mise en œuvre des plans d'action au niveau local (voir tableau 3, page 41).

Une nouvelle manière de concevoir le développement humain

Trevor Hancock (31) décrit un nouveau modèle théorique de développement humain. Ce modèle (figure 6) comporte trois grands domaines : le cadre local, l'environnement et l'économie. Au point de recoupement entre ces domaines, on peut considérer que se situe la santé ou, au sens plus large, le développement humain.

Il ressort du modèle que la bonne santé et

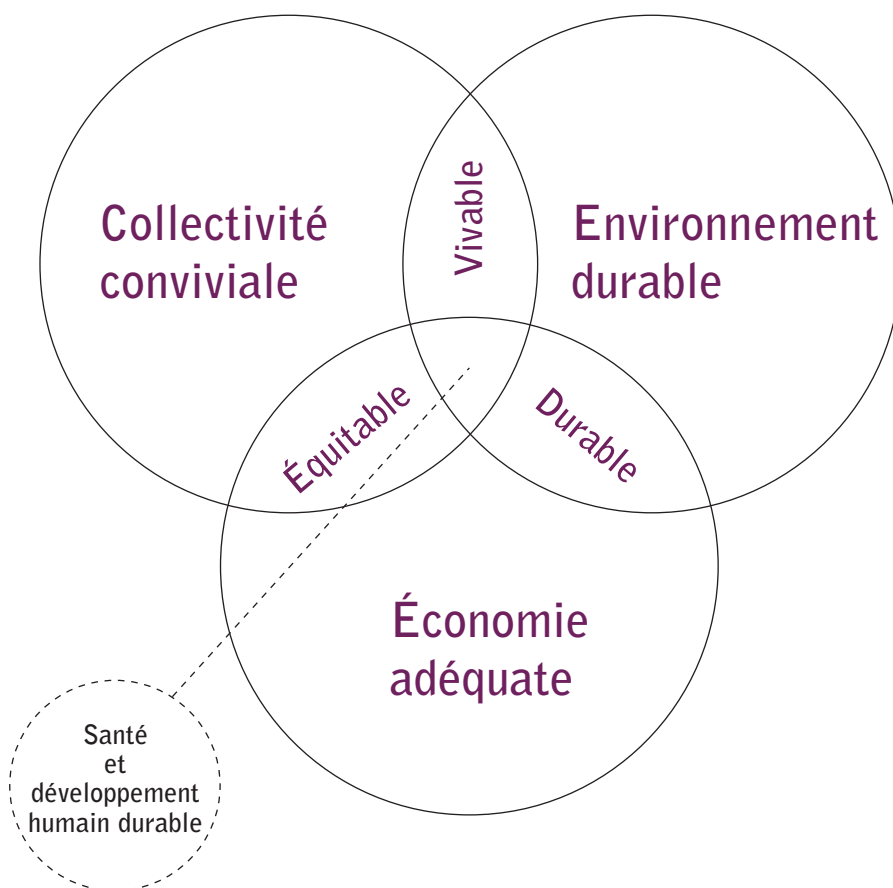
le développement humain durable ne peuvent être obtenus que si les relations entre ces deux domaines répondent aux conditions de justice, de durabilité et de qualité de vie. La convivialité de la collectivité, la viabilité environnementale et l'adéquation économique doivent être mises en équilibre. La convivialité de la collectivité a pour bases le tissu de relations sociales, la société civile et la solidarité sociale. La viabilité environnementale dépend de la qualité de l'écosystème local y compris celle de l'air, de l'eau, du sol et de la chaîne alimentaire. L'adéquation économique suppose qu'il existe un niveau d'activité économique permettant de répondre aux besoins fondamentaux.

Selon ce modèle, une localité saine doit avoir une approche globale du développement de toutes ces composantes et doit s'efforcer d'être équitable, vivable, durable et solidaire, de manière à répondre à des normes environnementales élevées et à offrir une prospérité suffisante.

Ce modèle d'action intégrée a servi de base à certains des travaux des projets canadiens de localités en santé et de certaines provinces canadiennes, ainsi que de certains projets Villes-Santé européens.

Les efforts de ce genre visant à mettre en place des modèles et des modes de travail prenant en compte de manière satisfaisante la viabilité sociale s'inscrivent dans les fondements du programme Agenda 21 et du programme Villes-Santé de l'OMS.

Figure 6. Modèle conceptuel et outil de planification



De ce modèle, il ressort que pour maintenir la cohésion sociale et la solidarité de la collectivité, on doit veiller à ce que les bénéfices de l'activité économique soient répartis de manière socialement équitable. Outre cette condition, l'activité économique doit être écologiquement durable à l'infini : la collectivité ne doit pas épuiser ses ressources naturelles, ni polluer l'environnement de manière à porter un préjudice irréparable aux générations futures ou à des populations éloignées. Enfin, la collectivité a besoin d'un environnement construit **vivable** ; cette notion s'applique à la qualité et à la nature de l'environnement construit, y compris les logements, les voies de circulation, l'infrastructure urbaine et l'utilisation des terres.

Source : d'après Hancock (31)

La Santé pour tous et le programme Agenda 21

Les domaines d'intérêt du programme Agenda 21 et du mouvement européen de la Santé pour tous ont beaucoup de points communs. L'un et l'autre traitent de la santé de la population dans un cadre qui s'efforce de mettre en place un développement équitable et durable. L'un et l'autre sont également axés sur les villes et la croissance des zones urbaines. Les principes qui sous-tendent ces mouvements sont presque identiques.

Aussi bien le programme Agenda 21 que la philosophie de la Santé pour tous :

- sont des approches ambitieuses des problèmes qui se posent dans le monde ;
- proposent des modèles nouveaux ;
- s'attaquent aux problèmes écologiques, économiques et de santé humaine ;
- expriment une préoccupation pour le bien-être humain actuel et futur.

Les méthodes qui sont proposées en vue de changements sont également semblables :

- l'un et l'autre de ces mouvements préconisent une approche planifiée ;
- l'un et l'autre préconisent un changement dans la manière de

fonctionner des organisations, avec plus d'ouverture vers l'extérieur et une plus grande coopération ;

- l'un et l'autre soulignent la nécessité de soutenir la capacité de la collectivité ;
- l'un et l'autre suggèrent d'adopter des approches intersectorielles.

Ces programmes, cependant, présentent aussi certaines différences. La Santé pour tous :

- existe depuis plus longtemps ;
- a permis d'acquérir une expérience de travail de partenariat au niveau des collectivités et des organisations ;
- a mis en place une forme de coopération avec la collectivité qui va au-delà d'une simple consultation ;
- a permis d'acquérir l'expérience d'une nouvelle manière d'élaborer des politiques et stratégies.

Le programme Agenda 21 :

- a un caractère inclusif exprimé de manière plus explicite dans sa philosophie ;
- s'appuie sur une base beaucoup plus large du point de vue de l'organisation ;
- semble avoir un soutien plus large des gouvernements.

Tableau 3. Principes et processus comparés de planification en faveur de la santé et d'un développement urbain durable entre la Santé pour tous et le programme Agenda 21.

Principes	Santé pour tous	Programme Agenda 21
Équité	oui	oui
Durabilité	implicite	oui
Promotion de la santé	oui	(santé)
Action intersectorielle	oui	oui
Participation de la population	oui	oui
Environnements favorables	oui	oui
Action internationale	oui	oui
Processus	Santé pour tous	Programme Agenda 21
Examen des cadres de planification existants	oui	oui
Analyse des conditions santés, environnementales et sociales	oui	oui
Consultation publique sur les priorités	oui	oui
Structures de participation intersectorielle	oui	implicite
Action orientée vers l'avenir	oui	oui
Plan d'action à long terme avec buts définis	oui	oui
Surveillance et évaluation	oui	oui

" ...La santé et le développement sont intimement liés. Un développement insuffisant a des effets nuisibles sur la santé d'une grande partie de la population. Par contre, un développement mal dirigé peut nuire à l'environnement et, par voie de conséquence, nuire également à la santé ".

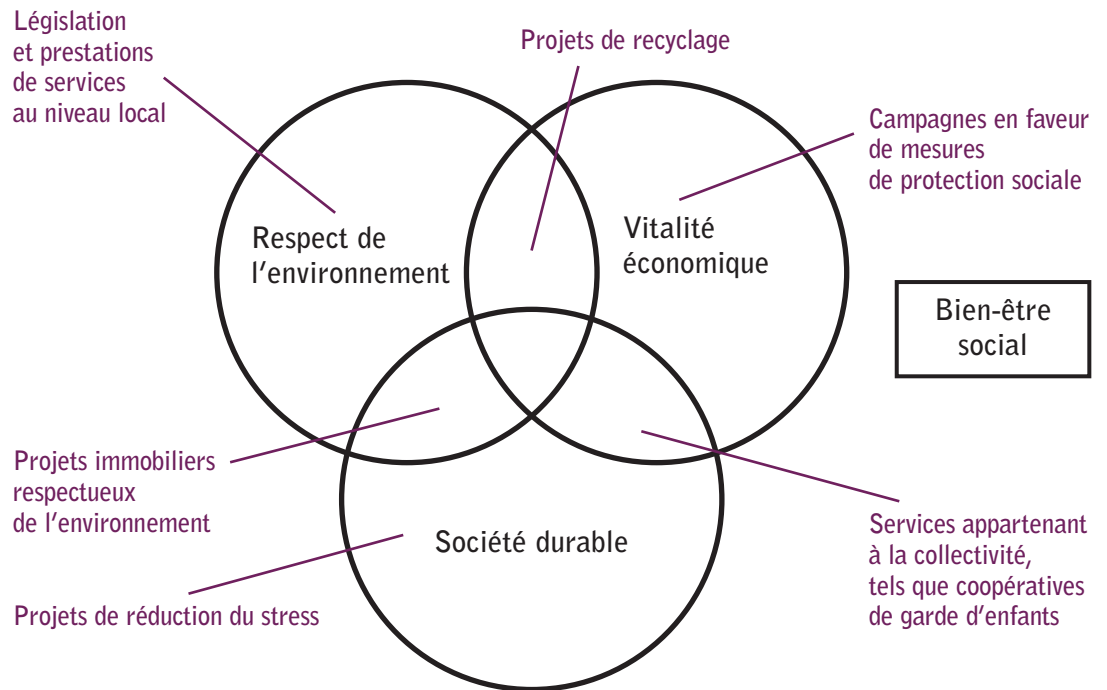
Source : Nations Unies (Programme Agenda 21) (1)

Il existe encore peu d'exemples de projets de services locaux planifiant leurs activités dans un cadre de développement durable (figure 7).

Bien que les questions de la durabilité environnementale et sociale reçoivent incontestablement une attention marquée au niveau mondial, il est plus difficile de trouver des exemples concrets d'activité de coopération au niveau local. Dans de nombreux domaines, des organisations très différentes financent des projets environnementaux et des projets concernant santé et bien-être ce qui rend difficile la mise en œuvre d'activités communes entre ces organisations.

Le programme Agenda 21 et la Santé pour tous, par l'intermédiaire de l'Agenda 21 local et du mouvement des Villes-Santé, offrent aux acteurs locaux et aux collectivités des possibilités nouvelles de coopération avec les prestataires de services pour étudier de nouvelles formes d'activité. Ces méthodes novatrices sont déjà appliquées au sein des mouvements en faveur de la santé des collectivités, des transports au niveau local ou des collectivités durables.

Figure 7. L'action locale en faveur d'une société durable



Source : d'après Working together for Glasgow's health : Glasgow city health plan (16)



Agendas 21 locaux

Un plan local Agenda 21 est un plan complet pour une zone déterminée. Il doit s'agir du plan d'aménagement d'ensemble essentiel de cette zone, et l'élaboration d'un tel plan exige une large participation. Il doit accroître la viabilité environnementale, économique et sociale, et comporter en conséquence une série d'objectifs.

La Charte d'Aalborg (26) a subdivisé le processus d'élaboration de plans locaux Agenda 21 en un certain nombre d'éléments :

1. tenir compte des méthodes de planification et des mécanismes financiers existants, ainsi que des autres plans et programmes ;
2. repérer systématiquement les problèmes et leurs causes par une vaste consultation de la population ;

3. classer les actions par ordre de priorité pour traiter les problèmes repérés, définir le concept de localité durable avec la participation de tous les partenaires ;
4. concevoir une philosophie assurant la viabilité de la localité grâce à un processus participatif associant tous les secteurs de la localité ;
5. examiner et évaluer les différentes stratégies de développement possibles ;
6. établir un plan local d'action à moyen et à long terme, qui comportera des objectifs mesurables ;
7. planifier la mise en œuvre du plan, en préparant un calendrier et en précisant les responsabilités attribuées à chacun des partenaires ;
8. mettre en place des systèmes et des procédures d'évaluation et de comptes rendus sur la mise en œuvre du plan.

Aux termes d'Agenda 21 :
" Chaque autorité locale devrait engager un dialogue avec ses citoyens, des organisations locales et des entreprises privées et adopter un Agenda 21 local".

Source : Organisation des Nations Unies [Agenda 21] (1)

" Il faudrait encourager les autorités locales à... a) élaborer et mettre en œuvre des plans santé municipaux et locaux, b) procéder à un bilan, là où cela est nécessaire, de la situation santé, sociale et environnementale des villes, et notamment recueillir des données sur les disparités à l'intérieur des villes ".

Source : Organisation des Nations Unies [Agenda 21] (1)

Figure 8. Les éléments de la planification du développement durable

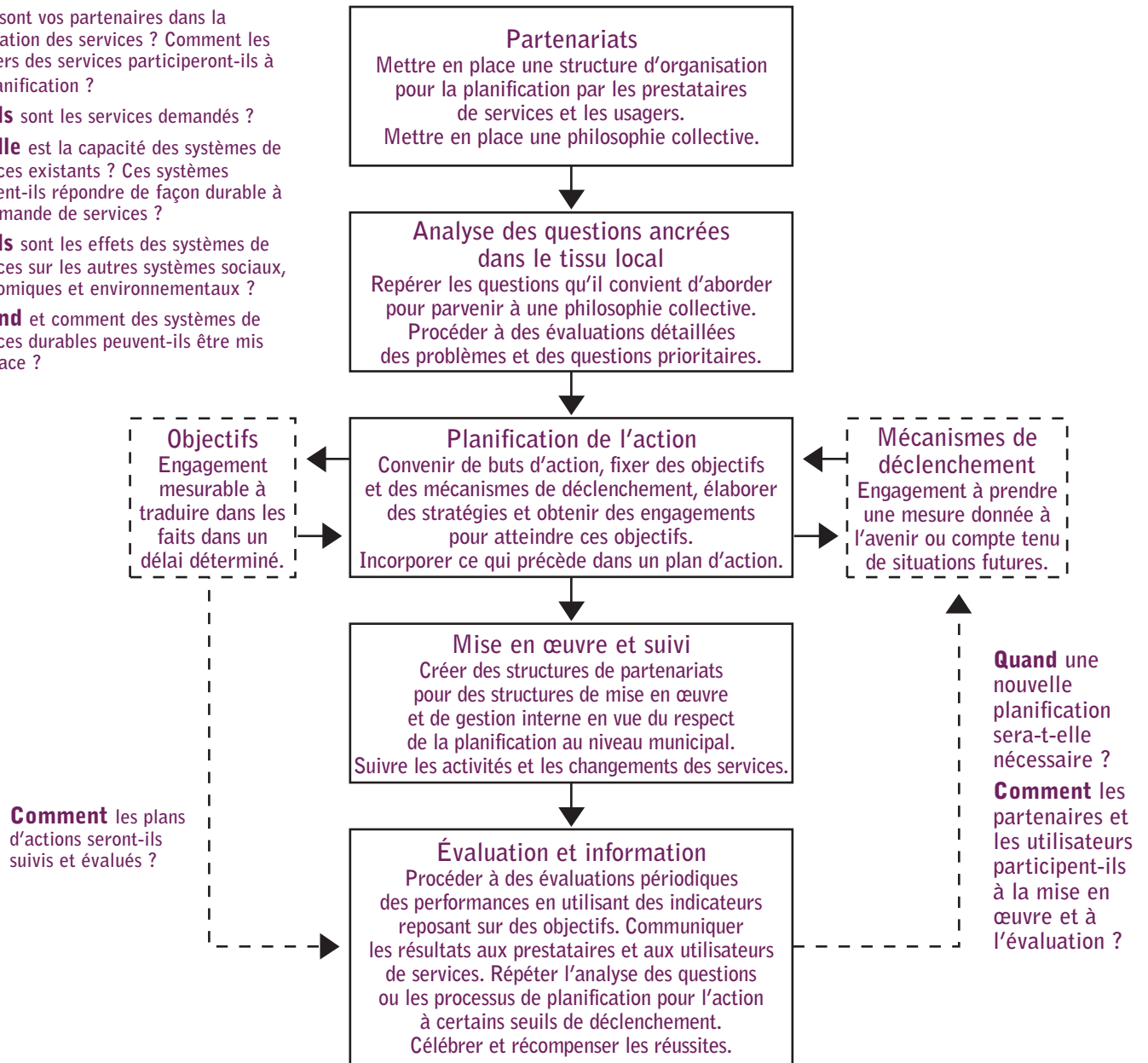
Qui sont vos partenaires dans la prestation des services ? Comment les usagers des services participeront-ils à la planification ?

Quels sont les services demandés ?

Quelle est la capacité des systèmes de services existants ? Ces systèmes peuvent-ils répondre de façon durable à la demande de services ?

Quels sont les effets des systèmes de services sur les autres systèmes sociaux, économiques et environnementaux ?

Quand et comment des systèmes de services durables peuvent-ils être mis en place ?



Source : The local Agenda 21 planning guide: an introduction to sustainable development planning (24)

Ces principes ont été élargis par certains organismes importants. Le Conseil international pour les initiatives écologiques locales (24) indique que la planification du développement durable (dans le cadre d'un Agenda 21 local) incorpore trois traditions de planification :

1. la planification stratégique, qui est utilisée dans le secteur privé pour définir des perspectives et des buts à long terme ;
2. la planification axée sur la population, qui est largement utilisée pour obtenir la participation des résidents et des utilisateurs locaux des services pour l'élaboration participative de projets et de programmes locaux ;
3. la planification environnementale, conçue dans les années 70 pour faire en sorte que les projets d'aménagement tiennent compte des questions d'environnement et comportent des mesures pour atténuer les effets sur l'environnement des activités prévues.

Méthodes et outils à utiliser pour la planification d'un Agenda 21 local

Ces démarches permettent d'utiliser une large gamme de méthodes et d'outils de

planification dans le cadre du processus de planification de programmes locaux Agenda 21. Leurs éléments communs sont les partenariats, l'analyse de questions locales, la planification, la mise en œuvre et la surveillance des mesures, et l'évaluation et l'information en retour. La figure 8 montre les relations qui existent entre ces éléments dans le processus global.

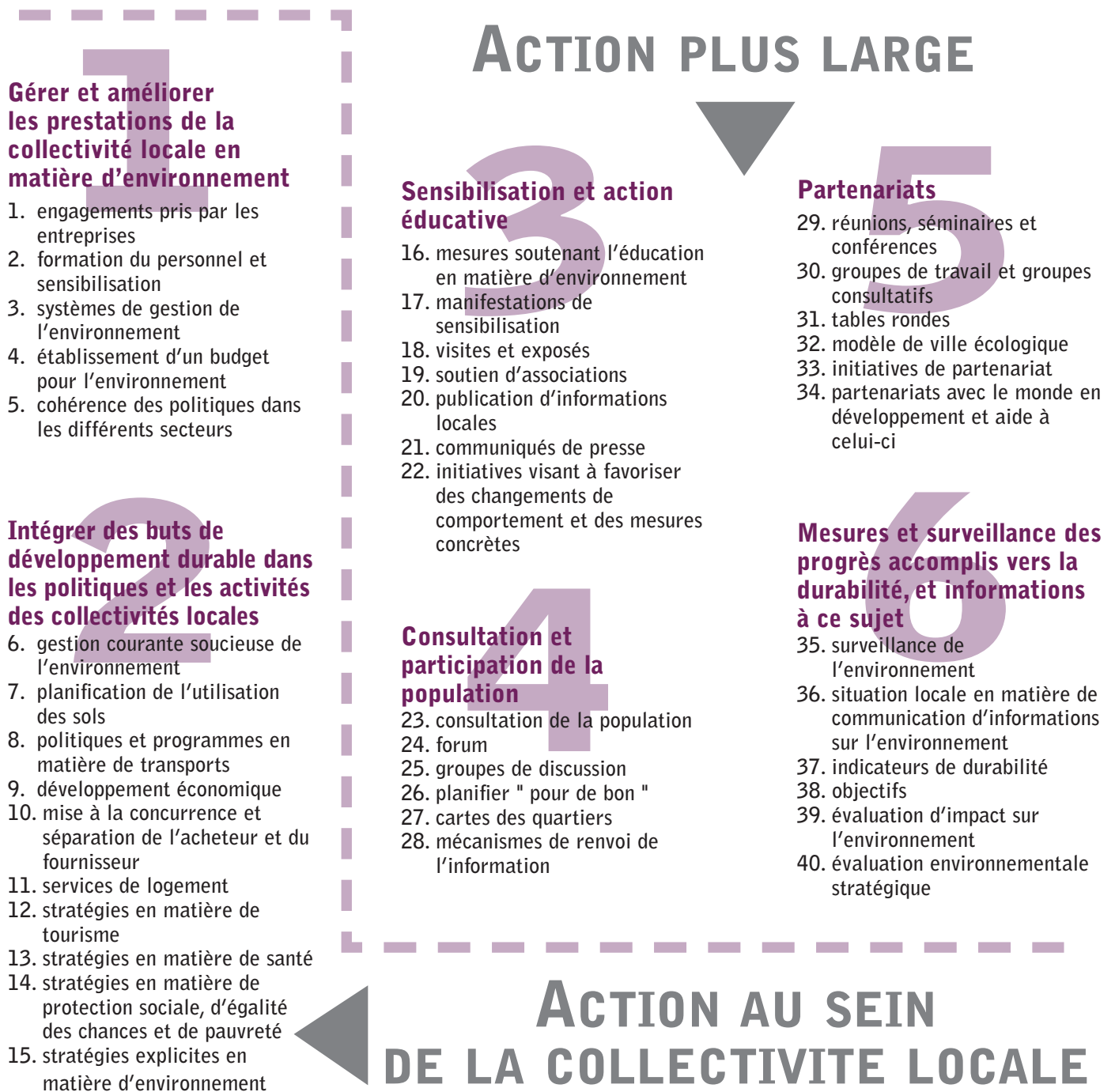
La description du processus relatif à l'Agenda 21 local conçue par le Conseil de gestion des collectivités locales du Royaume-Uni présente également des thèmes semblables.

En particulier, un programme local d'Agenda 21 est défini comme suit (32) :

... un processus continu plutôt qu'un événement unique. Il n'y a pas de liste de tâches à accomplir pour un Agenda 21 local.

Le processus peut comprendre une série d'activités et d'outils parmi lesquels une collectivité locale et ses partenaires peuvent faire un choix en fonction de priorités et de la situation locales.

Figure 9. Phases de la réalisation d'un Agenda 21 local



Source : d'après *Local Agenda 21: principles and process. A step by step guide (32)*

Les deux éléments liés aux collectivités locales sont les suivants :

1. améliorer l'action des collectivités locales dans le domaine de l'environnement ;
2. incorporer des buts relatifs au développement durable dans les politiques et les activités des autorités locales.

Les quatre éléments qui concernent l'ensemble de la population sont les suivants :

1. sensibilisation et action éducative ;
2. consultation et participation de la population ;
3. partenariats ;
4. mesure et surveillance des progrès accomplis vers la durabilité, et communication d'informations à ce sujet.

La figure 9 décrit ces éléments de façon plus complète, en dégagant les aspects de l'élaboration de stratégies environnementales, économiques, de santé et sociales qui doivent être intégrés dans le processus de planification pour le développement durable. Il faut également mener des activités intersectorielles, en contact étroit avec la population (sensibilisation, consultation et partenariats) et se préoccuper de la surveillance et de l'évaluation.

La figure 10 présente les stratégies de santé dans le cadre de l'élaboration de politiques locales ; ces stratégies constituent également un élément de la mise en harmonie des politiques menées dans les différents secteurs. Les évaluations d'impact sur la santé et les profils de santé locaux doivent faire partie de l'évaluation prévue lorsqu'on envisage de prendre des mesures concrètes pour favoriser le développement durable.

Le plan d'action de Lisbonne (27) indique ce qui suit : " Nous élaborerons systématiquement un plan d'action pour passer de l'analyse à la pratique " et " Nous intégrerons le développement de l'environnement au développement social et économique pour améliorer la santé publique et la qualité de vie de nos citoyens ".

Le Plan d'Action de Lisbonne mentionne aussi clairement les valeurs essentielles sur lesquelles repose le processus de planification de programmes locaux Agenda 21 :

1. l'autorité locale doit être le principal moteur et insuffler le dynamisme nécessaire, mais ne peut faire preuve d'une attitude souveraine ;
2. le processus doit obtenir la participation de toutes les parties prenantes : autorité locale, hommes et femmes politiques, élus et ensemble des services et des niveaux de responsabilité ;

Les acteurs des programmes locaux Agenda 21 sont les services d'urbanisme, les services d'hygiène du milieu, les collectivités locales, les autorités de santé locales, les établissements d'enseignement, les associations, les organisations de locataires, les groupes d'action pour l'environnement et les associations s'intéressant aux transports.

3. une consultation et un partenariat avec les divers secteurs de la communauté est nécessaire pour que le plan d'action ait la force nécessaire pour assurer son succès ;
4. la localité ne doit pas exporter ses problèmes ;
5. la planification doit être systématique et participative dans sa démarche allant de l'analyse à la pratique ;
6. la planification doit faire l'objet d'une coordination dans les secteurs environnemental, social et économique, afin d'améliorer la santé et la qualité de vie de tous les citoyens ;
7. la planification doit utiliser des méthodes et des outils très divers pour la gestion environnementale, économique et sociale de la santé.

La place de la santé dans l'Agenda 21 local

Pour bien planifier des initiatives locales Agenda 21, il faut adhérer à la démarche du partenariat et du travail intersectoriel. Il faut faire participer activement la population, les organismes et les associations à la création d'un Agenda 21 local. La santé est une dimension essentielle de l'Agenda 21 et occupe une place importante au niveau local et dans les organismes et associations. L'inclusion d'activités relatives à la santé et la prise en compte des impacts sur la santé et des résultats du développement font partie de l'Agenda 21 et assurent une participation de l'ensemble de la population à l'élaboration des Agendas 21 locaux.

Caractéristiques générales d'un document décrivant un Agenda 21 local

Un tel document doit :

1. être succinct, clair et accessible ;
2. indiquer les principales questions et buts en matière de durabilité pour les zones concernées ;
3. énoncer des objectifs clairs tant pour l'état de l'environnement que pour la qualité de la vie dans la zone concernée ;
4. indiquer quels organismes ou quels secteurs prendront quelles mesures (et dans quel délai) pour progresser vers ces objectifs – et les moyens par lesquels les réalisations et les résultats seront évalués ;
5. décrire un processus d'examen de l'ensemble du programme.

Source : d'après *Local Agenda 21: principles and process. A step by step guide (32)*

Les Agendas 21 locaux sont des cadres généraux pour le changement. La prise de mesures précises dans un domaine donné d'un Agenda 21 local nécessite l'élaboration de plans spécifiques. L'Agenda 21 prévoit l'élaboration de plans santé municipaux et de profils de santé connexes. Ces plans doivent porter sur les problèmes de santé et soutenir des objectifs d'Agenda 21.

Lorsque les autorités locales examinent les aspects santé des activités relevant de l'Agenda 21, elles peuvent bénéficier de l'expérience de villes et de programmes travaillant dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous. Un grand nombre de ces villes ont acquis une expérience de

l'établissement de profils santé locaux au niveau de la ville et du quartier. Elles ont également une expérience de l'organisation et de la mise en œuvre de plans santé municipaux et de la conception de processus en vue d'une participation de la population et d'une action intersectorielle, qui sont des facteurs essentiels dans le cadre des activités locales relevant de l'Agenda 21.

Les activités menées par les projets Villes-Santé constituent d'excellents modèles pour la réalisation du volet santé de l'Agenda 21 local. Le chapitre suivant décrit les processus, le contexte et les étapes conçus dans le cadre de projets Villes-Santé pour exécuter des plans santé municipaux.



● Le plan santé municipal

Le présent chapitre décrit l'élaboration de plans santé municipaux visant à atteindre systématiquement certains objectifs santé dans le cadre d'un Agenda 21 local. Il repose sur l'expérience acquise dans le cadre de projets Villes-Santé. L'élaboration d'un plan santé municipal est un processus important pour une ville, étant donné qu'un tel plan :

1. fait figurer les problèmes de santé et de qualité de la vie en bonne place parmi les préoccupations des décideurs des collectivités locales, des autorités de santé et d'autres organisations ;
2. établit un lien entre l'amélioration de la santé et les questions d'environnement ;
3. rationalise l'utilisation de ressources peu abondantes, notamment le temps et l'énergie des individus ;

4. met en place une base pour la surveillance des progrès accomplis grâce à des initiatives et pour l'évaluation des succès obtenus ;
5. crée un fondement pour les prévisions budgétaires relatives à la mise en place de services et de programmes appropriés dans le domaine de la santé ;
6. démontre la volonté des organismes municipaux d'associer davantage la population aux décisions locales ;
7. peut améliorer le vécu quotidien dans les villes et les quartiers.

La réalisation d'une planification efficace est complexe et difficile. Essentiellement, il s'agit de créer un climat caractérisé par une volonté politique de planifier pour la santé, ce qui signifie que les stratégies doivent tenir compte du contexte politique propre

aux villes et aux organisations municipales.

Cela peut prendre beaucoup de temps et être difficile, étant donné qu'il n'existe pas de solution technique rapide. Cela peut également obliger les administrations et les collectivités locales à utiliser de nouvelles méthodes de travail. Certaines difficultés peuvent se retrouver dans tous les pays, tandis que d'autres sont propres à chaque pays.

Ce chapitre présente :

1. la nature et la valeur des plans santé ;
2. les difficultés probables ;
3. les processus et les structures de soutien qui sont à la base d'un plan santé municipal et le rendent donc durable ;
4. les mesures à prendre pour élaborer un plan santé municipal.

Qu'est-ce qu'un plan santé municipal ?

Le programme Villes-Santé de l'OMS (19) définit un plan santé municipal de la façon suivante :

... une activité essentielle pour la mise en œuvre de l'Agenda 21 [qui doit] être conçue dans le contexte de l'ensemble du développement urbain durable.

Le produit final est un document à l'élaboration duquel participent les organismes municipaux et les associations

de la ville ; il fait l'objet d'une large consultation. Un plan santé municipal :

1. décrit l'état de santé de la population de la ville dans toute sa diversité ;
2. indique les facteurs essentiels qui favorisent la santé de la population ou lui nuisent ;
3. mentionne les aspects de la santé qui doivent être améliorés et les buts à atteindre ;
4. fixe les priorités essentielles ;
5. présente un cadre global pour le changement ;
6. explique les activités prévues pour une période convenue ;
7. donne des exemples de bonnes pratiques ;
8. présente un processus pour le suivi et l'évaluation des réalisations.

Avantages

Les villes qui ont élaboré des plans santé ont constaté que ceux-ci ont facilité la prise de conscience de la notion d'un environnement urbain durable et favorable à la santé, et la définition des stratégies nécessaires pour traduire dans les faits cette conception nouvelle.. Cela a constitué l'un des éléments qui ont permis de faire sortir la planification de la santé des seuls territoires des services de santé et d'hygiène de l'environnement, dans lesquels elle était traditionnellement cantonnée.

Un plan santé municipal est un outil essentiel de développement de la santé. Il s'agit également d'un aspect important du développement général d'une ville...

[Les plans santé municipaux] établissent un lien entre la stratégie de la Santé pour tous et une analyse locale des priorités de santé, et énoncent les engagements que les autorités locales et d'autres organismes prennent en matière d'amélioration de la santé au niveau local. Les plans santé municipaux sont également à l'origine d'activités essentielles pour la mise en œuvre d'Agendas 21 locaux et doivent être élaborés dans le contexte de l'ensemble du développement urbain durable.

Source : d'après City health planning : the framework (19)

Les plans santé municipaux ne sont pas des plans de soins de santé, mais font partie d'un processus visant à "mettre au point une conception commune et partenariale de ce que peut être une localité durable et favorable à la santé, puis à mettre en place des moyens concrets pour transformer cette conception en réalité".

Source : Municipal public health planning : a resource guide (33)

Les villes reconnaissent aussi que le processus d'élaboration d'un plan santé municipal :

1. permet à l'administration locale d'examiner son rôle en ce qui concerne la santé de la population ;
2. facilite la communication entre les organisations et favorise le partenariat ;
3. fait mieux connaître les éléments qui influent sur la santé et les incidences pour la politique à mener et la pratique ;
4. permet de lutter contre les inégalités en matière de santé ;
5. améliore les compétences professionnelles et l'aptitude à la planification ;
6. permet de resserrer les liens avec les populations et les utilisateurs des services ;
7. crée les conditions nécessaires pour la fourniture de services plus souples et répondant mieux aux besoins.

Obstacles

Lorsque l'on met en place les changements nécessaires pour créer et mettre en œuvre un plan d'action santé municipal efficace, toute une série de difficultés et de menaces surgissent ; en particulier, il est des personnes et organisations qui sont attachées à certaines façons de travailler qui leur conviennent, même si elles savent qu'elles posent des problèmes. Il peut en résulter

une résistance au changement. Par ailleurs, des difficultés surgissent si le modèle social de santé et les liens entre la santé et l'Agenda 21 local ne sont pas acceptés par tous et, de ce fait, se heurtent à de l'indifférence. Une autre difficulté peut se produire lorsque, sous l'influence de cultures politiques ou organisationnelles, on attend des résultats immédiats, ce qui se traduit par une répugnance à accepter le délai nécessaire pour l'élaboration d'un plan complet, sa mise en œuvre et la détermination de résultats durables à obtenir.

Enfin, le pouvoir est un aspect dont il faut tenir compte. Il suscite des controverses, mais il est indiscutablement un élément de la vie de la ville et de toute organisation, et il est nécessaire de déterminer qui le détient, d'où il émane et comment il est possible de l'utiliser pour planifier le changement. Le pouvoir est l'aptitude d'une personne ou d'un groupe à influencer d'autres personnes ou groupes et il peut être utilisé de façon positive ou négative. En conséquence, il faut être conscient des utilisations positives et négatives du pouvoir et des effets qui peuvent en résulter (voir encadré).

Relation entre les plans santé municipaux et les autres plans de la ville

Certaines villes n'ont pas de plan de développement global qui porte sur tous les aspects de la vie dans la cité, en raison de la

complexité des fonctions et des services, des besoins de la population auxquels il faut répondre et de problèmes politiques. Dans ce cas, les plans santé municipaux et d'autres aspects de l'élaboration des Agendas 21 locaux doivent tenir compte des autres plans et y être intégrés, en contenant des informations utiles pour les activités des différentes organisations. En outre, chaque groupe, qu'il repose sur une localisation géographique ou sur son intérêt pour une question particulière, doit élaborer ses propres plans, idéalement en coopération avec ceux qui établissent le plan santé municipal.

Les villes qui ont un plan d'ensemble détaillé portant sur tous les secteurs devraient accorder une grande importance à la santé dans les politiques et les objectifs sociaux qui sont intégrés dans ce plan. Une description détaillée d'autres actions visant à améliorer la santé et l'environnement devrait figurer dans des documents distincts mais connexes, comparables à un plan santé municipal.

Fondements de l'élaboration d'un plan santé municipal

Pour produire et mettre en œuvre un plan santé municipal qui porte ses fruits, deux conditions importantes doivent être réunies :

1. une coopération intersectorielle ;
2. une participation de la population et un développement des ressources locales.

Sources du pouvoir dans les organisations

Position ou autorité

Il s'agit du pouvoir qu'une personne ou un groupe détient en vertu de son rôle ou de sa position dans l'organisation. Sa position lui donne le pouvoir d'accomplir certaines choses, d'organiser le travail, d'affecter les ressources et de donner des ordres aux autres. Ce type de pouvoir est régi par des règles, déterminé par les ressources de l'organisation et limité par le nom du poste.

Maîtrise de ressources

La maîtrise de ressources, tels que des fonds, du personnel, du matériel ou des technologies, peut constituer une importante source de pouvoir, en particulier si ces ressources sont rares. On peut disposer d'un certain pouvoir si l'on est la seule personne du service qui ait accès aux bases de données ou si l'on est le supérieur hiérarchique de travailleurs et si l'on décide de la façon d'utiliser leurs services.

Réseaux sociaux

L'aptitude à obtenir des informations et des ressources confère un certain pouvoir. On peut acquérir cette aptitude grâce à des réseaux ou à l'exploitation de l'influence et du pouvoir que d'autres détiennent. Le pouvoir social dépend des différentes relations que l'on a dans une organisation et à l'extérieur de celle-ci (ce qui compte, ce n'est pas ce que vous savez, mais qui vous connaissez).

Pouvoir résultant des compétences

On dispose d'un tel pouvoir si on a la réputation de donner de bons conseils ou d'être un bon gestionnaire. Ce type de pouvoir est particulièrement apprécié dans les groupes professionnels, mais il existe également chez les travailleurs dont l'expérience, les compétences ou les connaissances relatives au " système " leur donnent de l'influence. Un employé administratif qui connaît les procédures d'octroi de subventions de l'Union européenne sur le bout des doigts dispose d'un pouvoir considérable en vertu de ses compétences, de même que la personne qui réussit à faire fonctionner la photocopieuse récalcitrante.

Maîtrise de l'information

L'information et sa circulation sont essentielles pour les organisations. Elles déterminent notre connaissance du monde dans lequel nous travaillons et les questions dont nous nous occupons. Les personnes qui peuvent ouvrir ou fermer les voies de communication, analyser, filtrer, résumer ou consulter des informations exactes et fiables détiennent un pouvoir considérable sur la nature des connaissances dans leur organisation.

Pouvoir personnel

Le pouvoir personnel provient de qualités telles que le charme, l'intelligence, la confiance en soi, l'estime de soi, etc. On dit souvent que les personnes qui possèdent ces qualités ont du charisme, même si l'on ne sait pas exactement dans quelle mesure cet attribut est inné ou acquis. Par exemple, la plus ou moins grande confiance en soi est également liée au sexe, à la race, à une invalidité éventuelle, à la classe sociale et à d'autres facteurs lorsque des obstacles sociaux et une oppression peuvent influencer sur les possibilités d'acquérir de l'estime de soi.

Source : adapté de *Action for Women's health: making changes through organization* (34)

Collaboration intersectorielle

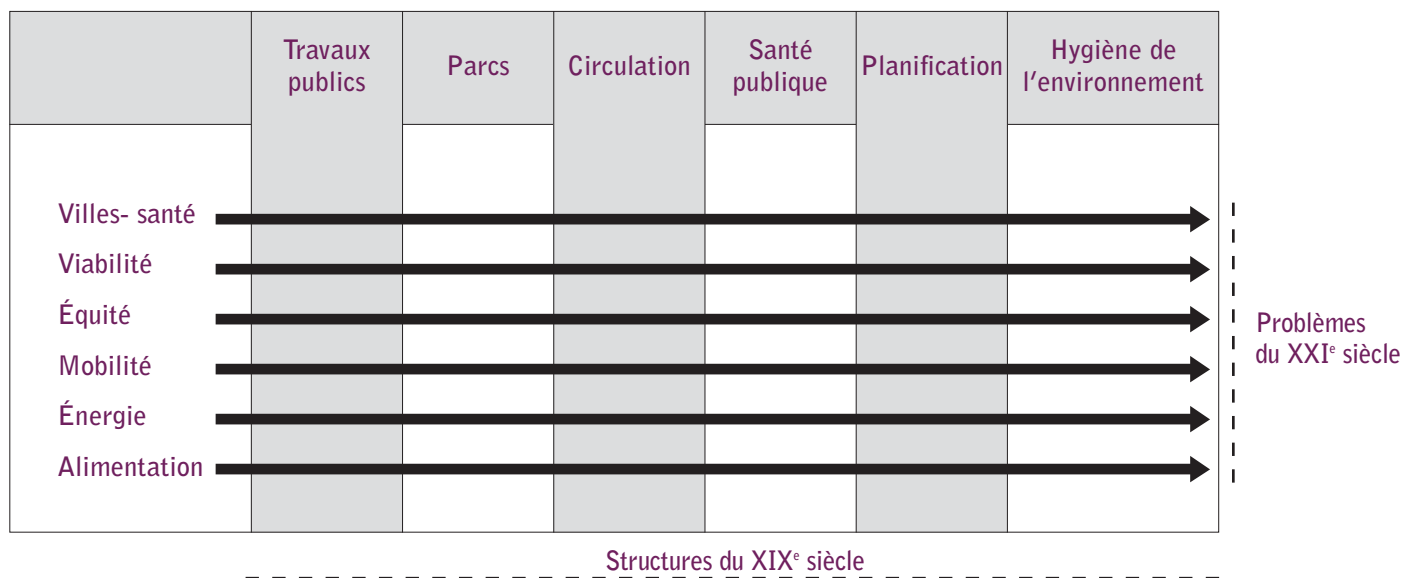
Les plans santé municipaux comportent de nombreuses parties prenantes, notamment les personnalités politiques, les organisations municipales, les associations et la population. Elles s'intéressent à divers déterminants de la santé et à leur propre champ de compétences. La mise en place d'un plan santé dans une ville exige de nouvelles conceptions de la santé urbaine, qui reposent sur un modèle social de la santé et prévoient la participation de toutes les parties prenantes. La collaboration est souvent limitée et, même lorsque les organismes municipaux ont commencé à mettre en place des mécanismes de

partenariat, la population locale ne s'en rend pas compte.

Au cours d'une étude sur les opinions de la population en matière de santé en Ontario (Canada), il est apparu que de nombreuses personnes se représentaient comme suit les structures publiques qui leur fournissaient des services (35) :

... Dans bien des cas, l'État est devenu un ensemble de structures verticales cloisonnées, qui ont des missions étroites et des raisons de se décharger des problèmes sur d'autres. Il en résulte une multiplicité de programmes locaux, dont les responsables collaborent rarement.

Figure 10. Problèmes du XXI^e siècle et structures du XIX^e siècle



Source : d'après Hancock (31)

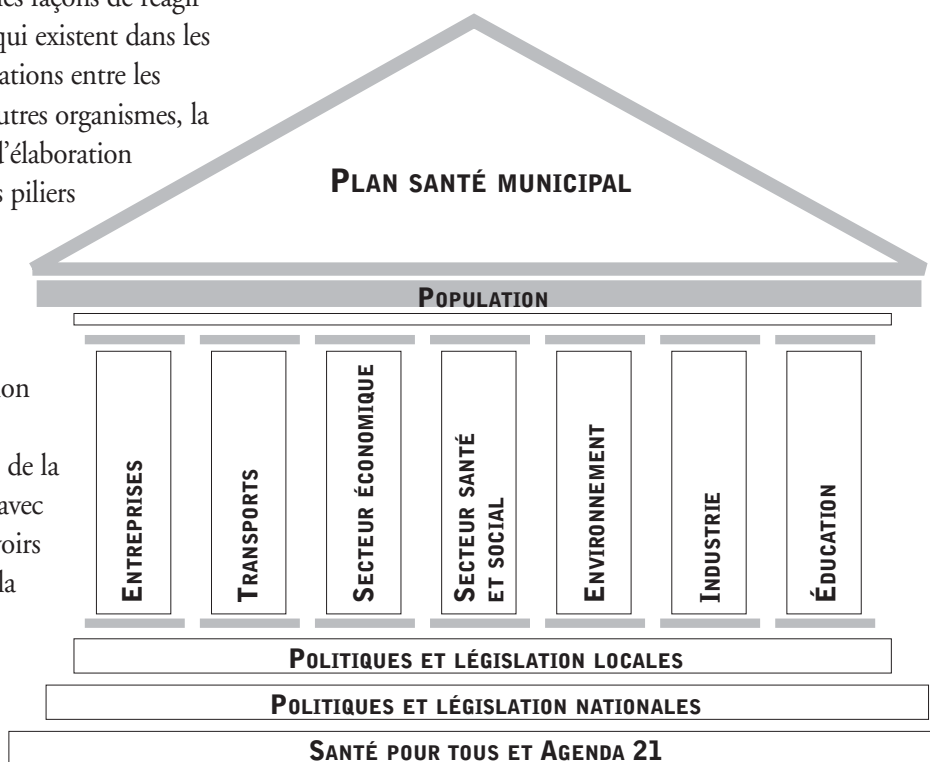
Selon Hancock (31), il s'agit d'un mode de gouvernement caractéristique du XIX^e siècle : les premiers services municipaux étaient le produit du développement de disciplines distinctes. Il fait observer que la plupart des problèmes qui se posent au XXI^e siècle transcendent ces cloisonnements (figure 10). Pour faire face à ces problèmes, il faut disposer de structures nouvelles, qui soient démocratiques et mettent en jeu une collaboration.

Lorsque le programme Villes-Santé de l'OMS étudie les nouvelles façons de réagir aux problèmes de santé qui existent dans les villes, il représente les relations entre les services municipaux, d'autres organismes, la population et le niveau d'élaboration des politiques comme les piliers de la santé (16) (figure 11). Cette métaphore met en évidence la nécessité d'instaurer ou d'améliorer la collaboration dans les villes, tant horizontalement, au sein de la ville, que verticalement, avec d'autres niveaux de pouvoirs publics et l'ensemble de la collectivité.

Une collaboration intersectorielle se développe souvent de

façon naturelle entre ceux qui travaillent sur le terrain dans les localités, où les avantages de la collaboration pour ces personnes et l'ensemble de la population sont évidents. En revanche, la collaboration entre services dépendant d'une structure telle qu'un conseil municipal ou entre structures peut poser des problèmes.

Figure 11. Les piliers de la santé



Source : d'après *City health planning: the framework* (19)

Les facteurs qui déterminent le degré de collaboration au sein des structures municipales sont notamment les suivants :

Structures de gestion et d'organisation

Le cloisonnement entre les services et certaines réactions de défense entrave souvent l'adoption de nouveaux modes de travail. Les chances d'aboutir sont meilleures lorsque les systèmes de gestion sont souples et dirigés de façon globale.

Soutien politique

La cohérence de l'action exige une direction politique qui puisse compter sur le soutien et l'organisation des parties prenantes

Finance et ressources

L'instauration d'une coordination ou l'adoption de modalités nouvelles de travail se heurteront presque certainement à un manque de ressources. La concurrence avec les activités propres à chaque service fait souvent obstacle au financement d'activités en collaboration.

Concurrence stratégique

Dans la plupart des administrations locales, différentes stratégies sont en place ou en cours d'élaboration (elles portent par exemple sur la lutte contre la pauvreté, le développement des ressources locales, le développement économique, le logement et l'égalité des chances).

Facteurs externes

Paradoxalement, certaines des initiatives spéciales de financement menées aux niveaux européen, national ou municipal obligent parfois des services et des organismes qui généralement se font concurrence à collaborer et à établir des partenariats.

Source : d'après une communication personnelle émanant du Healthy and Sustainable Preston Steering Group

Organismes favorisant la collaboration intersectorielle

Un comité directeur intersectoriel favorise considérablement les activités intersectorielles au sein d'organisations menant à bien des projets Villes-Santé. L'existence d'un tel comité indique très clairement aux organismes de la ville et aux associations locales que le travail en coopération est pris au sérieux.

La volonté de recourir à des démarches intersectorielles est également soutenue par la mise en place de projets pilotes exécutés dans le cadre d'une coopération en faveur de certaines communautés et organisations. À titre d'exemples, on peut citer le financement de projets locaux à Belfast et à Horsens, et l'élaboration d'une politique portant sur la santé des femmes dans l'ensemble de la ville de Glasgow.

Santé et viabilité à Preston

Le comité de pilotage pour la santé et la viabilité à Preston a mené ses activités conformément à un plan pour une société durable, en examinant les moyens lui permettant d'adopter la vue d'ensemble stratégique nécessaire pour atteindre ses buts. À cette fin, il a été réalisé par une modélisation de la façon dont la municipalité avait été restructurée. Cette restructuration avait rassemblé des politiques essentielles au sein de départements uniques comportant un noyau de gestion stratégique,

ce qui avait créé une synergie au sein d'un système souple et dirigé de façon globale.

Le comité de pilotage pour une ville de Preston saine et durable s'est rendu compte que, pour mener de manière fructueuse des activités en externes réseau et assurer une véritable collaboration intersectorielle, il fallait adopter une structure similaire (figure 12), pour réduire autant que possible le cloisonnement entre organismes, en particulier au niveau de la gestion stratégique.

Un grand nombre des obstacles à la collaboration et à une démarche d'ensemble favorables à la durabilité résultent des frontières rigides que les organismes et les services construisent autour d'eux-mêmes. Le comité de pilotage a proposé deux démarches complémentaires pour les éliminer :

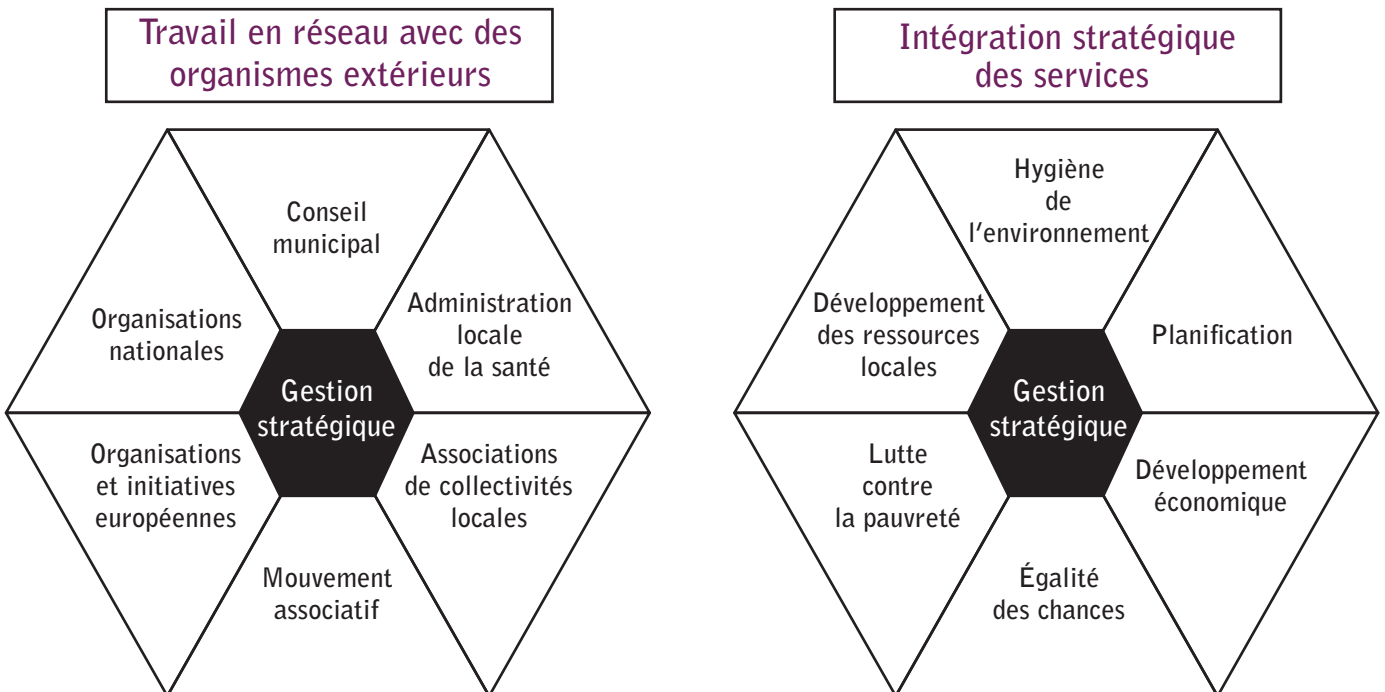
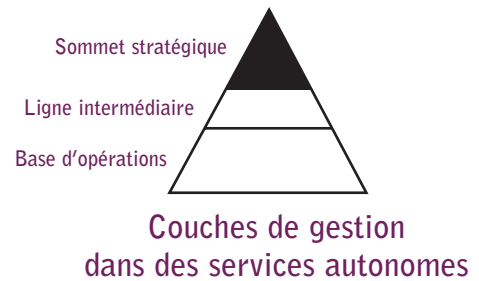
Il faut mettre au point des actions positives précises et donner des exemples de bonnes pratiques qui seront d'autant plus efficaces que la participation de la population sera favorisée et que plusieurs domaines seront liés entre eux. Les exemples susmentionnés pourraient concerner :

1. le combustible et l'efficacité énergétique ;
2. l'accès aux espaces verts ;
3. un chauffage économique ;
4. une réduction de la pollution atmosphérique et une prévention des maladies respiratoires ;
5. une prévention de la criminalité et des mesures pour la sécurité de la population.

Selon le comité de pilotage, les actions les plus efficaces sont les suivantes :

1. la prise de mesures qui permettent à la population de participer aux décisions et d'avoir son mot à dire ;
2. la mise en place de structures pour assurer l'exécution des programmes au niveau local ;
3. le lancement de projets pilotes susceptibles d'être exécutés rapidement et d'aboutir à bref délai ;
4. la réalisation d'activités de développement de faible ampleur, progressives mais stratégiques ;

Figure 12. Modèle de collaboration intersectorielle



Source : d'après une communication personnelle émanant du Healthy and Sustainable Preston Steering Group

Les parties prenantes au processus de planification diffèrent d'une ville et d'un pays à l'autre, mais elles peuvent dans les deux cas être les suivantes : personnalités politiques, responsables de l'élaboration des politiques et planificateurs ; prestataires de services du secteur public ; secteurs de la santé, de l'enseignement, de l'environnement, du transport, du logement, de la protection sociale, etc., associations, groupes d'intérêts et organisations locales. Il peut être nécessaire d'organiser des réunions de groupes pour examiner les éléments précis du plan au fur et à mesure de son élaboration.

1. conception de différentes stratégies de façon à ce qu'elles répondent aux préoccupations de divers groupes ;
2. exemples pratiques de démarches globales soutenues par les personnalités politiques et jouissant d'une grande popularité.

La deuxième démarche permet à la ville ou aux organismes locaux d'œuvrer ensemble pour atteindre des buts communs et de comprendre de la même manière la nécessité d'élaborer un ensemble cohérent de politiques. Le comité de pilotage de Preston fait observer qu'en de nombreux

endroits, la durabilité n'est considérée que comme un concept environnemental, et qu'il faut intensifier les efforts pour faire en sorte que les accords découlant de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement influent sur l'évolution de la situation dans tous les domaines, y compris l'environnement, l'économie, le développement des ressources locales et la santé. Pour mener une action globale, il est essentiel que les politiques et les décideurs aient une conception claire de l'avenir, qui englobe l'idée d'une société durable.

Six étapes fondamentales pour la création de partenariats pour la planification

Étape 1

L'organisation qui prend l'initiative de la planification (la municipalité, par exemple) doit déterminer l'ampleur de l'opération de planification et en définir des buts et des objectifs, en consultation avec les parties prenantes. Cette opération doit comprendre des campagnes éducatives préliminaires destinées à obtenir l'intérêt et le soutien de la population.

Étape 2

Créer ou désigner un groupe de parties prenantes chargé de coordonner et de guider l'ensemble des activités de planification et d'intégrer les résultats des discussions, des recherches et de la planification dans un ou plusieurs plans d'action.

Étape 3

Créer des groupes de travail sous la surveillance du groupe de

parties prenantes. Ces groupes de travail sont chargés de chacune des tâches de planification. Ces groupes peuvent aussi être chargés d'examiner des questions telles que le logement, la pauvreté, etc.

Étape 4

Définir des partenaires appropriés pour participer aux activités du groupe de parties prenantes et de ses groupes de travail.

Étape 5

Définir le mandat de chaque groupe.

Étape 6

Mettre au point une philosophie commune qui guide l'ensemble du processus de planification.

Source : d'après The Local Agenda 21 planning guide: an introduction to sustainable development planning (24)

La participation de différents groupes à l'élaboration d'un plan santé municipal

La participation de groupes très divers est indispensable au succès des activités visant à élaborer un plan santé municipal en recourant à la coopération. Il faut associer des représentants de groupes urbains à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du plan santé. La participation des groupes à la planification doit être structurée clairement. Elle doit faire partie intégrante de la planification et non être plaquée sur celle-ci.

Participation des groupes de la population

La participation des groupes peut être plus ou moins intense :

1. les groupes se bornent à ratifier des décisions déjà prises ;
2. ils peuvent, dans certaines limites, formuler des observations sur des plans déjà établis ;
3. ils peuvent mettre en cause et modifier des idées avancées ;
4. les groupes sont consultés de façon approfondie sans que rien ne soit décidé d'avance.

La question du degré de participation fait l'objet du tableau 4.

Développement des ressources locales

Les initiatives relevant du mouvement Villes-Santé et de l'Agenda 21 local ne peuvent se borner à donner aux citoyens un rôle purement


symbolique, mais doivent au contraire instaurer une consultation et une participation véritables de la population.

Pour que la participation soit effective, il faut changer les organisations et soutenir les groupes concernés. L'action de développement des ressources locales est un important outil dans cette perspective, en particulier dans le cas des groupes défavorisés, qui participent le moins aux processus de décision dans la ville.

On a défini le développement des ressources locales comme un ensemble de processus (36) :

... dirigés en particulier vers ceux qui se sentent exclus de la société. Il a recours à des méthodes qui peuvent élargir la perspective adoptée et l'aptitude au changement social, ainsi qu'à des démarches qui prennent notamment la forme d'actions visant à favoriser la consultation et l'établissement de relations avec des groupes locaux. Cette méthode de travail encourage des personnes qui vivent dans le même quartier ou ont d'autres caractéristiques communes, à s'attaquer elles-mêmes aux problèmes qu'elles rencontrent et jugent importants ; à cet effet, il faut les mettre en mesure de changer les choses en développant leurs aptitudes, leurs connaissances et leur expérience, en travaillant en partenariat avec d'autres groupes et des organismes publics. La façon de réaliser ces changements est cruciale ; la tâche et le processus d'accomplissement de celle-ci ont une importance égale.

Tableau 4. Degré de participation, action du participant et exemples

Maîtrise	Le participant	Exemples
Élevée 	Maîtrise la situation	L'organisme demande à la population de désigner le problème et prend toutes les décisions essentielles sur les buts et les moyens. Il est disposé à aider la population, à chaque étape, à atteindre ces buts.
	Possède des compétences déléguées	L'organisme définit et présente un problème à la population. Il fixe des limites et demande à la population de prendre une série de décisions qui peuvent être incorporées dans un plan, qu'il acceptera.
	Participe à la planification	L'organisme présente un projet de plan susceptible d'être changé par ceux qui sont concernés par lui. Il prévoit d'apporter au plan des modifications mineures dans un premier temps et, éventuellement, d'aller plus loin par la suite.
	Donne des conseils	L'organisme présente un plan et demande à la population de poser des questions. Il n'est disposé à modifier le plan que si c'est absolument nécessaire.
	Est consulté	L'organisme présente un plan. Il s'efforce d'obtenir l'appui de la population pour faciliter son acceptation ou obtenir un acquiescement suffisant pour qu'on puisse s'attendre à ce que l'administration s'y conforme.
	Reçoit des informations	L'organisme établit un plan et le rend public. La population est convoquée à des fins d'information. On s'attend à ce qu'elle accepte le plan.
	Faible	Ne joue aucun rôle

Source : Brager & Sprecht, cité dans *Community development and health : the way forward in Sheffield (37)*

Le développement des ressources locales peut s'effectuer de différentes façons. L'une des méthodes utilisées est axée sur la localité et consiste à renforcer les réseaux locaux, à lancer des activités d'entraide et à inciter certains résidents à jouer un rôle de direction. La facilitation, le soutien et l'autonomisation sont des moyens d'action importants. Dans cette optique, l'administration locale et les autorités de santé locales, par exemple, doivent agir de façon positive et efficace pour que des ressources soient disponibles en vue d'activités locales et la création de nouveaux services locaux. Cependant, cette conception laisse intacte le fonctionnement de l'organisation.

Les agents de développement des ressources locales apprécient souvent davantage cette conception que les populations qu'ils servent.

Selon une autre conception, il faut faire campagne et lutter pour le changement social en s'attaquant aux politiques et aux organisations qui créent ou soutiennent les inégalités socioéconomiques.

Il existe donc différentes conceptions du développement des ressources locales, chacune ayant ses points forts et ses faiblesses.

Développement des ressources locales et santé

Il existe de nombreuses méthodes pour faire en sorte que la population soit en bonne santé et une grande partie des activités menées sont ancrées dans le tissu local. Cependant, seul un petit nombre de problèmes de santé peuvent être totalement résolus à partir du tissu social.

Le développement des ressources locales dans le contexte de la santé a été considérablement stimulé ces dernières années par la Santé pour tous, étant donné que celle-ci met l'accent sur la participation et l'autonomisation de la population. À mesure que les idées de développement des ressources locales et de santé au niveau local accomplissaient des progrès, le mouvement associatif et les services sociaux les ont progressivement adoptées dans le cadre des activités d'éducation pour la santé, de promotion de la santé, et des soins infirmiers de la ville.

Les projets Villes-Santé sont bien placés pour définir une conception stratégique des activités visant à influencer les facteurs généraux qui ont des effets sur le tissu local.

Principes pour l'action sociale

Les principes du Centre pour l'action sociale en résument bien un ensemble de valeurs qui devrait constituer la base des activités de développement local :

1. Chaque personne possède des compétences et une compréhension auxquelles elle peut faire appel pour résoudre les problèmes qu'elle rencontre. Les professionnels ne devraient pas désigner les usagers sous des appellations désobligeantes.
2. Toute personne a des droits, dont le droit d'être entendue, de définir ses problèmes et d'agir pour son propre compte.
3. Les personnes qui agissent ensemble peuvent avoir un pouvoir considérable. Les personnes qui n'ont pas de pouvoir ni d'influence peuvent en obtenir en coopérant dans le cadre de groupes. La pratique doit tenir compte de cette réalité.
4. Les personnes en difficulté doivent souvent faire face à des problèmes complexes ancrés dans la politique sociale, l'environnement et l'économie. Toute action menée à cet égard doit en tenir compte.
5. Il faut lutter contre les inégalités et la discrimination liées à la race, au sexe, à l'âge, à la classe sociale, à un handicap ou à tout autre type de différenciation sociale.

Source : d'après *Principles and values* (38)

À cet égard, il faut souvent :

1. évaluer les besoins d'une population en matière de santé ;
2. concevoir des mesures qui tiennent compte de tous les niveaux d'action nécessaires pour créer une Ville-Santé ;
3. élaborer une politique ;
4. favoriser un travail en collaboration entre la population et les organismes ;
5. favoriser une organisation qui facilite la participation de la population ;
6. influencer les décisions d'achat des autorités de santé et locales ;
7. influencer les décisions des autorités locales ;
8. faire campagne en faveur de solutions nationales à des problèmes qui concernent la santé.

Les initiatives locales d'Agenda 21 doivent par conséquent s'associer avec des projets Villes-Santé et des initiatives relevant de la Santé pour tous dans leurs villes, de façon à pouvoir utiliser au mieux les compétences techniques.

Les populations et la planification de la santé dans la ville

Les représentants de la population d'une ville doivent participer au processus d'élaboration, de production et d'évaluation du plan santé municipal. Ceci est plus facile à réaliser si des activités de développement des ressources locales menées en coopération ont déjà lieu. Les projets Villes-Santé qui ont entrepris l'élaboration de plans santé urbains ont passé plusieurs années à mettre en place des activités en partenariat au sein du tissu local. Cela signifie que les demandes de participation de la population au processus d'élaboration d'un plan santé pour une ville sont considérées comme le prolongement d'activités menées en commun et non une opération purement symbolique.

En Australie, le réseau national des ressources environnementales des collectivités locales a mis au point un processus utile pour établir un partenariat entre l'administration locale et la population. Appelé CONSULT, ce processus est décrit dans l'encadré qui suit.

Le processus CONSULTT

- C** Clarifier la situation existante en ayant des entretiens avec les intervenants essentiels, en procédant à une enquête simple, en examinant la littérature et en utilisant ces informations pour établir un document destiné à être diffusé.
- O** Lancer une discussion ouverte à tous en diffusant le document précité, en participant à des réunions de quartier, en organisant des ateliers pour certains groupes et en présentant toutes les idées en public.
- N** Négocier des accords sur l'orientation à suivre avec les parties prenantes au niveau local avant de prendre toute décision (on perd toute crédibilité si les citoyens pensent qu'il leur est simplement demandé d'entériner des décisions prises par d'autres).
- S** Synthétiser les contributions des différentes parties en établissant une stratégie commune pour atteindre les buts énoncés dans le document négocié.
- U** Expérimenter la stratégie par une étude de faisabilité ou par un essai en grandeur réelle avant la prise d'une décision sur le processus, que les citoyens ne peuvent ensuite plus influencer.
- L** Tirer les enseignements de la mise en œuvre concrète et informer la population et ceux qui seront chargés d'appliquer la stratégie.
- T** Ancrer la solution de gestion dans la localité et les structures du conseil municipal.
- T** Répéter l'ensemble du processus à certains intervalles, pour que le système continue de s'adapter aux circonstances et reste souple.

Source : Towards local sustainable development: a toolkit of strategies (39)

Étapes de la production d'un plan santé municipal

Si les mécanismes de mise en place des fondements de la coopération intersectorielle et la participation de la population existent dans une ville, la production d'un plan santé passe par une série d'étapes. Il se peut que ce processus ne soit pas linéaire, en raison de la situation et des mentalités, et il peut être

nécessaire de revenir en arrière avant de reprendre le processus. Les plans santé municipaux reposent sur une conception évolutive, qualitative et prospective de la santé dans une ville et ne sont pas de simples itinéraires fléchés, comme le démontrent la problématique et la définition d'un plan santé municipal du programme Villes-Santé de l'OMS (voir encadré).

Programme Villes-Santé de l'OMS : raison d'être et définition d'un plan santé municipal

Problématique

1. Un plan santé municipal est un outil essentiel de développement. Il représente également un aspect important du développement général d'une ville. Un plan santé municipal expose une philosophie de la santé et décrit les mesures que la ville a l'intention de prendre pour la traduire dans les faits.

Définition

2. Le plan santé municipal adapte la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS à la situation locale... Il englobe l'ensemble des activités relatives à la santé, et établit des liens entre la santé et tous les secteurs qui influent sur elle.
3. Le plan doit bénéficier d'un soutien large et clairement exprimé au sein de la ville. Il ne suffit pas que les structures de décision habituelles (conseil municipal et administration) y soient favorables ; il importe également que la population y adhère.
4. Dans la mesure du possible, le plan doit comporter des buts quantifiables. En outre, il doit prévoir des mécanismes d'évaluation et un processus permettant d'incorporer les résultats de l'évaluation dans les processus de planification ultérieurs.
5. L'élaboration du plan santé municipal représente une étape dans un processus et non une fin en soi. Il importe de parler non seulement de planification, mais également de son résultat (le plan définitif), et de comprendre que la planification est un processus dynamique.
6. Le plan santé de la ville doit reposer sur des connaissances à jour sur la situation de santé de la ville, telle qu'elle ressort d'un profil santé de celle-ci.
7. Le plan santé municipal n'est pas une juxtaposition de politiques et d'activités influant sur la santé ou liées à celles-ci. Il est plus que la somme de ses parties. Il permet la mise au point d'une philosophie de la santé, et de politiques et stratégies globales permettant de traduire cette philosophie dans les faits.

Source : d'après *City health planning : the framework* (19)

Les étapes de l'élaboration d'un plan

Un plan santé urbain est bien plus qu'une description ou un inventaire de problèmes, de ressources et de solutions. Il s'agit d'un instrument qui permet de redécouvrir, d'une part, que de nombreuses personnes ont un rôle à jouer dans les mesures susceptibles de rendre les villes plus saines et plus durables et, d'autre part, que la planification doit être un processus dynamique bénéficiant de la participation de nombreux partenaires.

L'élaboration d'un plan santé municipal peut être un processus éducatif pour les organismes officiels et la population. Elle peut établir des liens entre ces organismes et la population, grâce à des projets et à des collaborations de plus grande ampleur découlant du succès de projets et de collaborations plus modestes ; de ce fait, elle montre que des activités de coopération peuvent offrir d'utiles orientations et modèles pour l'élaboration de politiques.

Comme les relations au sein de toute ville sont complexes, l'élaboration d'un plan santé municipal doit faire l'objet de décisions pragmatiques. En fonction des relations qui existent dans la ville, il peut être préférable de procéder à une consultation de tous les habitants au sujet de la santé dans la ville, afin d'être en mesure d'élaborer le plan. Il vaut peut-être mieux élaborer un plan pour la fourniture de services et une démarche participative distincte, et les fusionner ultérieurement (voir les exemples de Glasgow et de Bologne, pages 86 et 88). Quoiqu'il en soit, plusieurs étapes sont essentielles (figure 13).

Une philosophie

Il faut que le plan repose sur une philosophie capable de sensibiliser les personnes concernées et de susciter une adhésion au principe de l'élaboration du plan, à la philosophie qui le sous-tend et aux résultats bénéfiques attendus pour la vie politique, les services et les différents groupes.

Gestion du projet

La structure de gestion du projet est clairement définie, de même que la composition de l'équipe responsable du projet, et les rôles et responsabilités des uns et des autres.

Collecte de données

Des données concernant la santé dans la ville et les facteurs qui la déterminent sont recueillies selon diverses méthodes.

Fixation des priorités

Les données recueillies sont ensuite analysées afin de permettre un accord sur les priorités.

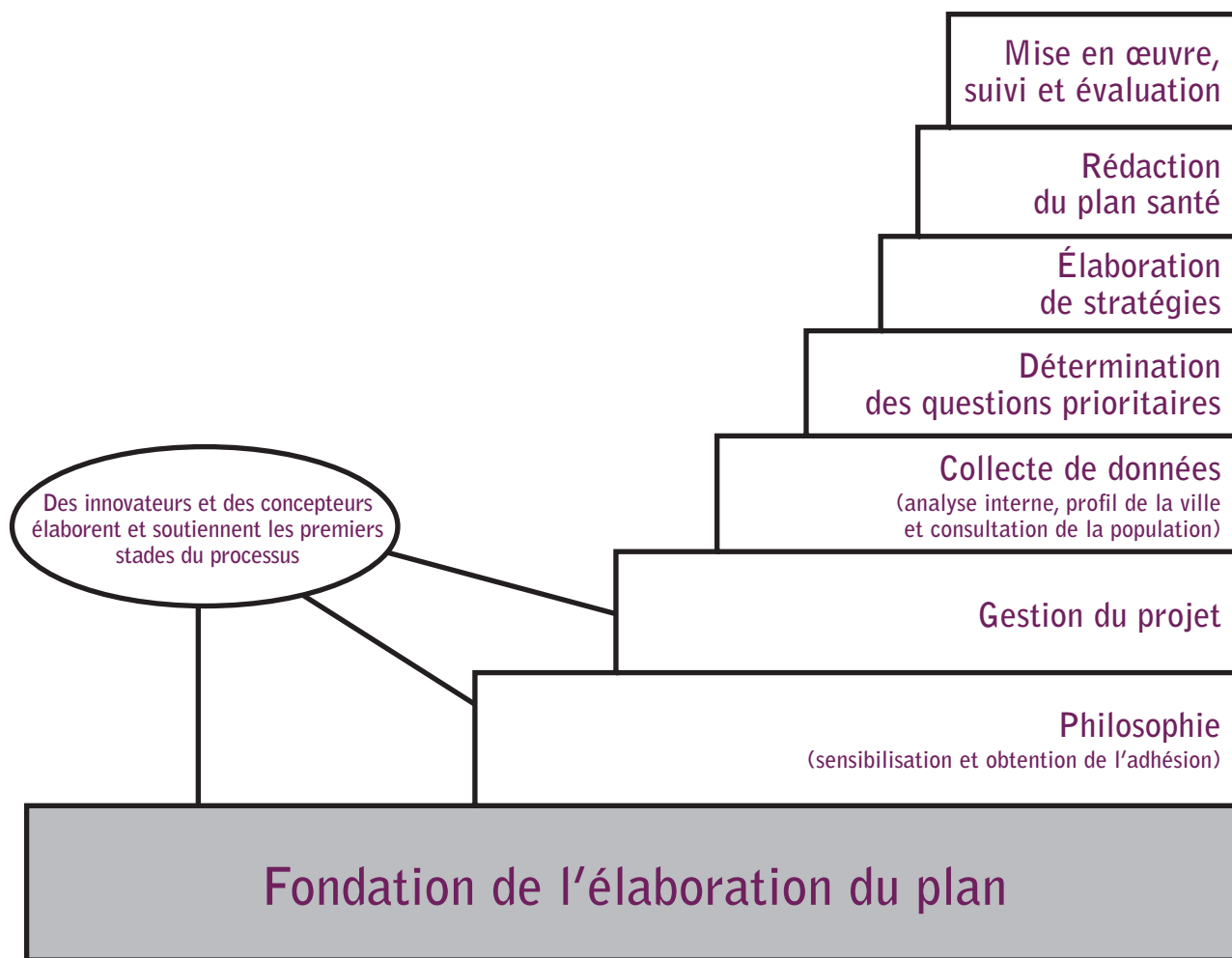
Élaboration de stratégies

L'étape suivante consiste à fixer des buts, des objectifs, des stratégies et des buts quantifiables qui permettent de répondre aux priorités définies au cours de l'étape précédente.

Rédaction du plan santé municipal

Lorsque le plan est rédigé, il fait l'objet de consultations, de façon à vérifier qu'il répond aux besoins et aux attentes de la population.

Figure 13. Modèle en sept étapes pour l'élaboration d'un plan santé urbain



Source : d'après *Municipal public health planning: a resource guide* (33)

Mise en œuvre, suivi et évaluation

Il s'agit de suivre l'évolution, d'examiner les réalisations et de donner des informations dans le cadre d'un processus permanent pour faire en sorte que les stratégies soient mises en œuvre.

L'une des difficultés que pose la description de travaux de développement par étapes tient au fait qu'il faut faire apparaître que ces travaux ont un début et qu'il peut être difficile d'indiquer de façon précise le début de ces travaux. La base du travail décrite plus haut (pages 54 à 63) porte sur la définition des moyens d'aide aux organismes officiels pour travailler ensemble, mettre en place des structures permettant à la population de participer activement à la prise de décisions, développer une vision commune et un soutien aux activités nouvelles. Il est nécessaire qu'un groupe réalise et soutienne le travail de définition des bases de travail.

Des méthodes novatrices de résolution des problèmes urbains sont généralement mises au point sur place, aux interfaces entre les organismes et les professions.

La volonté d'améliorer la santé dans la ville rassemble souvent des personnes animées de préoccupations communes qui appartiennent à des organismes ou à des groupes différents, inspirés par la philosophie de la Santé pour tous et participant à des projets Villes-Santé.

Ensuite, ces personnes recherchent ensemble des idées et des exemples d'activités qui semblent de nature à résoudre des problèmes semblables à ceux de leur ville. Ce groupe d'innovateurs et de facilitateurs joue un rôle important dans les premiers travaux de conception. Il doit comprendre des acteurs essentiels des services urbains, étant donné qu'ils peuvent influencer des personnalités politiques et des gestionnaires, ainsi que des personnalités essentielles d'organisations locales.

La mise en place des fondations et les premières activités d'élaboration d'un plan santé municipal doit bénéficier d'un soutien (figure 14). Ce dernier est particulièrement nécessaire tout au début des projets et des plans, car ceux-ci sont vulnérables à des pressions exercées par certains services qui redoutent un empiètement sur leur domaine de compétences, ou par des groupes qui essaient d'influencer la politique sur laquelle repose le projet.

Il est difficile de guider l'évolution de ces activités, étant donné que les participants au processus ne sont pas toujours les mêmes. Des contacts avec des animateurs de projets Villes-Santé (le programme Villes-Santé de l'OMS peut vous donner des informations sur des projets exécutés dans votre région) peuvent indiquer les problèmes soulevés par ces activités et les succès qu'elles permettent d'obtenir.

Programme Villes-Santé
Bureau régional de
l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100
Copenhague
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 60
Courriel. :
Postmaster@who.dk



Philosophie

Obtention d'un appui politique

L'objet d'un plan santé municipal est d'apporter d'importantes modifications organisationnelles, ce qui est généralement difficile à réaliser. Les organisations et services tiennent à dominer leur domaine de compétences, à délimiter leur territoire et à n'admettre des tiers qu'à certaines conditions. Le soutien de personnalités politiques locales permet de surmonter certains de ces problèmes, étant donné que ces dernières peuvent souvent jouer un rôle de médiateur dans les rivalités internes.

Le soutien et la participation du monde politique local sont essentiels pour le lancement de projets Villes-Santé, car ils offrent un moyen de peser sur la prise de décision dans la ville. Une volonté politique fermement affirmée de mener des activités intersectorielles en matière de santé est essentielle. Cela vaut également pour les activités relatives au développement durable.

Les groupes de gestion ou de direction des projets Villes-Santé fonctionnent aux niveaux les plus élevés au sein des structures administratives et politiques de la ville, et les principales personnalités politiques participent généralement aux activités de ces groupes. L'appartenance à un tel groupe leur permet d'avoir des contacts avec des acteurs importants d'autres organisations telles que les universités, les autorités de santé locales et les autorités régionales, et souligne que les questions abordées sont sérieuses et importantes.

Si les projets Villes-Santé soutiennent et financent des activités destinées à la population, cela est bénéfique. Les hommes politiques locaux peuvent observer le déroulement des activités et participer à un projet qui réussit, ce qui leur donne du prestige sur le plan local.

Cependant, il faut beaucoup de temps avant que les activités de ce type ne portent leurs fruits. Il est essentiel d'informer les personnalités politiques locales des délais probables avant l'obtention de résultats, pour éviter une perte progressive d'intérêt.

Partenariats pour l'élaboration d'un plan santé municipal

Les activités des projets Villes-Santé dans leurs différents cadres ont été couronnées de succès parce que de larges partenariats ont été constitués au niveau de la ville en vue d'obtenir un soutien de ces activités.

L'idée de coopérer pour une ville " en bonne santé " et d'œuvrer à la réalisation d'un but commun semble représenter un terrain d'action neutre pour les activités d'organisations et de groupes locaux. Cela semble également se vérifier pour les défis relatifs à la durabilité. Cependant, il est difficile de susciter de tels groupements intersectoriels quelle que soit l'importance du soutien organisationnel qui leur est accordé. Lorsqu'un projet rassemble des organisations essentielles au niveau de la ville, il est nécessaire de définir très clairement les buts et les objectifs de la coopération.

Le fait que le programme Villes-Santé de l'OMS exige des structures de projet participatives et coopératives résout en partie le problème du soutien dont doit bénéficier l'élaboration de la philosophie qui sous-tend le plan santé municipal au sein des services et auprès de la population. En général, l'équipe responsable du projet Villes-Santé se charge des activités nécessaires à cet égard ou les coordonne.

La conception de la philosophie

Pour expliquer la philosophie, les buts et les avantages d'un plan santé municipal, il faut créer un groupe responsable de leur conception qui ait des contacts avec des gestionnaires de haut niveau. Ses membres doivent posséder de solides connaissances sur les concepts, les modèles et les processus proposés par la stratégie de la Santé pour tous et bien comprendre la dynamique organisationnelle locale.

L'élaboration d'un plan santé municipal doit bénéficier d'emblée d'un soutien professionnel. L'équipe responsable du plan doit posséder des compétences techniques relatives à la conception de stratégies et de politiques dans les différents domaines des services municipaux (santé, environnement, économie, enseignement, etc.) et être capable d'organiser des manifestations de sensibilisation à l'intention des fonctionnaires municipaux et de la population. La composition de cette équipe et le soutien dont elle bénéficie peuvent être déterminants pour le succès.

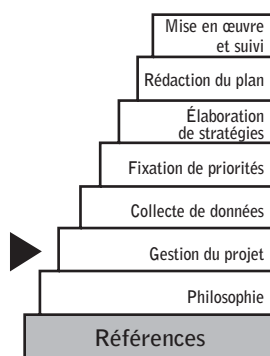
Pour concevoir la philosophie qui est à la base du plan santé municipal, il est possible d'utiliser les méthodes suivantes :

1. diffusion de documents de consultation aux organisations de service et aux groupes locaux ;
2. organisation de séminaires d'information destinés aux gestionnaires ;
3. mise sur pied de séminaires visant à étudier de nouvelles philosophies présidant à la santé dans la ville ;
4. organisation d'ateliers sur la philosophie sous-tendant le plan à l'intention des citoyens et des prestataires de services ;
5. couverture du thème de la santé dans la ville dans les médias locaux ;
6. organisation d'ateliers destinés aux organismes de services, en vue d'étudier les avantages d'activités menées en coopération ;
7. organisation de séminaires visant à faire la synthèse des travaux en cours dans la ville qui soutiennent déjà cette méthode.

Une ville n'est pas une entité indépendante et il est possible de se montrer créatif pour lancer une action de développement des ressources locales et mettre en place de nouveaux services, afin de montrer ce qui peut être réalisé. Il s'agit alors de sensibiliser les différents acteurs aux possibilités offertes par le plan, d'obtenir le soutien des services municipaux et de la population pour le plan et de sensibiliser les différentes parties prenantes aux avantages potentiels d'un tel plan pour la ville.

" La philosophie envisage un avenir dans lequel la prospérité économique, la justice sociale et la protection de l'environnement sont recherchées simultanément, de façon à assurer la santé et à améliorer le bien-être de tous, y compris celui des générations à venir ".

Source : Liverpool city health plan (40)



Gestion du projet

Structure de gestion

Toute personne qui vit et travaille dans la ville doit contribuer à la durabilité de celle-ci et à la santé de ses résidents. La gestion du processus d'élaboration d'un plan santé doit tenir compte de cette réalité. La structure de gestion diffère en fonction du pays et de la ville, mais la gestion elle-même doit respecter les principes de participation et de coopération.

Pour pouvoir élaborer un plan santé municipal, il faut disposer d'un comité de pilotage et d'une équipe responsable du projet.

Comité de pilotage

Le comité de pilotage doit avoir un mandat qui indique clairement les relations avec les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes. Il surveille les activités menées dans le cadre du projet et assure la liaison entre celui-ci et les organismes participants et la population. Les organismes et les groupes dont les activités influent sur la santé publique doivent y être représentés. Les membres du comité de pilotage doivent occuper des postes élevés dans leur organisme, pour qu'il soit possible d'obtenir des fonds et un soutien approprié pour le projet.

Les membres du comité de pilotage doivent représenter la population, les prestataires de services, le monde politique et l'université et inclure des experts de la planification, de la santé publique, de

l'élaboration de stratégies et de la promotion de la santé. L'encadré de la page 71 présente la composition typique du comité de pilotage d'un projet.

Il faut consacrer du temps et de l'énergie pour soutenir, éduquer et développer ce groupe. Il est impératif que ses membres comprennent bien les buts, les processus et les avantages du plan. L'élaboration d'un règlement intérieur clair est également importante, compte tenu de la diversité des caractéristiques de ses membres. Les membres qui représentent des organismes doivent être habilités à engager leur organisme lorsqu'il s'agit d'adopter des mesures pour faire face aux défis qui surgissent au cours du processus d'élaboration du plan. La figure 14 représente un modèle de structure de gestion.

Équipe responsable du projet

Pour concevoir des projets en coopération, des compétences particulières sont nécessaires. Il ne s'agit pas d'une tâche à temps partiel à confier à un fonctionnaire surmené. Il est nécessaire de constituer une équipe, dont les membres comprennent les subtilités des relations qui existent entre les partenaires, qui ne sont pas uniquement les parties prenantes de l'organisation, mais également la population, le monde universitaire et les associations.

Un poste au sein de cette équipe n'est pas une sinécure confiée à un fonctionnaire

surnuméraire qui attend impatiemment l'heure de la retraite. Les coordinateurs de projet et les responsables de la conception doivent posséder une intelligence pénétrante, un diplôme universitaire et une bonne compréhension du modèle social et politique de la santé, ainsi qu'une expérience de la coopération au sein d'une organisation. Ils doivent avoir la possibilité de mener leurs activités tant dans les organismes qui financent les activités qu'en dehors de ces organismes.

Si l'équipe responsable du plan santé est établie dans un organisme, elle doit faire partie du service de conception stratégique ou du département dirigé par le plus haut fonctionnaire de cet organisme. Si l'équipe est établie au sein de la municipalité, elle doit nouer des liens solides avec les services responsables de la santé publique. Il ne faut pas que l'équipe soit un élément annexe d'un service de promotion de la santé ou d'hygiène de l'environnement. L'équipe devra s'acquitter d'une série de tâches pour élaborer et soutenir le plan, notamment :

1. soutenir le comité de pilotage ;
2. se charger du processus d'élaboration du plan ;
3. organiser les consultations et les ateliers sur la définition de la philosophie ;
4. coordonner le processus de consultation au sein des organismes et dans la population ;
5. mettre au point une stratégie de communication et de relations publiques

- en faveur du plan et la mettre en œuvre ;
6. mener auprès des participants une action éducative concernant les buts du plan.

Locaux et financement

Il est nécessaire de disposer de locaux distincts qui correspondent à l'importance et à l'intérêt de ces activités. Les bureaux doivent être facilement accessibles au public, ainsi qu'aux membres du personnel des organismes partenaires.

Membres du comité de pilotage d'un projet santé exécuté en collaboration

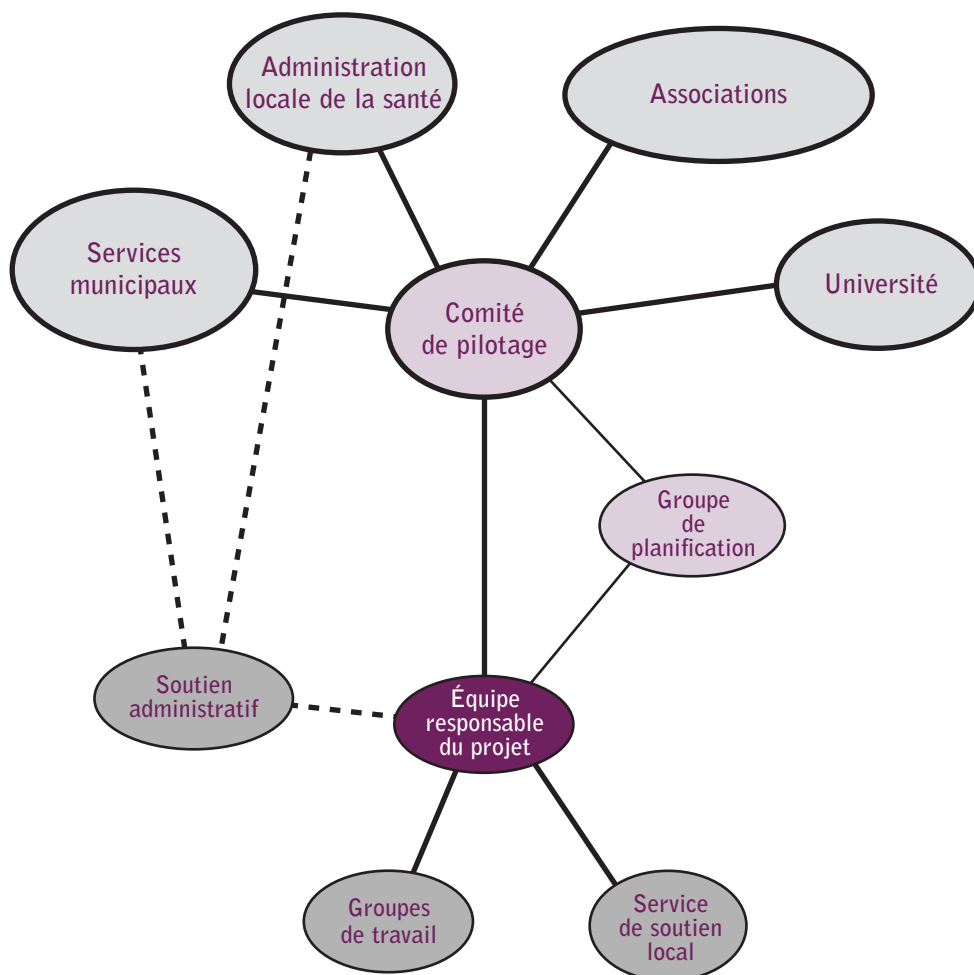
1. Président de l'administration santé locale
2. Président de l'administration régionale
3. Personnalités politiques de haut niveau responsables des administrations régionales et locales
4. Directeur de la santé publique
5. Professeur de politique dans une université
6. Directeur de l'hygiène de l'environnement
7. Directeur de la promotion de la santé
8. Directeur de la planification
9. Représentants d'associations locales
10. Représentants d'associations locales de locataires
11. Représentants de conseils de santé locaux
12. Représentants d'organisations non gouvernementales locales s'intéressant à la santé
13. Représentants de groupes de travail Villes-Santé (ayant des activités dans les domaines des questions féminines, de l'environnement et de la pauvreté)
14. Représentant de projets de santé locaux
15. Représentant du département de planification stratégique de la municipalité

Figure 14. Structure de gestion d'un projet d'élaboration d'un plan santé municipal

Établir et maintenir des partenariats

Si les activités menées pour susciter de l'intérêt et obtenir des appuis ont été efficaces, la ville a créé un projet d'élaboration du plan santé municipal comportant un comité de pilotage intersectoriel. A cet effet, plusieurs étapes sont nécessaires.

1. Le groupe s'est mis d'accord sur un but ou une philosophie, qui repose sur des travaux de recherche relatifs à des indicateurs de santé et aux facteurs qui influent sur la santé dans la ville.
2. Le groupe s'est mis d'accord sur des objectifs et des problèmes essentiels, et a commencé à élaborer des plans pour atteindre ces buts et résoudre ces problèmes.
3. Les critères de désignation des membres du comité de pilotage sont définis.
4. Le comité de pilotage s'est mis d'accord sur les rôles et les responsabilités des partenaires au sein du comité de pilotage et sur les mécanismes de communication d'informations par ces partenaires.



Le projet doit être doté de fonds suffisants dont la disponibilité est garantie pendant toute sa durée. Il doit pouvoir obtenir des ressources financières à court terme d'organismes officiels et d'autres sources, mais il faut que les partenaires financent ensemble le projet et le considèrent comme l'un de leurs services essentiels. Il s'agit là d'un aspect important de la coopération avec les différents organismes. Il faut que le plan soit perçu comme un élément essentiel de l'élaboration d'une stratégie dans la ville. Cela n'est pas possible si le projet donne l'impression d'être une entreprise à court terme dotée de personnel affecté à titre temporaire.

L'équipe du projet doit veiller à instaurer une collaboration étroite. Pour ce faire, elle veille notamment à ce que le projet dispose de fonds suffisants pour payer les rémunérations et financer les projets amorçant d'autres activités (en particulier s'ils ont un caractère local), mais non d'importants projets communs. Pour financer ces derniers, il faut créer des alliances intersectorielles qui renforcent la philosophie, les valeurs et l'utilité des activités du projet.

Délai

La situation de santé d'une ville ne peut être modifiée du jour au lendemain. En effet, en matière de santé, il n'y a pas de recette miracle, et les délais et buts doivent être fixés en conséquence. La facilitation de

changements dans des organisations prend des années et non des mois. Pour obtenir une ville en bonne santé il faut des décennies et non des années.

Pour pouvoir porter ses fruits, ce type de projet a besoin de temps et d'appuis. Les activités menées en collaboration doivent jouir d'une bonne crédibilité, tant au sein des organismes partenaires qu'au niveau de la population. Il faut mener toute une série d'activités efficaces sur le thème de la santé dans le cadre de partenariats pour que l'élaboration d'un plan santé municipal possède la crédibilité voulue.

Rassemblement de données

L'élaboration d'un plan pour la santé dans la ville exige une connaissance de la situation de santé de celle-ci. Pour cela, il faut disposer d'un profil santé de la ville, qui indique les principales caractéristiques de la situation de santé grâce à un examen de tous les facteurs qui influent sur la santé dans la ville.

Dans la plupart des villes, les services responsables de la santé produisent des statistiques de santé. Elles portent généralement sur les maladies et les décès et, par ce biais, donnent des indications sur la situation de santé locale. Pour élaborer un profil santé d'une ville, il faut disposer de ce type d'informations mais également des diverses données recueillies systématiquement dans la ville afin d'avoir une vue d'ensemble de sa situation de santé.

Il n'est pas possible de changer la situation de santé d'une ville du jour au lendemain. Il n'y a pas de recette miracle, en conséquence, il convient de fixer des délais et des buts raisonnables.



Types de données d'un profil santé d'une ville

Données démographiques

Densité de la population
Évolution de la population
Groupes d'âge
Répartition par sexe
Appartenance ethnique

Données socioéconomiques

Niveaux d'instruction
Répartition du revenu
Professions
Allocataires sociaux
Emploi

Données sur la santé

Mortalité par cause
Morbidité par cause
Maladies à déclaration obligatoire
Santé mentale
Taux de vaccination
Accidents
Comportement en matière de santé

Données sur

l'environnement

Indicateurs de la qualité de l'environnement
Surveillance de l'environnement
Données sur l'évaluation des risques
Données sur la pollution

Services

Transports
Services de santé et sociaux
Éducation et loisirs
Mouvement associatif et réseaux

Il faut donc disposer de données sur la pauvreté, les conditions de logement, les transports, l'alimentation, et les services de santé et d'action sociale, de statistiques concernant l'emploi et la situation économique, et de statistiques traditionnellement liées à la santé. Il faut présenter les données selon la catégorie socioéconomique, le sexe et la zone géographique.

Des exemples de description générale des facteurs qui influent sur la santé dans les villes se trouvent dans des profils santé urbains de projets Villes-Santé (41,42). Le bureau du programme Villes-Santé de l'OMS a également élaboré un document contenant des recommandations sur l'établissement d'un profil santé (43).

Ces travaux menés en coopération mettent en évidence le fondement social, environnemental et économique de la santé dans les villes. Il s'agit de vues d'ensemble très utiles, mais d'autres descriptions de la santé dans la ville sont nécessaires pour l'élaboration d'un plan santé municipal. L'établissement de profils santé de groupes et d'évaluations de besoins livrent des informations sur la façon dont les individus perçoivent les questions de santé dans les quartiers.

Évaluation des besoins pour la santé dans les quartiers

Il ne suffit pas de disposer d'informations quantitatives résultant de la collecte systématique de données ; il faut aussi

connaître l'opinion des habitants des quartiers sur leur santé et les facteurs qui influent sur elle. À cette fin, il est nécessaire de procéder à une évaluation des besoins de santé et à l'établissement de profils santé dans les quartiers. Cela permet d'obtenir des informations très riches .

Des méthodes très diverses peuvent être utilisées à cet effet, notamment la réalisation au niveau local d'évaluations de la santé validées (44) et l'utilisation de groupes de discussion de quartier et de méthodes d'évaluation rapides. De tels travaux ont été réalisés par de nombreux réseaux Villes-Santé et Santé pour tous.

La réalisation et le soutien de ce type d'activités exigent des compétences dont l'équipe responsable du projet doit se doter. Il convient en particulier de se préoccuper de l'ampleur de ces activités.

1. Une évaluation est-elle nécessaire dans tous les quartiers de votre ville ?
2. Dans la négative, quelle est la personne qui choisit les quartiers représentatifs ?
3. Les délais impartis doivent tenir compte de la nécessité d'obtenir un soutien dans le quartier considéré.
4. Il est peut-être nécessaire de former des volontaires.
5. Il faut que la population ait son mot à dire dans le choix des méthodes, ce qui peut nécessiter une période de formation et de discussion.

L'évaluation des quartiers est importante, car elle favorise un soutien pour des activités menées en commun au niveau local. L'évaluation nécessite habituellement la participation d'agents locaux et de la population des quartiers, et le soutien de professeurs d'université et de consultants externes. Pour l'élaboration de profils de quartiers, on utilise dans la plupart des cas les services de résidents, qui conduisent les entretiens ou jouent un rôle de facilitation. Cela renforce l'intérêt des habitants des quartiers pour le processus et les résultats obtenus. Les documents produits constituent de bons exemples de l'utilité des méthodes de développement des ressources locales (45).

Élaboration de rapports

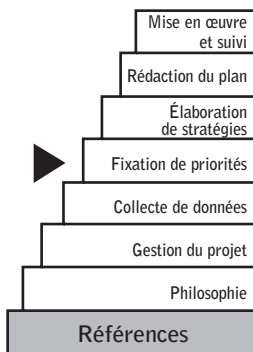
La façon de réaliser les travaux de recherche est importante, mais la méthode utilisée pour produire et diffuser des rapports sur les résultats et pour leur donner suite l'est également. Les connaissances et l'expérience des habitants des quartiers au sujet des facteurs qui favorisent ou entravent leur aptitude à être en bonne santé doivent être respectées. Il faut que la population comprenne la façon dont les résultats des

travaux de recherche seront utilisés.

Les rapports doivent être bien conçus et présentés de façon appropriée. Il faut diffuser les résultats des travaux de recherche sous la forme de publications, de vidéos, de pièces de théâtre ou de bandes dessinées, car cela renforce l'intérêt qu'ils suscitent.

Une fois que des données sur la ville et les quartiers ont été rassemblées, il faut les communiquer aux organismes et aux habitants qui ont participé à l'opération, dans le cadre de la transparence qui doit caractériser l'élaboration du plan.

Grâce aux données rassemblées, le comité de pilotage dispose d'informations très complètes sur la situation santé de la ville et les facteurs qui la déterminent. Le profil santé de la ville doit porter sur la morbidité, la pauvreté, l'environnement dans son ensemble et les services offerts, ainsi que sur les relations entre ces différents éléments. Il convient également de mettre en évidence les écarts entre états de santé et leurs liens avec des facteurs socioéconomiques, géographiques et environnementaux. Tout ce travail doit également tenir compte des informations disponibles sur ce que les citoyens pensent des facteurs qui influent sur leur santé.



Fixation de priorités

L'établissement d'un profil santé de la ville et des quartiers, et l'évaluation des besoins produisent des informations très diverses. Il faut rassembler et classer celles-ci, et déterminer ensuite les thèmes prioritaires du plan.

Simplification des données

La structuration des données en thèmes généraux peut faciliter la fixation de priorités. À cet égard, la meilleure méthode consiste à confier cette tâche à un groupe comprenant l'équipe responsable du projet, certains membres du comité de pilotage et des chercheurs. Ce processus peut prendre un certain temps, de sorte qu'il faut lui réserver une journée.

L'équipe responsable du projet doit élaborer une synthèse des données et définir certaines catégories provisoires, qui feront ensuite l'objet de discussions avec le groupe. Les catégories susceptibles d'être utilisées sont les suivantes :

1. l'environnement physique
2. l'environnement social et culturel
3. la sécurité de la population
4. la santé des femmes
5. la santé des enfants
6. les accidents
7. certaines maladies (telles que le cancer)
8. l'éducation pour la santé.

Il convient ensuite de ranger les questions et les données sur la santé dans ces catégories.

Il est très difficile de fixer des priorités, étant donné que de nombreuses entités sont en concurrence pour obtenir des ressources financières et humaines plus importantes. Il faut utiliser diverses techniques pour parvenir à une liste de priorités que la ville et ses organismes puissent mettre en œuvre.

Recours à des experts

De nombreuses données recueillies régulièrement par les organismes municipaux doivent être comparées aux chiffres nationaux et régionaux. À l'intérieur de la ville, les quartiers peuvent également faire l'objet de comparaisons. Cela signifie que les différences entre la ville et d'autres localités peuvent être mises en évidence et utilisées pour la fixation de priorités. Les services municipaux disposent peut-être de responsabilités dans ce domaine et il se peut qu'il existe des priorités nationales, telles que la réduction du nombre de décès dus à des maladies cardiaques ou l'amélioration de la qualité de l'eau. Il est possible d'avoir recours à une assistance spécialisée offerte par certains organismes et par des universités, pour discerner les tendances de données locales et procéder à des évaluations comparatives de données, mais cela ne doit pas être la seule méthode utilisée.

Après la publication du profil santé de la ville et la simplification des données, il

convient d'organiser une série de consultations publiques, et ce pour plusieurs raisons :

1. pour permettre un dialogue public sur le profil santé et valider les conclusions d'enquêtes locales ;
2. pour permettre à la population de définir les questions prioritaires ;
3. pour tenir la population au courant du processus d'élaboration du plan santé municipal.

La consultation doit prendre diverses formes, telles que d'importantes réunions publiques, des réunions de petits groupes de discussion locaux, des réunions avec des responsables locaux, des réunions avec des chefs de service et des réunions de groupes de discussion avec la participation d'équipes de fonctionnaires et de groupes interadministrations.

Lorsque ce processus est achevé, toutes les parties intéressées au processus d'élaboration du plan d'action santé municipal doivent être consultées, de façon à pouvoir fixer définitivement les priorités présidant au plan. Ce processus comporte trois étapes. En premier lieu, on organise de petites réunions avec la participation de prestataires de services et de représentants de groupes, en vue d'étudier leurs priorités. Ensuite, on fait la synthèse des résultats de ces réunions à l'intention du comité de pilotage, de façon à pouvoir classer les priorités du plan et les ordonner de façon hiérarchique. Enfin, on

parvient à un consensus sur les priorités au cours d'un débat public.

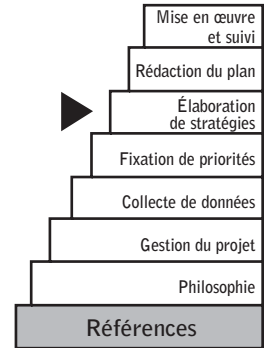
Élaboration de stratégies

Lorsque les thèmes prioritaires ont été définis, il faut fixer les buts stratégiques que le plan santé doit systématiquement viser à atteindre.

Le plan santé doit aborder les problèmes dans une optique organisationnelle et de façon systématique, dans une perspective à long terme. Ceci nécessite la participation de divers groupes et organismes qui agissent de façon synergique et utilisent les efforts des différentes parties prenantes pour atteindre des buts communs. En conséquence, le plan santé doit être lié à des processus de planification locaux et être compatible avec eux.

Le large groupe intersectoriel mis en place pour la fixation des priorités doit participer à l'élaboration permanente du plan. Les stratégies ne doivent pas être définies par les seuls représentants des services municipaux. Plus large est le groupe qui élabore les stratégies, plus on a de chances d'entreprendre des travaux innovants en collaboration. En outre, une large participation renforce l'adhésion de la population et de l'ensemble des parties prenantes.

On décrit plus loin les stades de l'élaboration de plans stratégiques sur la base de buts, d'objectifs, de stratégies, de buts quantifiables et de programmes.



Buts

Un but est un énoncé général qui définit un résultat à obtenir. Les buts doivent être larges et compatibles avec la philosophie du processus de planification.

Par exemple, l'un des thèmes essentiels qui peut découler de la fixation de priorités est la sécurité alimentaire. À cet égard, le but du plan santé pourrait être de veiller, par la prestation de services et l'exécution de programmes, à ce que les habitants aient un accès physique et économique aux aliments dont ils ont besoin pour mener une vie saine.

Les questions prioritaires soulevées par ce thème pourraient être les suivantes :

1. alimentation et pauvreté
2. sécurité sanitaire des aliments
3. connaissance des règles nutritionnelles
4. accès aux magasins
5. qualité des aliments
6. maladies cardiaques
7. obésité
8. jardins collectifs
9. partenariats locaux pour l'alimentation.

Conseils pour l'élaboration de stratégies

Pour élaborer des stratégies efficaces, il convient de prendre en compte les aspects suivants :

1. La question considérée doit être parfaitement comprise. Il peut être nécessaire de consacrer plus de temps à l'étude du contexte de cette question, à savoir les politiques actuelles, les opinions des acteurs essentiels et les facteurs sociaux.
2. Il est nécessaire de bien comprendre les caractéristiques des groupes cibles d'intervention stratégique, et notamment les questions concernant l'âge, le sexe, la culture, les mentalités et les opinions relatives à la question.
3. Il faut mener des travaux de recherche sur les stratégies actuelles (pour éviter la répétition inutile d'activités) et sur celles qui ont été efficaces dans le passé.
4. Il faut élaborer des stratégies réalisables, sans pour autant rejeter les stratégies difficiles à mettre en œuvre au profit de stratégies faciles à mener à bien.
5. Les stratégies doivent permettre d'obtenir des résultats à court terme, pour que la municipalité et la population puissent constater que le temps consacré à la planification a été investi de façon judicieuse.
6. Les stratégies peuvent être le résultat d'une formalisation d'un processus déjà existant, auquel elles donnent une orientation précise.

Source : d'après The local Agenda 21 planning guide: an introduction to sustainable development planning (24)

Cette liste de questions prioritaires constitue la base sur laquelle il faut fixer les objectifs du plan.

Objectifs

Un objectif est un engagement à obtenir un certain résultat dans un délai déterminé. Toutes les actions nécessaires pour obtenir ce résultat sont énoncées dans une stratégie sous la forme d'étapes claires et réalisables. Il faut que les objectifs puissent être atteints pour toutes les parties prenantes.

Par exemple, l'un des domaines prioritaires sous la rubrique de la sécurité sanitaire a été la constitution de partenariats locaux pour l'alimentation. Un objectif relatif à ce domaine pourrait être :

Favoriser des partenariats locaux pour l'alimentation qui influencent les lieux, les moments et les prix des achats alimentaires.

Il faut également fixer des objectifs pour les autres questions prioritaires et définir les stratégies qui permettront d'atteindre ces objectifs.

Stratégies

Une stratégie est un plan permettant d'atteindre des objectifs. Les stratégies permettent de tirer parti des avantages de la gestion collective intersectorielle du plan santé. Les propositions ne doivent pas

émaner uniquement des services municipaux ; il faut qu'elles énoncent des options pour la mise en place de nouvelles relations de travail associant les pouvoirs publics locaux, les associations et les différents groupes de la population.

Cadre stratégique

Les cinq domaines d'action prévus par la Charte d'Ottawa constituent un cadre utile pour la conception d'une stratégie globale :

1. élaborer une politique publique saine
2. créer des milieux favorables
3. renforcer l'action communautaire
4. acquérir des aptitudes individuelles
5. réorienter les services de santé.

Le tableau 5 présente des exemples de stratégies qu'il serait possible de mettre en œuvre pour atteindre l'objectif de mise en place de partenariats locaux pour l'alimentation en se servant de ce cadre.

Buts quantifiables

Les stratégies doivent définir des buts quantifiables. La fixation de tels buts est difficile, car ceux-ci doivent :

1. être réalisables
2. être précis et mesurables
3. comporter un horizon temporel
4. être soutenus par toutes les parties prenantes.

Il est possible de définir toute une série de types de buts quantifiables en matière de santé urbaine en utilisant un modèle social. Par exemple, les buts quantifiables peuvent être :

1. techniques : par exemple, dans le domaine de la qualité de l'air, une réduction de 10%, au cours des 12 années à venir, des concentrations de dioxyde de soufre dans l'air ;

Tableau 5. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (12), instrument d'élaboration d'une stratégie (exemple des partenariats pour l'alimentation)

Politique publique saine	Milieus favorables	Action communautaire	Aptitude individuelle	Réorienter les services de santé
<p>Élaboration d'une politique de planification du commerce de détail qui favorise les achats locaux</p> <p>Fourniture d'une aide à la planification pour la création de cultures maraîchères collectives</p> <p>Politique locale d'achat de fruits et légumes frais</p> <p>Mesures de persuasion dirigées vers le commerce de détail en vue de la prise en considération des besoins des plus défavorisés</p>	<p>Les autorités municipales et de santé mettent à la disposition de la population des terrains en vue d'une culture maraîchère collective</p> <p>Réalisation d'audits alimentaires locaux par la municipalité et les groupes locaux</p> <p>Soutien d'un groupe de discussion sur l'alimentation au niveau local par les organismes publics</p> <p>Incorporation de cours sur la production de denrées alimentaires et la préparation des aliments dans les programmes scolaires</p> <p>Programme de transports collectifs</p>	<p>Mise au point de programmes locaux d'achats en grandes quantités et de coopératives alimentaires</p> <p>Utilisation de terrains vagues comme parcelles agricoles, notamment pour les cultures maraîchères</p> <p>Programmes d'échange de compétences, coopération entre jeunes et personnes âgées</p> <p>Création de programmes de commerce local</p>	<p>Programmes de formation culinaire</p> <p>Cours sur une alimentation saine à bon marché</p> <p>Cultures maraîchères, cours de gestion et de marketing dans le cadre d'une action éducative menée au plan local</p>	<p>Adjonction de jardins et de potagers aux centres de santé</p> <p>Les services de promotion de la santé financent des initiatives favorisant la consommation de fruits et légumes destinées à des enfants de groupes défavorisés</p> <p>Soutien de la culture maraîchère locale par les hôpitaux au moyen d'achats locaux</p>

1. comportementaux : réduire de 10% en 10 ans le pourcentage de jeunes filles de 18 ans qui fument ;
2. liés à un processus : accroître de 15% en 8 ans le niveau de collaboration entre la collectivité locale et l'administration locale de la santé.

Il importe de fixer des buts quantifiables pour toutes les stratégies, car ceux-ci garantissent la réalisation des buts et des objectifs du plan. Les stratégies et les buts quantifiables vont de pair avec l'élaboration de programmes visant à répartir les tâches.

Programmes

Les programmes sont les plans d'activités qui permettent d'atteindre les buts quantifiables. En général, ils ne sont pas incorporés dans le plan santé, mais sont énoncés dans des publications distinctes de l'organisme ou de l'équipe responsable de la réalisation des buts quantifiables stratégiques. Les programmes doivent décrire :

1. les paramètres de la tâche ;
2. les mesures à prendre ;
3. les personnes qui doivent mettre en œuvre les actions ;
4. les ressources nécessaires ;
5. un délai approprié ;
6. des critères pour la surveillance et l'évaluation.

La rédaction du plan santé municipal

L'étape suivante consiste à rédiger le plan. Le plan est un document qui constitue le résultat tangible du travail long et complexe de l'équipe responsable du projet et du comité de pilotage intersectoriel. Le projet de plan est le premier résultat de ce travail qu'un grand nombre de personnes puissent voir et il est donc important que sa rédaction et sa production soient très soignées.

Le plan doit être rédigé à l'intention de personnes qui ne sont pas des spécialistes ; il doit être présenté clairement et comporter différentes rubriques. Il faut utiliser la voix active : " Nous réaliserons telle ou telle chose " et non " Telle ou telle chose sera réalisée par tel ou tel service ". Des illustrations et des graphiques sont de nature à renforcer l'impact du plan. Celui-ci doit être conçu par un graphiste et non simplement dactylographié. Il faut d'abord tester une première version sur des lecteurs potentiels.

Contenu d'un plan santé municipal

Le bureau du programme Villes-Santé de l'OMS (19) recommande d'inclure dans le plan des informations sur les points suivants :

1. l'aspect politique du plan ;
2. le processus d'élaboration du plan ;
3. les principes sur lesquels il repose ;
4. les résultats de l'évaluation santé par rapport au profil santé ;



5. la politique et les dispositions législatives antérieures et les relations avec ces dernières ;
6. les priorités retenues, les méthodes et critères utilisés ;
7. les buts stratégiques, y compris des buts quantifiables ;
8. les projets et les mesures à mettre en œuvre pour chaque secteur et pour chaque niveau de l'administration ;
9. le suivi et le processus de surveillance, d'examen et d'évaluation.

Il convient d'indiquer les liens qui existent entre le plan santé et d'autres plans de la ville.

Consultation sur le projet de plan et réactions obtenues

Les observations sur un projet de plan et les propositions de modification de celui-ci constituent un élément important des activités intersectorielles relatives à son élaboration. La stratégie de diffusion et d'examen du projet de plan et d'obtention d'observations sur celui-ci doit être orientée vers plusieurs secteurs :

1. les fonctionnaires des services municipaux (quel que soit leur niveau doivent pouvoir formuler des observations sur le projet de plan) ;
2. les personnalités et les structures politiques locales, notamment les comités statuant

- sur la politique et les ressources et sur la planification commune ;
3. les conseils d'administration d'autres organismes, l'administration locale de la santé, les chambres de commerce locales et les importants employeurs locaux ;
4. les agents de développement des ressources locales et les services de santé publique ;
5. les associations locales ;
6. les médias locaux, afin de susciter de l'intérêt et un débat au sein de la population ;
7. le grand public, grâce à la possibilité de consulter le projet de plan dans des bibliothèques et des centres sociaux.

Il convient de produire des résumés du plan sous différentes formes et dans plusieurs langues. L'équipe responsable du projet doit également organiser une série de réunions de discussion et de séminaires locaux pour obtenir des réactions. Il faut réviser un certain nombre de fois le projet de plan avant de le présenter aux organismes officiels pour adoption.

L'adoption du plan par les organismes, les partenaires et les parties prenantes ne constitue pas la fin du processus de planification, mais le début de la phase suivante de planification pour une cité plus saine. Les enseignements tirés du processus, ainsi que de la surveillance et de l'évaluation de la politique, devraient être utilisés pour l'élaboration de la version suivante du plan.

Mise en œuvre, suivi et évaluation

Mise en œuvre

Un plan santé ne présente d'intérêt que s'il est bien mis en œuvre. La première étape de la mise en œuvre par les organismes municipaux consiste à le faire accepter. Cela signifie qu'une personne ou un service de l'administration doit assumer la responsabilité de la coordination et de la surveillance globales.

L'équipe responsable du projet doit mettre au point un dispositif qui assure la coordination au sein du groupe de fonctionnaires chargés de mettre en œuvre et de surveiller tous les programmes incorporés au plan santé municipal.

Le comité de pilotage du plan doit ensuite devenir son organe de coordination. Les parties prenantes ressentent ainsi qu'elles gardent la maîtrise du plan et cela évite qu'un organisme ou un groupe ne se l'approprie.

L'organe de coordination doit recevoir régulièrement des rapports de la personne ou du service responsable du plan et du groupe de coordinateurs des programmes. L'organe de coordination peut ensuite assurer la mise en œuvre des programmes.

Suivi

Il est nécessaire de mettre en place des structures chargées de suivre les mesures prises pour mettre en œuvre le plan santé, et

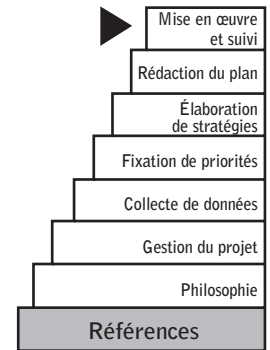
d'en rendre compte. En outre, il faut instituer des mécanismes permettant la communication d'informations au sein des différents groupes de parties prenantes et entre ces groupes.

Il faut créer un système de communication régulière d'informations sur les réalisations et les progrès accomplis. Des réunions périodiques de l'organe de coordination peuvent y contribuer des informations peuvent également être rassemblées et publiées dans le cadre d'un examen annuel.

Cet examen doit être réalisé par un sous-groupe de l'organe de coordination. Il doit consister à :

1. évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des orientations générales et des buts du plan ;
2. décrire la situation de santé locale par comparaison aux chiffres nationaux ;
3. déterminer si les buts quantifiables ont été atteints et si les stratégies ont été mises en œuvre ;
4. examiner les succès et les échecs ;
5. déterminer s'il convient de réévaluer les buts quantifiables du plan.

La stratégie de suivi doit comporter la mise en place de moyens d'échanges réguliers d'informations entre les responsables du plan et la population. Il peut s'agir de conférences, de groupes de discussion et de diverses



L'existence d'un excellent plan santé ne garantit ni la résolution des problèmes ni la viabilité à long terme de la ville. En fait, l'un des principaux obstacles qu'une municipalité peut rencontrer lors de l'élaboration d'un plan local Agenda 21 est le scepticisme de la population et des usagers, qui risquent d'estimer qu'il ne s'agit que d'un plan de plus.

Source : d'après The local Agenda 21 planning guide : an introduction to sustainable development planning (24)

communications à des associations. Il faut mettre en place un dispositif analogue pour les services et les principales personnes des organisations, politiques et gestionnaires.

Un échange régulier d'informations renforce l'intérêt pour le plan et l'adhésion à celui-ci. A cet effet, il faut mettre au point une stratégie de relations publiques pour soutenir, sans remplacer, l'action d'information et de consultation, qui prend plus de temps mais donne également des résultats plus satisfaisants.

Évaluation

À un moment prédéterminé, il faut évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des buts stratégiques quantifiables. Cette opération est plus complète que le suivi régulier et s'effectue à la fin du cycle de planification. Il est nécessaire que les indicateurs retenus soient mesurables, valables et faciles à collecter ; ils doivent montrer si les mesures prises ont permis

d'obtenir les résultats attendus.

Les indicateurs doivent également permettre de déterminer si le processus de planification et de conception stratégique a bien fonctionné, quels sont à court et à long termes les effets de la stratégie dans la ville et au sein de l'organisme considéré, et quels sont les résultats, c'est-à-dire dans quelle mesure le bien-être de la population s'est amélioré.

L'évaluation est nécessaire pour plusieurs raisons. En premier lieu, elle permet d'apprécier l'utilité de cette approche de développement de la santé. D'autre part, elle met en évidence les succès et les échecs, ce qui permet de reproduire les succès et de ne pas répéter les échecs. Enfin, l'évaluation permet de communiquer des informations aux organismes qui fournissent des ressources financières et autres, ce qui assure le maintien de leur soutien et crée la base de mesures complémentaires et d'autres changements.



Exemples

Ce chapitre présente des exemples de processus d'élaboration d'un plan santé municipal. Ceux-ci ont servi de sources d'inspiration dans l'Europe entière. Toute ville peut les utiliser en les adaptant à ses besoins. Dans les exemples présentés, les étapes parcourues sont similaires, mais se déroulent dans des ordres légèrement différents, en fonction des besoins de la ville en question.

L'élaboration d'un plan santé municipal dans le cadre d'un projet Villes-Santé donne un avantage initial considérable par rapport au processus décrit dans les pages qui

précèdent, étant donné que les fondations et les premières étapes (définition de la philosophie et gestion du projet) ont déjà été franchies, en raison de l'adhésion de la ville aux principes de la Santé pour tous. De ce fait, les structures requises pour favoriser la collaboration et une gestion appropriée sont déjà en place. Le présent chapitre décrit le processus d'élaboration de plans santé municipaux qui ont été mis en œuvre par quatre Villes-Santé européennes. La description détaillée des processus permet de mieux comprendre le travail nécessaire et les résultats potentiels.

L'élaboration du plan par les organismes responsables a pris environ trois ans, mais n'a été possible que grâce à la solide structure de collaboration mise en place et à l'intérêt en haut lieu que les responsables du projet ont réussi à obtenir.

Glasgow : élaboration d'un plan axé sur les services

La ville de Glasgow (750 000 habitants) a entrepris l'élaboration de son plan santé en partant d'un modèle qu'il était demandé aux organismes municipaux de suivre. Il a ainsi été possible d'obtenir un appui plus important pour des activités menées en collaboration et d'établir des fondations plus solides pour l'adoption d'une conception collective de la planification de la santé dans la ville.

Le processus d'élaboration du plan (figure 15) a un caractère circulaire : il commence au sein des comités de décision les plus puissants de la ville et ses résultats sont réinjectés dans les délibérations de ces comités.

Il a fallu tout d'abord obtenir l'adhésion des principales instances de décision de la ville. Il était nécessaire de convaincre celles-ci de souscrire au projet pour obtenir la coopération des hauts responsables des organismes chargés de fournir différents services.

L'équipe de planification a organisé une série de réunions pour élaborer une synthèse décrivant les activités de ces organismes.

La municipalité de Glasgow établissait déjà toute une série de statistiques concernant la santé et le social qui ont

donc été exploitées. Les organismes municipaux ont établi eux-mêmes les descriptions succinctes de leurs activités, en y indiquant les liens existant entre celles-ci et la situation de santé générale de la ville. Un projet de document a pu ainsi être établi au bout d'une année.

Après des consultations approfondies, le comité de pilotage du projet Villes-Santé, la municipalité et l'administration locale de la santé ont approuvé le projet.

Celui-ci a été ensuite diffusé, pour que les organismes prestataires de services puissent le mettre à jour et formuler des observations à son sujet.

L'élaboration du plan par les organismes responsables a pris environ trois ans, mais n'a été possible que grâce à la solide structure de collaboration mise en place et à l'intérêt en haut lieu que les responsables du projet ont réussi à obtenir.

L'adoption du document ne représentait pas la fin du processus, mais le début des efforts visant à obtenir une participation plus large de la population et un renforcement de l'ancrage local du plan.

Après l'adoption du plan, on a établi une stratégie de suivi, d'examen et de développement en vue de surveiller la réalisation de buts stratégiques mesurables et de concrétiser les activités menées en collaboration.

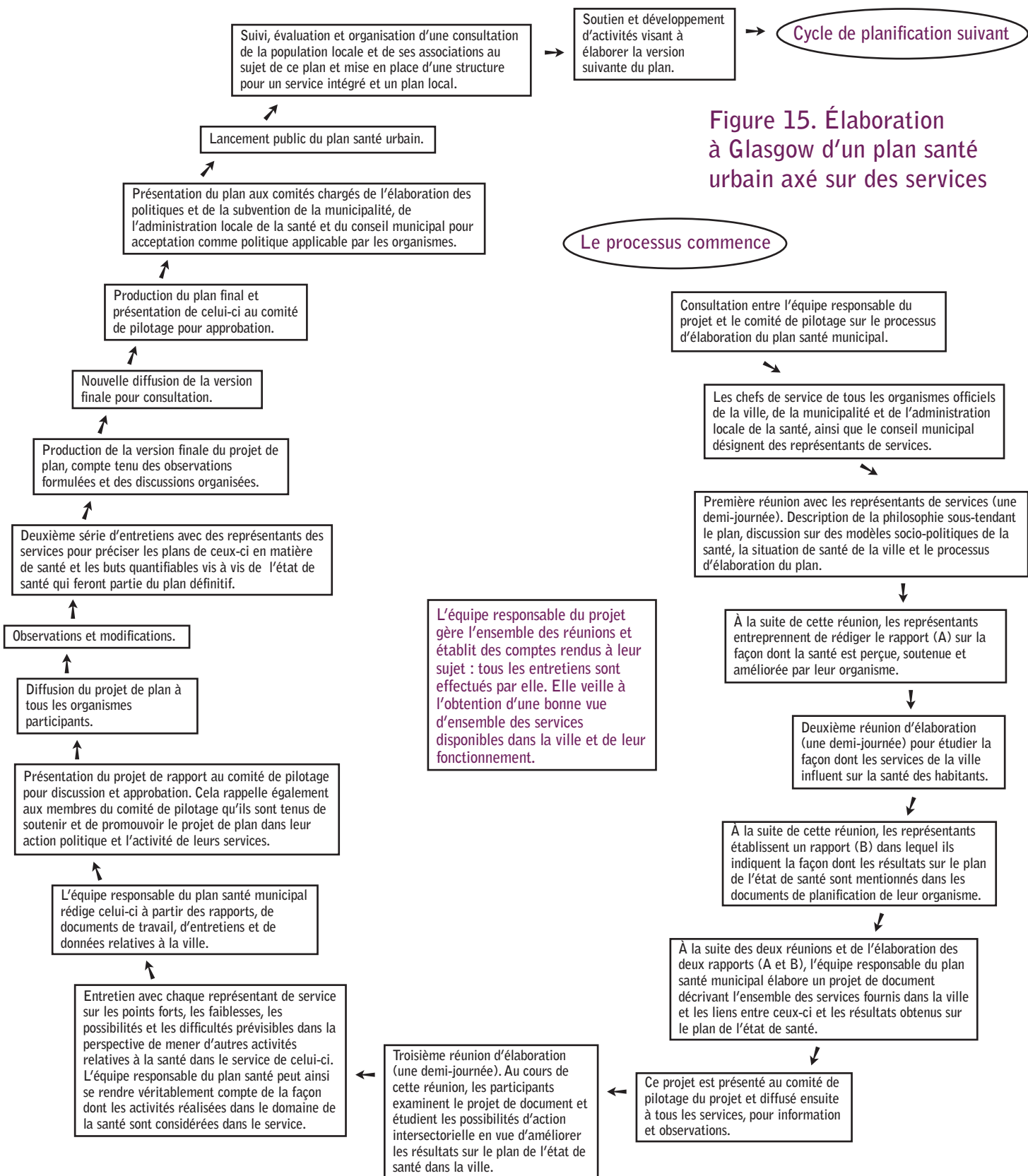


Figure 15. Élaboration à Glasgow d'un plan santé urbain axé sur des services

Le processus commence

Plan de Bologne pour la santé et l'environnement

Bologne a rejoint le mouvement Villes-Santé de l'OMS en 1994, à la suite des activités menées dans la ville depuis 1991. Ces dernières avaient renforcé les capacités de la ville en matière d'action santé, ce qui avait débouché sur la mise au point d'un projet incitant chacun à protéger sa propre santé et sur la création d'une " boutique santé ". Dans le cadre de ces activités, la population de Bologne avait participé activement au rassemblement et à la production d'informations sur la santé.

Cette collaboration au niveau local a eu des répercussions sur les activités menées à l'échelon municipal. La Ville de Bologne a signé la Charte d'Aalborg, participe à la Campagne européenne pour des villes durables et au mouvement Villes-Santé de l'OMS, et a lancé un Agenda 21 local en 1996.

Le service de l'environnement est responsable des activités de l'Agenda 21 local et coordonne la collaboration au sein du conseil municipal et au niveau local. Cet intérêt de Bologne pour l'Agenda 21 local et le projet Villes-Santé apparaît clairement dans le plan politique élaboré pour la ville pour la période 1995–1999, dont le but principal était de concevoir des plans d'action à long terme pour promouvoir le développement durable.

Dans le cadre du mouvement Villes-Santé, les objectifs sont d'établir des liens

stratégiques avec d'autres secteurs et organismes qui ont une forte influence sur la santé, et de renforcer les alliances et les systèmes de soutien. Il faut réaliser un profil santé global de la ville et préparer des mesures pour aborder des questions telles que l'équité et le développement durable.

Étant donné que les principes et la pratique de la Santé pour tous et du plan local Agenda 21 se recoupent largement, la municipalité a l'intention d'aborder ensemble les questions d'environnement et de santé en élaborant un plan municipal d'ensemble pour la santé et l'environnement. L'équipe responsable de l'Agenda 21 et le bureau du programme Villes-Santé analysent les facteurs environnementaux à l'œuvre dans la ville et élaborent un profil santé de celle-ci.

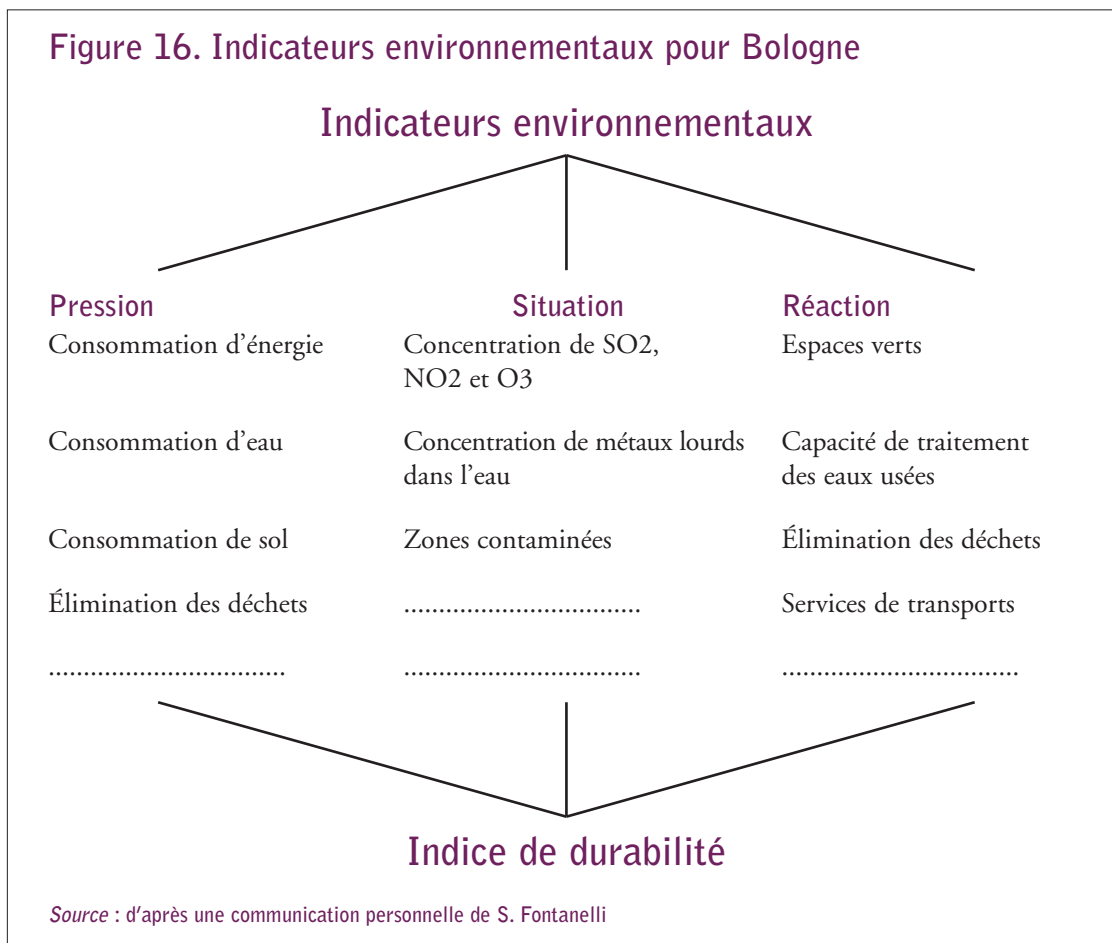
Indicateurs environnementaux

L'équipe responsable du plan local Agenda 21 a déjà mis au point 80 indicateurs environnementaux répartis en trois catégories : situation, pression et réaction (figure 16). Les problèmes recensés ont trait à la pollution atmosphérique, aux nuisances sonores, à l'approvisionnement en eau, à la consommation d'énergie, à l'évacuation des déchets, aux transports, aux activités industrielles, à la planification des ressources en eau urbaine et à la mauvaise utilisation des ressources. Cet ensemble d'indicateurs constituera une base de données permanente qui sera mise à jour régulièrement. Grâce à

elle, un indice de viabilité à long terme reposant sur 12 indicateurs sera mis au point. Au cours du processus d'élaboration des indicateurs, plusieurs consultations publiques et séminaires ont été organisés à Bologne dans le but de créer un forum des citoyens pour un Agenda 21 local. Ce forum sera composé de représentants d'associations de défense de l'environnement, de syndicats, de la

Confédération des artisans, de la Confédération des industriels, de l'Association des consommateurs et d'autres associations. Il participera à toutes les étapes importantes de l'élaboration du plan local Agenda 21. L'équipe responsable de ce dernier associera le forum des citoyens à l'élaboration et au choix des 12 indicateurs environnementaux pour l'indice de durabilité.

Figure 16. Indicateurs environnementaux pour Bologne



Les tâches et les priorités de l'Agenda 21 local feront l'objet de discussions au sein du forum des citoyens, et les suggestions et priorités avancées par ces derniers seront prises en compte. Le document final sera le

fruit d'une collaboration entre l'ensemble de la communauté locale et les organismes officiels, et constituera un bon point de départ pour une collaboration en vue de la mise en œuvre des plans.

Figure 17. Chronologie du plan de Bologne pour la santé et l'environnement

Projet Villes-Santé

Agenda 21 local

1991 Lancement du projet de protection individuelle de la santé

1993 Ouverture de la boutique santé

1994 Adhésion à la deuxième phase du programme Villes-Santé de l'OMS

Signature de la Charte d'Aalborg

1995 Bologne est chargée de la coordination du réseau italien Villes-Santé

Première édition du profil santé de la ville

1996 Début de la collaboration étroite avec l'équipe responsable de l'Agenda 21 local

Début du processus centré sur l'Agenda 21 local
Analyse de la situation environnementale
Bologne est chargée de la coordination de la Campagne des villes européennes durables pour les membres italiens

1997 Plan santé urbain

Agenda 21 local

Plan de Bologne pour la santé et l'environnement

Source : d'après une communication personnelle de S. Fontanelli

Profil santé de la ville et indicateurs d'équité sociale

Le projet Villes-Santé de Bologne a achevé le premier profil santé de la ville en 1995 et s'emploie actuellement à choisir une série d'indicateurs de justice sociale. Cette opération est considérée comme une étape importante pour la mise en place d'une coordination de l'action intersectorielle pour la santé. La mise au point d'un ensemble d'indicateurs contribuera à la définition future d'un indice de durabilité et de capacité sociales. Cette tâche est encore beaucoup plus difficile pour les problèmes sociaux et ceux qui concernent la santé que pour ceux de l'environnement. L'équipe responsable du projet Villes-Santé met actuellement au point des méthodes et entreprend des discussions avec la communauté locale sur les difficultés

jugées les plus importantes.

Il faut espérer que la boutique santé permettra de déterminer et de prendre en compte les facteurs sociaux et environnementaux qui agissent sur la santé au niveau local. Un réseau pour la santé est en cours de création ; grâce à ses antennes dans les neuf grands quartiers de la ville, il sera possible d'atteindre les habitants de ceux-ci d'une façon nouvelle et plus directe. La boutique santé constituera le point central du réseau.

Plan pour la santé et l'environnement

Le plan pour la santé et l'environnement (figure 17) reposera sur le profil santé de la ville et sur les rapports relatifs à l'environnement, il servira de guide pour la détermination des priorités d'action.

Buts de la boutique santé

Recenser et prendre en compte les aspects environnementaux et sociaux qui peuvent influencer sur la santé.

Aller à la rencontre de la population dans les différents quartiers de la ville de façon nouvelle et plus directe, en encourageant l'adoption de modes de vie et de comportements sains.

Créer des réseaux pour la santé et mettre en place une base de données en utilisant les technologies de l'information.

Liverpool : élaboration d'un plan axé sur la collaboration

La municipalité de Liverpool était convaincue que l'élaboration d'un plan santé ne devait pas être considérée comme une opération réalisée une fois pour toutes, capable à elle seule de lancer les activités nécessaires pour résoudre instantanément les problèmes de santé et d'environnement d'une ville. Elle estimait qu'un plan santé était en fait un moyen de consulter les parties intéressées, de rassembler et d'analyser les données, d'obtenir les ressources nécessaires pour apporter des améliorations essentielles et ouvrir de nouvelles voies de communication entre différents secteurs et groupes de la ville, capables d'apprendre à travailler ensemble en permanence.

À Liverpool, la consultation avec les organismes prestataires de services et avec la population a fait l'objet d'une coordination étroite avec le processus de planification. Le plan santé est une stratégie quinquennale visant à améliorer la qualité de la vie et la santé dans la ville. Il comporte des objectifs et des buts quantifiables à long et à court termes, afin que tous agissent dans le même sens pour s'attaquer aux causes fondamentales des problèmes de santé à Liverpool et pour atteindre l'état de santé décrit dans le document énonçant la stratégie de santé pour l'Angleterre (46).

Liverpool a été l'une des premières villes à participer au programme Villes-Santé de

l'OMS, en 1988. Au cours de la phase initiale de financement, le projet Villes-Santé de Liverpool s'est employé à s'organiser et à obtenir l'adhésion de tous les organismes concernés à la philosophie, à la stratégie et aux principes de la Santé pour tous. Au cours de la deuxième phase de financement, le projet Villes-Santé a entrepris l'élaboration de son propre plan santé municipal.

En 1993, de nouveaux dispositifs et de nouvelles structures de santé publique ont été mis en place dans la ville, de sorte que la santé publique s'est retrouvée au cœur du processus de planification des principales autorités (figure 18). Dans le cadre d'une révision du projet Villes-Santé, il a été décidé de créer des groupes spéciaux chargés d'étudier les problèmes de santé prioritaires de la ville. Ces groupes ont été placés sous l'autorité de l'équipe mixte de santé publique, qui venait d'être créée, et du comité consultatif mixte.

La tâche des groupes spéciaux était de préparer, sur les plans stratégique et opérationnel, l'élaboration d'un plan santé municipal global. Les groupes spéciaux devaient examiner des domaines essentiels relevant de la politique nationale de promotion de la santé, notamment le cancer, la santé cardiaque, la santé sexuelle et les accidents. Il a été décidé de créer un cinquième groupe spécial chargé d'étudier les conditions de logement favorables à la santé et des facteurs de morbidité tels que la

La perspective se situe dans un avenir où prospérité économique, justice sociale et protection de l'environnement naturel se conjuguent pour assurer la bonne santé et l'amélioration du bien-être de tous aujourd'hui et demain.

pauvreté. Il a été estimé que le logement était un très bon indicateur de la pauvreté.

Les membres des groupes spéciaux étaient des représentants de l'administration de santé locale, du conseil municipal de Liverpool, d'associations, du conseil des métiers, du service de promotion de la santé de la ville, de conseils pour la santé établis dans les quartiers, d'universités, de la Chambre de commerce et des différentes communautés de la ville. Environ 150 personnes ont participé à l'élaboration du plan santé municipal.

Le projet de plan a été diffusé pour consultation en janvier 1995. Plusieurs versions du plan ont été établies ; elles ont été utilisées dans divers cadres et des animateurs ont veillé à ce qu'elles soient accessibles à tous les groupes. On a également produit une vidéo pour faciliter les discussions de groupe. On a établi des questionnaires et rédigé des lettres afin d'obtenir des réactions.

L'analyse des résultats de la consultation a montré que la population soutenait largement le plan. Elle comprenait les liens qui existaient entre les causes fondamentales de la morbidité et les principales causes de décès prématuré et de maladie, et estimait que la prise de mesures pour lutter contre ces causes était le meilleur moyen d'influer positivement sur la santé. La population a classé l'environnement en tête des dix principaux sujets de préoccupation. Les habitants s'inquiétaient en particulier de la

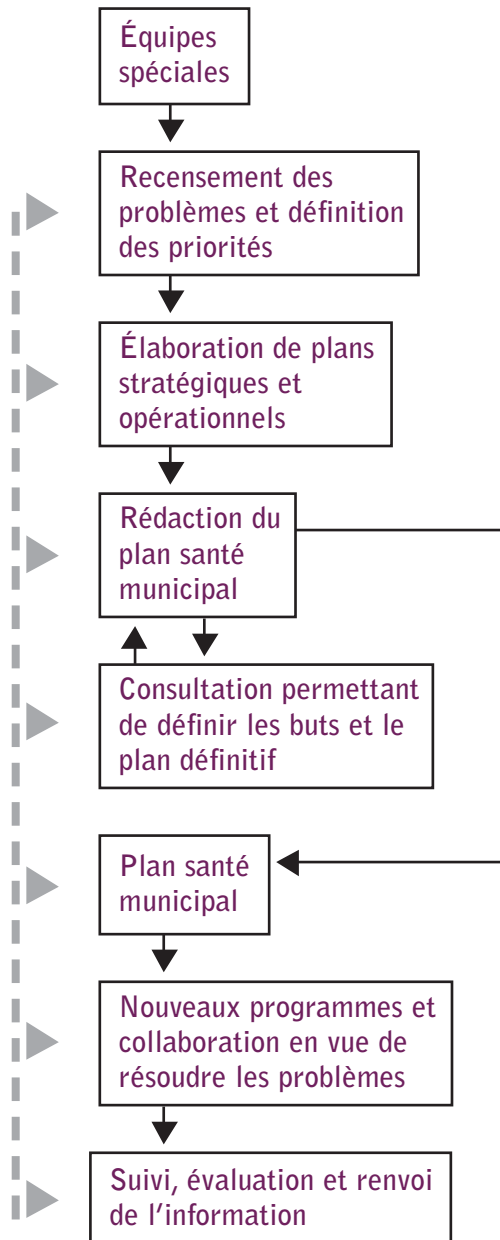
pollution atmosphérique et voulaient une ville propre et verte. Les sujets de préoccupation les plus importants étaient ensuite la pauvreté et le chômage, la santé mentale, le logement, l'accès aux services de santé, l'enseignement et la formation, l'octroi d'une plus grande influence aux jeunes de la ville, l'alimentation, les accidents et les transports.

Les observations résultant de la consultation ont ensuite été prises en compte pour l'élaboration du plan santé municipal révisé, dont la version finale (40) a été diffusée le 7 avril 1996, Journée mondiale de la santé, dont le thème cette année-là était les Villes-Santé.

Le plan santé municipal met en évidence la nécessité d'influer sur les grands déterminants socio-économiques, environnementaux, politiques et discriminatoires des problèmes de santé. Par exemple, il prévoit des mesures pour lutter contre la pauvreté dans la ville. Celles-ci consistent notamment à utiliser des sources de financement nouvelles, telles que les ressources affectées à l'Objectif 1 de l'Union européenne, pour agir dans certains quartiers de la ville en vue de créer des emplois. Il est prévu de réorienter les ressources disponibles pour mener une action de rénovation urbaine et d'investissement dans l'économie, et la ville s'emploie à atteindre des buts équilibrés relatifs à la viabilité de l'environnement à long terme.

Le plan a été diffusé sous des formes multiples : version intégrale, résumé, versions du résumé traduites dans sept langues différentes, cassette audio dans différentes langues, texte en Braille, document imprimé en grands caractères, articles publiés dans des journaux, discussions à la radio et journaux gratuits distribués à tous les ménages de la ville.

Figure 18. Le processus de planification de la santé



Le plan influence déjà les principales activités du conseil municipal de Liverpool et de l'administration sanitaire de la ville. Certaines mesures ont déjà été adoptées, de sorte que la ville travaille et pense d'une manière différente. On ne se borne pas à parer au plus pressé, on préfère inclure plutôt qu'exclure, et la centralisation de la planification appartient désormais au passé.

Les nouveaux modes de réflexion et d'action sont centrés sur la planification à long terme des quartiers, les partenariats entre organismes officiels et la population locale, l'action locale et la coopération, les réalisations susceptibles d'être mesurées, une préoccupation pour les générations futures et une meilleure compréhension des problèmes de santé et des effets des différentes politiques et mesures sur la santé.

Les effets du plan sur la santé seront quantifiés. On mettra au point des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis au cours des cinq prochaines années d'exécution du plan et les résultats d'un examen des progrès accomplis seront publiés annuellement.

Planification intersectorielle pour la santé à Belfast

La ville de Belfast a commencé à élaborer un plan santé (figure 19) en partant d'une philosophie et d'une structure bien claires (47) :

Comme de nombreux facteurs contribuent à la santé, celle-ci relève de la responsabilité d'individus et d'organismes très divers, qui doivent jouer un rôle individuel et collectif dans la santé d'une ville. La municipalité doit jouer un rôle important, en agissant par le biais de ses politiques économiques et sociales. Les employeurs, grands et petits, doivent jouer un rôle en raison des effets de leurs activités sur l'environnement, des produits qu'ils fabriquent, des emplois qu'ils offrent et des conditions de travail de leurs salariés.

En conséquence, la planification pour la santé dans la ville devient la responsabilité de tous les secteurs concernés de la ville, en particulier les secteurs de l'environnement, de l'action sociale et éducative, du logement et des soins de santé.

Cette philosophie a été le point de départ de la définition d'un but et d'objectifs pour le plan santé de la ville.

But

Le but du plan santé de la ville est de définir une philosophie de la santé des citoyens dans

tous les secteurs et d'élaborer des politiques et des stratégies globales pour la traduire dans les faits.

Objectifs

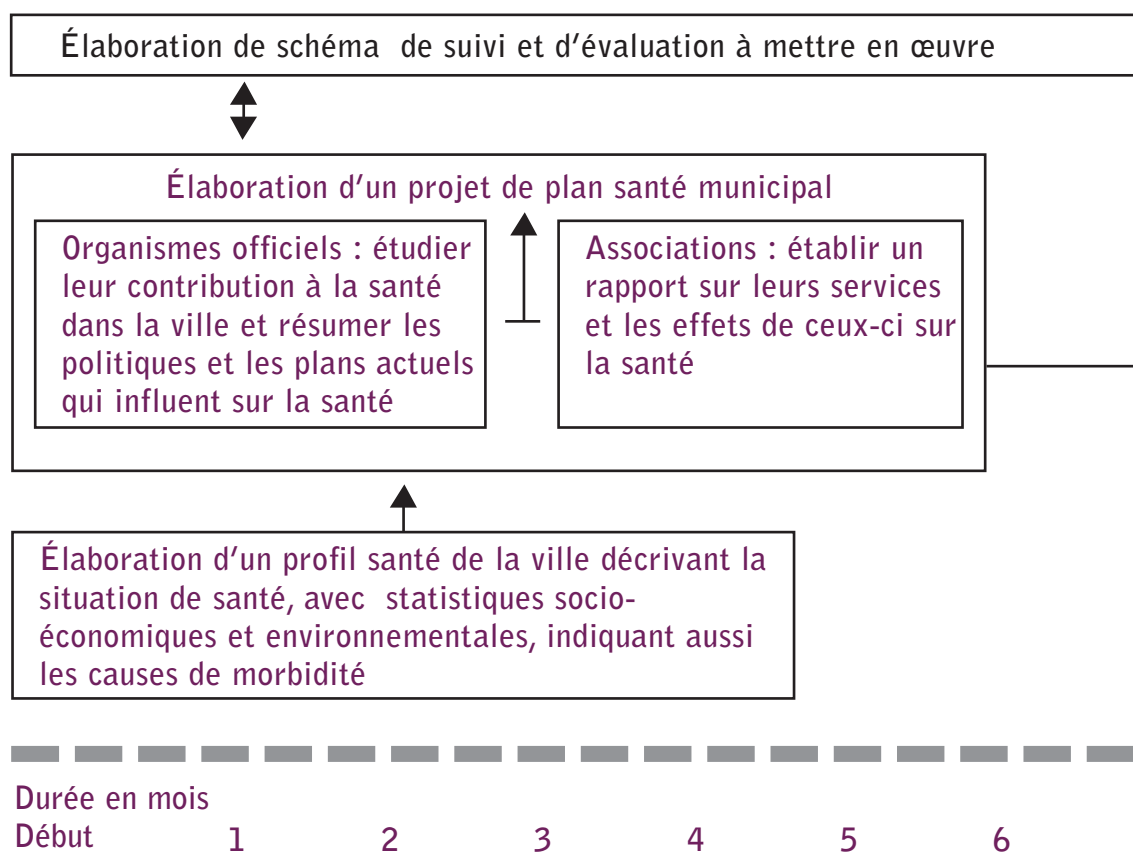
Les objectifs du plan sont les suivants :

1. élaborer un profil santé de la ville, qui contienne notamment des données qualitatives et quantitatives décrivant la santé des habitants et leurs conditions de vie ;
2. mettre en évidence les problèmes qui se posent dans le domaine de la santé, par exemple en décrivant les activités prévues dans le domaine de la santé et les politiques des organismes officiels, faciliter le recours à de nouvelles démarches globales concernant les activités de santé et liées à la santé dans la ville, et coordonner ces activités ;
3. permettre aux différents groupes de la ville de participer aux processus de décision relatifs à la santé et à la fourniture de services publics liés à la santé, et d'influencer ces processus ;
4. offrir une base rationnelle pour la prise de décisions, axée sur l'investissement en santé et la réduction des inégalités en matière de santé ;
5. mettre au point un cadre de suivi et d'évaluation qui permettra de suivre les progrès enregistrés au cours de la mise en œuvre des stratégies et de mesurer les résultats obtenus.

Des mesures des processus, l'énoncé de résultats et des délais sont prévus pour chaque phase du processus d'élaboration du plan. Les résultats globaux et individuels du plan sont également décrits. Les résultats globaux prévus par le plan santé municipal sont les suivants :

1. une orientation commune vers la santé dans la ville pour tous les organismes officiels ;
2. une amélioration de la coordination et de la synergie résultant du processus renforcera les différents programmes.

Figure 19. Processus d'élaboration du plan santé de la ville de Belfast



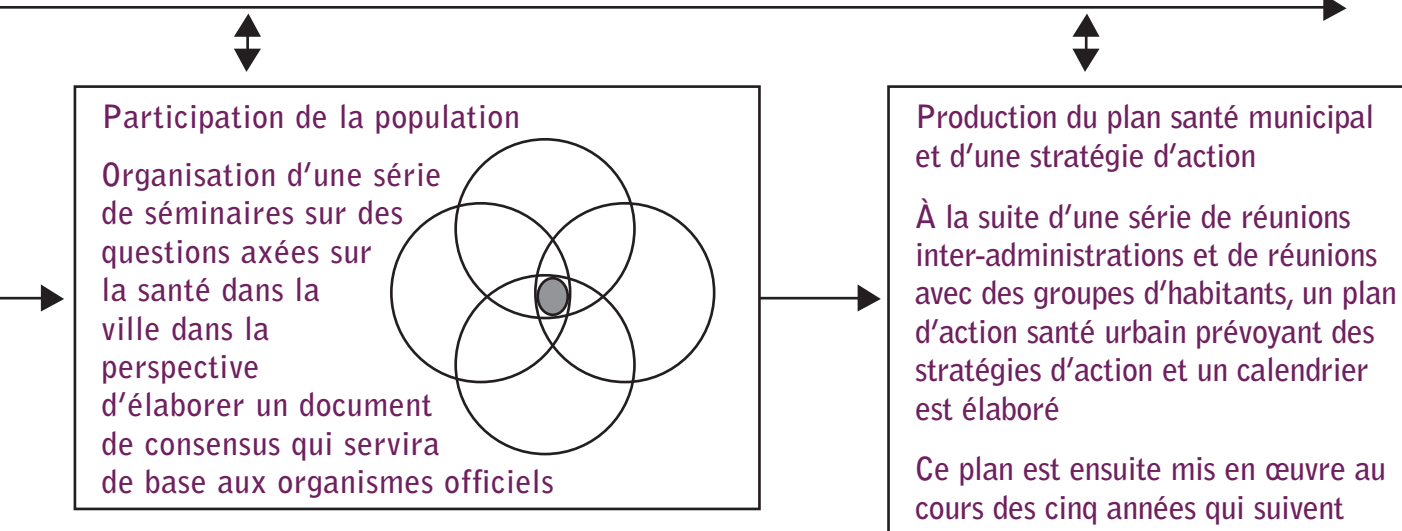
Les résultats individuels prévus par le plan santé municipal sont les suivants :

1. des politiques coordonnées intégrées dans les futurs cycles de planification des

organismes officiels ;

2. une amélioration de la coordination entre les secteurs afin d'apporter des prestations de services adaptés aux besoins de la population ;

pendant toute la durée du plan et de ses stratégies



8

9

10

11

12

13

14

15

1. indications relatives à la modification des politiques des organismes officiels qui investissent dans la santé ;
2. stratégies d'action comportant un calendrier et des indicateurs, qui engendrent une amélioration de la qualité de vie des citoyens dans des domaines tels que l'environnement et la santé, la pauvreté et la santé, les réseaux sociaux pour la santé et les services appropriés ;
3. participation de la population et des groupes locaux à la planification et à la conception futures de politiques et de services dans les quartiers ;
4. renforcement de la participation de la population et des associations locales aux activités des organismes officiels ;
5. mesures facilitant la participation des minorités ethniques à l'évaluation des besoins et à l'élaboration de plans d'action ;
6. meilleure compréhension des principaux besoins de la population et des différentes compétences et ressources existant au sein du tissu social ;
7. création de nouveaux partenariats avec les organismes officiels, les associations et le secteur privé aux niveaux des quartiers, de la ville et de l'Europe tout entière en vue de soutenir une action à long terme ;
8. élaboration de plans santé locaux ;
9. mise en évidence des besoins de la population, tant sur le plan d'une modification des politiques que sur celui de l'élaboration de stratégies en vue d'une action ;
10. mise en place de structures de soutien en vue de négociations ;
11. amélioration de la satisfaction de la population au sujet de la fourniture des services ;
12. signes clairs d'une collaboration entre les pouvoirs publics qui soutient la viabilité à long terme des localités ;
13. données montrant que les groupes exclus sont associés à la politique et aux programmes de planification ;
14. signes clairs montrant que les organismes officiels élaborent et renforcent des politiques et des programmes durables à long terme en partenariat avec la communauté locale ;
15. signes clairs d'un renforcement des capacités au sein de la population.

Comme tous les autres plans santé municipaux élaborés dans le cadre de projets Villes-Santé, le travail fondamental d'obtention d'une adhésion, d'un soutien et des ressources humaines nécessaires pour mener à bien le travail fait partie intégrante du projet.

1. *Organisation des Nations Unies, Sommet planète Terre – Agenda 21.* New York, Département de l'information de l'Organisation des Nations Unies, 1993.
2. *Les buts de la Santé pour tous – La politique de santé de l'Europe.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1991 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 4).
3. Topfer, K. Our cities, our future. *In:* Price, C. & Tsouros, A., ed. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development.* Copenhague, Programme Villes-Santé de l'OMS, 1996, p. 1–4 (document n° EUR/ICP/ HCIT9401/MT04(A)).
4. Mega, V. The wellbeing of cities and citizens in Europe. *In:* Price, C. & Tsouros, A., ed. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development.* Copenhague, Programme Villes-Santé de l'OMS, 1996, p. 15–37 (document n° EUR/ICP/ HCIT9401/MT04(A)).
5. Mumford, L. What is a city? *Architectural record*, 82:1937.
6. Davis, K. The urbanisation of the human population. *In:* Le Gates, R.T. & Stout, F., ed. *The city reader.* Londres, Routledge, 1997, p. 1–11.
7. Newman, P. & Itzin, C., ed. *Gender, culture and organisational change: putting theory into practice.* Londres, Routledge, 1995, p. 1–7.
8. *Women in the city: housing, services and the urban environment.* Paris, Organisation de la coopération et du développement économiques, 1995.
9. Sandercock, L. & Forsyth, A. A gender agenda: new directions in planning theory. *In:* Le Gates, R.T. & Stout, F., ed. *The city reader.* Londres, Routledge, 1997, p. 407–420.
10. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. *In:* *Organisation mondiale de la santé. Documents fondamentaux.* 42^e édition Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999.
11. Whitehead, M. & Dahlgren, G. What can be done about inequalities in health? *The lancet*, **338**:1059–1063 (1991).
12. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
13. *Making partners: intersectoral action for health.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1990.
14. Benzeval, M. et al. ed. *Tackling inequalities in health: an agenda for action.* Londres, Kings Fund, 1995.
15. Research Unit in Health and Behaviour Change. *Changing the*

- public health*. Édimbourg, John Wiley and Sons, 1989, p. 108.
16. *Working together for Glasgow's health: Glasgow city health plan*. Glasgow, Glasgow Healthy City Project, 1995.
 17. Laughlin, S. & Black, D., ed. *Poverty and health: tools for change*. Birmingham, Public Health Trust, 1995.
 18. Tsouros, A. WHO healthy city projects: state of the art and future plans. *Health promotion international*, **10**(2): 133-141(1995).
 19. *City health planning: the framework*. Copenhagen, Bureau du programme Villes-Santé de l'OMS, 1995.
 20. Kirkby, J. et al., ed. *Sustainable development: the Earthscan reader*. Londres, Earthscan Publications, 1995, p. 1–14.
 21. Commission mondiale pour l'environnement et le développement. *Notre avenir à tous*.
 22. Rees, W., & Lawrence, R. Urban environment, health and the economy: cues for conceptual clarification and more effective policy implementation. In: Price, C. & Tsouros, A., ed. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, Bureau du programme Villes-Santé de l'OMS, 1996, p. 1–4
 - (document n° EUR/ICP/HCIT9401/MT04(A)).
 23. *Health implications of the ecological crises*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1991.
 24. *The local Agenda 21 planning guide: an introduction to sustainable development planning*. Toronto, Conseil international pour les initiatives écologiques locales. Initiative locale Agenda 21, 1996.
 25. Pearce, D. Sustainable development: the political and institutional challenge. In: Kirkby, J. et al., ed. *Sustainable development: the Earthscan reader*. Londres, Earthscan Publications, 1995, p. 287–290.
 26. *Charte des villes européennes pour la durabilité* (Charte d'Aalborg). Bruxelles, Campagne des villes européennes durables, 1994.
 27. *Plan d'action de Lisbonne : de la Charte à l'action*. Bruxelles, Campagne européenne pour des villes européennes durables, 1996.
 28. United Kingdom Local Authority Associations and Local Government International Bureau. *Agenda 21: a guide for local authorities in the United Kingdom*. Londres, Local Government Management Board, 1994 (Supplement No. 2).
 29. Groupe d'experts de l'environnement

- urbain de la Commission européenne. *Villes durables européennes*. Bruxelles, Commission européenne, 1994.
30. Tansey, G., & Worsley, T. *The food system*. Londres, Earthscan Publications, 1995, p. 14–15.
 31. Hancock, T. *Planning and creating healthy and sustainable cities: the challenge for the 21st century*. In: Price, C. & Tsouros, A., ed. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, Bureau du programme Villes-Santé de l'OMS, 1996, p. 65–88 (document n° EUR/ICP/HCIT9401/MT04(A)).
 32. *Local Agenda 21: principles and process. A step by step guide*. Londres, Local Government Management Board, 1994.
 33. *Municipal public health planning: a resource guide*. Queensland, Healthy Cities and Shires Project, Queensland Health and Queensland University of Technology, 1995.
 34. *Action for women's health: making changes through organizations*. Glasgow, Women's Health Working Group, Glasgow Healthy City Project, 1996.
 35. Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice. *Health for all Ontarians. A provincial dialogue on the determinants of health*. Toronto, Queen's Printer for Ontario, 1994, p. 1.
 36. *Monitoring and evaluation of community development in Northern Ireland*. Belfast, Voluntary Activity Development Branch, Department of Health and Social Services, 1996, p. 29.
 37. *Community development and health: the way forward in Sheffield*. Sheffield, Healthy Sheffield, 1993.
 38. *Principles and values*. Leicester, Centre for Social Action, De Montford University, 1993.
 39. *Towards local sustainable development: a toolkit of strategies*. Canberra, National Local Government Environmental Resource Network, Australian National University, 1994, p. 21.
 40. *Liverpool city health plan. Liverpool healthy city 2000*. Liverpool, City of Liverpool, 1996.
 41. Black, D. & Womersley, J., ed. *Glasgow's health: old problems new opportunities*. Glasgow, Greater Glasgow Health Board, 1994.
 42. Hair, S. *Glasgow's health: women count*. Glasgow, Glasgow Healthy City Project, 1995.

43. *City health profiles: how to report on health in your city*. Copenhagen, Bureau du Programme Villes-Santé de l’OMS, 1995 (document n° ICP/HCIT94/ 01 PB2).
44. Ginnerty, P. et al. *Moyard: a health profile*. Belfast, Eastern Health and Social Services Board, 1985.
45. Black, D. & Craig, P. Assessing health outside the health service. *In*: Harris, A, ed. *Needs to know: a guide to needs assessment for primary care*. Londres, Churchill Livingston, 1997, p. 117–126.
46. Department of Health. *Health of the nation: strategy for health in England*. Londres, HMSO, 1992.
47. Belfast city health plan strategy document. Belfast, Belfast Healthy City Project, 1996.

Développement durable

Commission des Communautés européennes. *Livre vert sur l'environnement urbain*. Communication de la Commission au Conseil et au Parlement. Bruxelles, Office des publications des Communautés européennes, 1990 (CB-CO-90-276-FR-C).

Crombie, H. *Sustainable development and health*. Birmingham, United Kingdom Public Health Alliance, 1995.

Manual for local Agenda 21 in central and eastern Europe. Copenhague, Ministère de l'environnement et de l'énergie, Danemark, 1995.

Sustainable development: the Earthscan reader. Londres, Earthscan Publications, 1995.

Planning for the planet: sustainable development policies for local and strategic plans. Londres, Friends of the Earth, 1994.

Conseil international pour les initiatives écologiques locales. *European local Agenda 21 planning guide*. Bruxelles, Campagne des villes européennes durables, 1995.

Conseil international pour les initiatives écologiques locales, Centre canadien pour

la recherche sur le développement international et Programme des Nations Unies pour l'environnement. *The local Agenda 21 planning guide*. Toronto, ICLEI/IDRC, 1996.

Programme des Nations Unies pour le développement, Centre des Nations Unies pour le développement humain et Banque mondiale. *Towards environmental strategies for cities*. Washington, DC, Banque mondiale, 1994 (Urban Management Programme Policy Paper, No 18).

Programme des Nations Unies pour le développement humain. *Implementing Agenda 21: sustainable human settlements development*. Nairobi, Commission du développement durable de l'Organisation des Nations Unies.

Organisation des Nations Unies, *Sommet planète Terre – Agenda 21*. New York, Département de l'information de l'Organisation des Nations Unies, 1993.

Centre des Nations Unies pour les établissements humains. *The Habitat agenda: draft statement of principles and commitments and global plan of action*. Istanbul, Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat II), 1996.

Pour en savoir plus

L'hygiène de l'environnement dans l'aménagement urbain : rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1991 (OMS, Série de rapports techniques, n° 807).

Problèmes de santé

The urban health crisis: strategies for health for all in the face of rapid urbanization. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1994.

Research Unit in Health and Behavioural Change, *Changing the public health.* Londres, Wiley, 1989.

City health plans and city health planning. Copenhague, Programme Villes-Santé de l'OMS, 1994.

Jacobson, B. et al. *The nation's health.* Londres, King Edward's Hospital Fund for Londres, 1991.

Allen, P. *Off the rocking horse: how local councils can promote your health and environment.* Londres, Green Print/Merlin, 1992.

Draper, P. *Health through public policy: the greening of public health.* Londres, Green Print/Merlin, 1991.

Health for all starter pack. Liverpool, UK Health for All Network, 1993.

Pauvreté

Robbins, D. *Observatory on national policies to combat social exclusion.* Bruxelles, Commission européenne (DG V), 1994.

Thake, S. & Staubach, R. *Investing in people: rescuing communities from the margin.* York, Joseph Rowntree Foundation, 1993.

Sinfield, A., ed. *Poverty, inequality and justice.* Édimbourg, University of Edinburgh, Department of Social Policy and Social Work, 1993 (Social Policy Series, No. 6).

Communities against poverty: resource pack. Glasgow, Strathclyde Poverty Alliance, Strathclyde Regional Council, 1994.

Pauvreté et santé

Wilkinson, R. G. *Unhealthy societies.* Londres, Routledge, 1996.

Benzeval, M. et al., ed. *Tackling inequalities in health: an agenda for action.* Londres, Kings Fund, 1995.

Laughlin, S. & Black, D. *Poverty and health: tools for change*. Birmingham, Public Health Trust, 1995.

Santé des femmes

Her share of misfortune – women, smoking and low income. Edinburgh, Action on Smoking and Health, 1993.

Graham, H. *Hardship and health in women's lives*. Londres, Harvester/Wheatsheaf, 1993.

Doyal, L. *What makes women sick: gender and the political economy of health*. Londres, Macmillan, 1996.

Women's health towards a better world. Rapport de la première réunion de la Commission mondiale sur la santé des femmes, 13–15 avril 1994. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1994 (WHO/DGH/94.4).

Alimentation

Food and low income: a practical guide for advisers and supporters working with families and young people on low incomes. Londres, National Food Alliance, 1994.

Leather, S. Less money - less choice. Poverty and diet in the UK today, In: National Consumer Council, ed. *Your food – whose choice ?* Londres, HMSO, 1992. Questions ethniques

Smage, C. *Health and ethnicity: a critical review*. Londres, Kings Fund Institute/SHARE, 1995.

Logement

Burrige, R. & Ormond, D., ed. *Unhealthy housing: research, remedies and reform*. Londres, E and FN Spon, 1993.

Lawrence, R. *Strategies for housing and social integration in cities*. Paris, Organisation de coopération et développement économiques, 1996.

Bhatti, M. et al. *Housing and the environment: a new agenda*. Londres, Chartered Institute of Housing, 1994.

Partenariat-Participation

Winer, M. & Ray, K., ed. *Collaboration handbook: creating, sustaining and enjoying the journey*. Amherst, H Wilder Foundation, 1992.

Wilcox, D. *Guide to effective participation*. Brighton, Partnership Books, Delta Press.

Fieldgrass, J. *Partnerships in health promotion: collaboration between the statutory and voluntary sectors*. Londres, HEA/NCVO, 1992.

Speller, V. & Funnell, R. *Towards evaluating healthy alliances*. Londres, HEA/Wessex Institute of Public Health Medicine, 1994.

Information sur Internet

Local Sustainability: the European good practice information service
<http://cities21.com/europractice>

International Institute for Sustainable Development
<http://iisd1.iisd.ca/contents.htm>

Sustainable Cities Programme
<http://unep.unep.no/unon/unchs/scp/scphome.htm>

European Partners for the Environment Sourcebook
http://www.epe.be/EPE/sourcebook/SB_Contents.html

Programme Villes-Santé de l'OMS (Genève)
<http://www.who.ch/programmes/WHOProgrammes.html>

Programme Villes-Santé de l'OMS (Copenhague)
<http://www.who.dk/tech/hcp/index.htm>

Achévé d'imprimer en septembre 2003
par les presses de l'imprimerie des Hauts de Vilaine (Châteaubourg)
Dépôt légal octobre 2003

Le présent ouvrage est la traduction de *City planning for health and sustainable development*
Edité par David Breuer en 1997
En couverture illustration originale de Central Design
Illustré et produit par Communicable Health
Coordination et supervision Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé
francophones/S2D (Rennes-France)