

— VERS UNE NOUVELLE SANTÉ URBAINE ? LES ENSEIGNEMENTS À TIRER APRÈS PLUS DE 25 ANS DE « VILLES-SANTÉ OMS »

Dr. Jean Simos

Dr. Nicola Cantoreggi

Groupe de recherche en environnement
et santé (GRES)

Institut de santé globale – Faculté de
médecine

Université de Genève

Courriel :

jean.simos@unige.ch

nicola.cantoreggi@unige.ch

RÉSUMÉ

Le programme « Villes-Santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été lancé en 1987, dans le sillage de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Il est le seul programme de l'OMS où les interlocuteurs de cette dernière ne sont pas les autorités nationales mais celles qui sont le plus proches des citoyens, à savoir les collectivités territoriales. Il est l'équivalent pour la santé de ce qu'est l'Agenda 21 local pour le développement durable et constitue la première tentative politiquement structurée de lier urbanisme et santé. Dans cet intervalle de plus de 25 ans, les contextes de sa mise en œuvre ont passablement évolué, ses domaines d'intervention se sont élargis, de même que sa mise en œuvre a progressivement essaimé sur les cinq continents. Cela a donné naissance à un ensemble très diversifié de pratiques en matière de santé urbaine.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de cette longue période d'expérimentation et de maturation ? Quelle est la valeur ajoutée que peut apporter cette initiative de l'OMS, qui entame maintenant sa sixième phase quinquennale, en matière de développement durable et d'urbanisme favorable à la santé ?

MOTS-CLÉS

Promotion de la santé, développement durable, urbanisme favorable à la santé, politiques locales, environnement.

ABSTRACT

The WHO Healthy Cities programme was launched in 1987, following in the footsteps of the Ottawa Charter for Health Promotion. It is the only WHO programme which does not rely on interactions with national governments but with local-level authorities. The decentralised structure of the programme has similarities with the local Agenda 21 initiatives for sustainable development. The WHO Healthy Cities programme constitutes the first politically structured attempt to link up health and urban planning. Over the past 25 years, implementation contexts have evolved considerably. An increasing number of policy areas are involved, and the programme is now active on five continents. It created various types of implementations, reflecting different ways of urban health planning.

This WHO-led initiative is now in its sixth 5-year phase. What lessons can be learned from this extended period of experimentation and development? And what is the added value of this programme for the future of sustainable and healthy urban development?

KEYWORDS

Health promotion, sustainable development, healthy urban planning, local policies, environment.

La santé de tout homme et femme dépend autant des conditions qui existent à la maison, à l'école ou au travail que de la qualité des soins disponibles. On peut donc améliorer la santé en agissant sur certains facteurs environnementaux, sociaux et économiques déterminants. C'est ce qu'on appelle l'approche par les déterminants de la santé. Elle a été explicitée pour la première fois en 1974 dans le rapport Lalonde (Lalonde, 1974) – du nom du ministre canadien de la santé – mais ses racines sont à chercher directement dans la définition positive de la santé adoptée dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *la santé est un état de complet bien-être physique, psychique et social et ne consiste pas en la seule absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946, p.1).

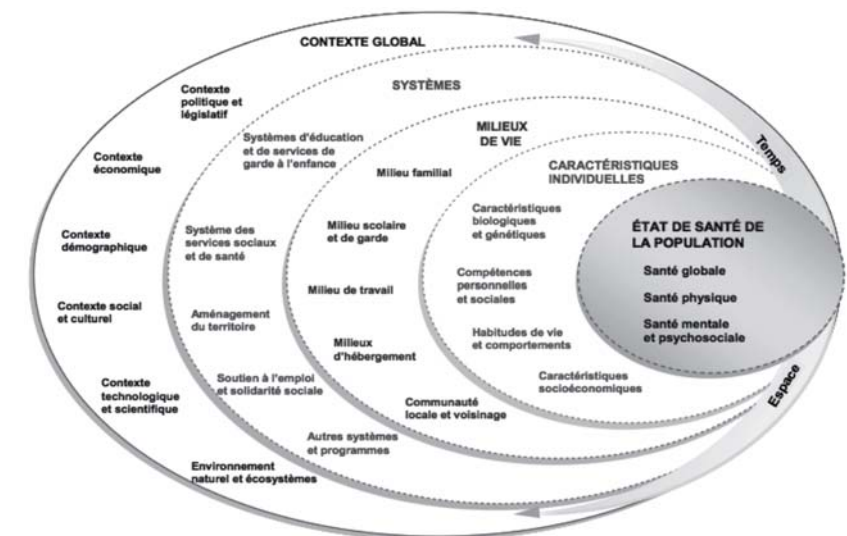


Figure 1 : Les déterminants de la santé. (source : Emond et al., 2010, p. 9)

Ce constat est le point de départ du programme Villes-Santé. Né dans la mouvance de l'atelier *Healthy Toronto 2000* (1984) et de la Conférence de l'OMS qui a abouti à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), il repose sur les principes de la promotion de la santé, qui se définit comme une démarche qui « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » (OMS, 1986, p.1). Les actions sont alors dirigées vers les individus, pour leur permettre de développer des habitudes de vie favorables à leur santé physique et mentale,

mais aussi vers les collectivités pour qu'elles améliorent les conditions environnementales et sociales des populations en vue de leur donner les moyens d'accéder à la santé.

— ÉLÉMENTS CONCEPTUELS

DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES

Profitant d'un séjour de quelques semaines à Berkeley auquel L. Duhl avait invité T. Hancock, ces deux auteurs ont élaboré ensemble les contours du concept de Ville-Santé. Ainsi, une ville-santé « *est une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel* » (Hancock et Duhl, 1986, p.24).

Cette définition implique certaines conséquences fondamentales pour ce nouveau concept :

- a) être « ville-santé » est davantage un processus qu'un état, puisqu'il est question de faire sans cesse un certain nombre de choses pour avoir plus de santé. Il s'agit de fournir un effort permanent pour essayer d'atteindre un but idéal, pour tendre de manière asymptotique vers une cible située au delà du possible ;
- b) c'est un processus de promotion de la santé au niveau de la ville : les notions de « créer des environnements de soutien » et de « renforcer la communauté » qui allaient être introduites par la Charte d'Ottawa quelques mois plus tard, y figuraient déjà, les concepteurs de Villes-Santé étant en relation étroite avec l'équipe de l'OMS, qui, sous la direction de Ilona Kickbush, était en train d'élaborer cette Charte fondatrice ;
- c) l'importance est placée non pas sur la ville elle-même mais sur les gens qui y vivent : comment faire pour que dans leur vie de tous les jours ils puissent développer au mieux leur potentiel humain.

Une ville-santé présente les 11 caractéristiques suivantes (Hancock et Duhl, 1988) :

- i. Un environnement construit de haute qualité, propre et sûr.
- ii. Un écosystème stable dans le présent et durable dans le long terme.
- iii. Une communauté forte dont les membres se soutiennent mutuellement et s'abstiennent d'exploiter autrui.
- iv. Une large participation du public et un contrôle satisfaisant dans les

décisions qui affectent la vie, la santé et le bien-être des gens.

- v. La satisfaction des besoins essentiels (nourriture, eau, abri, revenu, sécurité, emploi) pour tous les habitants de la ville.
- vi. Un accès à une large variété d'expériences et ressources avec la possibilité de multiples contacts, interactions et communication.
- vii. Une économie de la ville diversifiée, énergique et innovante.
- viii. Un soutien à la connectivité avec le passé, avec l'héritage culturel et biologique, avec d'autres groupes et individus.
- ix. Une forme urbaine qui est compatible et met en valeur les paramètres et comportement précités.
- x. Un niveau optimal de santé publique et de services de soins appropriés et accessibles à tous.
- xi. Un état sanitaire élevé (simultanément élevé pour la santé positive et bas pour les maladies).

FINALITÉ ET OBJECTIFS

La finalité du programme Ville-Santé est, à travers l'expression d'une volonté politique, de mettre en marche la ville et ses parties prenantes (administration municipale, secteur associatif, secteur privé, habitants) dans ce mouvement d'amélioration continue des déterminants de la santé de ses habitants.

Les principaux objectifs du programme sont de :

- mettre la santé au premier plan des priorités politiques en cherchant à faire prendre en compte, de manière explicite, la dimension santé dans les décisions des autorités locales ;
- appliquer à l'échelon local la stratégie de l'OMS, reconnaissant ainsi qu'il faut agir au niveau le plus proche du citoyen (« penser globalement, agir localement », selon la formule consacrée de René Dubos, énoncée lors de la Conférence de Stockholm sur l'environnement en 1972, que les dirigeants de l'OMS ont reprise à leur compte) ;
- faire travailler les villes en réseaux afin de stimuler l'innovation, de bénéficier des expériences des autres partenaires et d'accroître la légitimité des politiques et des actions.

Les maîtres-mots du programme sont : participation intersectorielle et communautaire, subsidiarité, empowerment (favoriser les aptitudes à maîtriser sa propre santé et à se prendre en charge de manière autonome dans son contexte social), équité en matière de santé, développement durable, maîtrise et suivi des données relatives à la santé (monitoring) et évaluation systématique des actions.

— LE PROGRAMME EUROPÉEN VILLES-SANTÉ DE L'OMS

HISTORIQUE

En janvier 1986, le Bureau européen de l'OMS organisait une réunion dans ses locaux à Copenhague pour proposer la mise sur pied d'un projet Villes-Santé auprès d'un petit groupe de villes européennes – au départ, quatre à six villes étaient pressenties. Deux mois plus tard, à la réunion de lancement organisée à Lisbonne, ce ne sont pas moins de 21 villes qui ont envoyé des représentants (Hancock, à paraître). Finalement, à la suite de la Conférence d'Ottawa à la fin de la même année, la première phase expérimentale a été lancée de 1987 à 1991 et rassemblé 34 villes (Kickbush, 1989). L'intérêt était tel que des réseaux nationaux Villes-Santé ont commencé à se former en Europe et ailleurs, transformant le projet-pilote initial en mouvement social (Tsouros, 1990).

La seconde phase quinquennale, de 1993 à 1997, était davantage structurée et avait comme objectifs spécifiques l'établissement, par chaque ville participante, de profils de santé (City Health Profile) et de plans de santé (City Health Plan).

La phase III, de 1998 à 2002, a mis l'accent sur les priorités suivantes :

- mise en place de mécanismes qui garantissent une planification sanitaire intégrée (établissement de liens entre la politique sanitaire et d'autres stratégies essentielles relatives à l'ensemble de la ville, notamment le programme Agenda 21 local) ;
- mise en place de stratégies reposant sur la Santé 21¹ et visant, entre autres, à :
 - a) réduire les inégalités en matière de santé,
 - b) mener une action de développement social,
 - c) adhérer aux principes du développement durable (Agenda 21).

De 2003 à 2008, la phase IV a sélectionné quatre sujets prioritaires :

- vieillir en bonne santé,
- urbanisme favorable à la santé,
- évaluation de l'impact sur la santé,
- promotion de l'activité physique.

¹ La *Santé 21*, adoptée en septembre 1998, désigne la façon avec laquelle la région européenne de l'OMS a donné suite à la mise à jour, en mai 1998, de la politique mondiale de la *Santé pour tous*. Il s'agit d'un cadre éthique et scientifique qui permet aux décideurs, à tous les niveaux, d'évaluer les effets de leurs politiques sur la santé et d'utiliser la santé pour guider des actions de développement dans tous les secteurs de la société. Affinant les 38 buts régionaux antérieurs de la *Santé pour tous d'ici l'an 2000*, et prenant en compte les réalisations passées et les nouveaux défis, la *Santé 21* définissait 21 buts pour le 21^{ème} siècle.

La phase V, de 2009 à 2013, avait comme thème général la santé et l'équité en santé dans toutes les politiques, et trois thèmes principaux :

- instaurer un contexte de sollicitude et de soutien en faisant de sorte que la Ville-Santé devienne une ville pour tous ses citoyens – c'est-à-dire qu'elle tienne compte de leurs divers besoins et attentes, les soutienne, y soit sensible et y réponde (par exemple en ayant de meilleurs résultats pour : les enfants, les aînés, les migrants, l'instruction en santé, etc.),
- ménager les conditions et opportunités qui favorisent les modes de vie sains (ville sans tabac, vie active, alimentation saine, réduction de l'alcoolisme et de la toxicomanie, etc.),
- offrir un environnement et un aménagement urbains respectueux de la santé, qui favorisent les activités récréatives et le bien-être, la sécurité, l'interaction sociale, la mobilité, un sentiment de fierté et une identité culturelle (urbanisme pour la santé, logement et rénovation, transports favorables à la santé, changement climatique et crises de santé publique, sécurité, exposition au bruit et à la pollution, etc.).

Actuellement, le réseau européen des Villes-Santé, géré directement par le Bureau régional de l'OMS, a entamé sa VI^{ème} phase quinquennale, de 2014 à 2018, qui est placée sous l'égide de la stratégie européenne de l'OMS pour la santé et le bien-être, Santé 2020 (OMS, 2013). Une centaine de villes seront à nouveau sélectionnées pour faire partie de ce réseau, tandis qu'un nombre bien supérieur² de villes seront désignées « Villes-Santé OMS » à travers une trentaine de réseaux nationaux accrédités. La figure 2 présente l'organisation de ces différents niveaux de Villes-Santé en Europe.

Soulignons le fait que l'organisation en réseaux de différentes échelles géographiques³ est une caractéristique du mouvement Villes-Santé aussi bien au sein (par exemple le réseau des pays de la Mer Baltique, les réseaux nationaux, le réseau wallon, le sous-réseau de l'Arc alpin, etc.) qu'en dehors de l'Europe (par exemple le réseau québécois, acadien, ontarien, etc.).

² Par exemple, la France compte cinq villes dans le réseau européen et un total d'un peu moins de 100 dans son réseau national Villes-Santé OMS.

³ Mais aussi linguistiques, avec par exemple le réseau francophone.

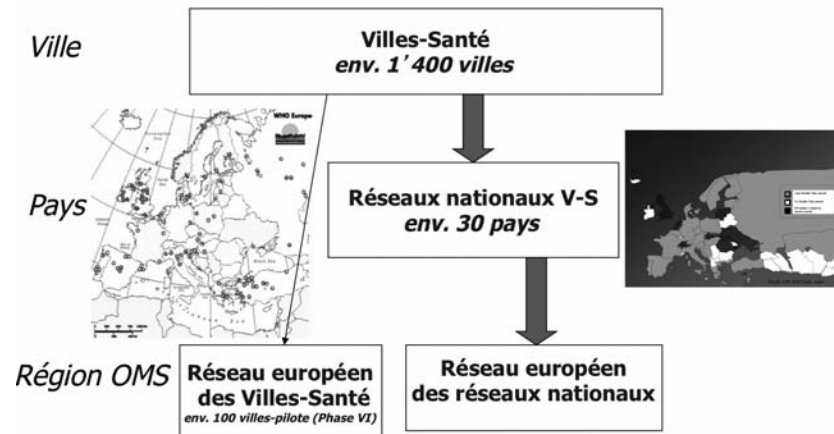


Figure 2 : Les niveaux de Villes-Santé OMS en Europe. (source : Simos & Cantoreggi)

BUTS STRATÉGIQUES

Les buts stratégiques du réseau européen restent très proches des buts originaux d'il y a presque trois décennies (OMS, 2014) :

- promouvoir l'action visant à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations sociales et politiques des villes ;
- promouvoir les politiques et les interventions pour la santé et le développement durable au niveau local, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et les principes des politiques européennes Santé pour tous et Santé 2020 ;
- promouvoir une gouvernance intersectorielle et participative pour la santé, le principe de santé et d'équité en santé dans l'ensemble des politiques locales, et une planification intégrée pour la santé ;
- générer des compétences en matière de politiques et de pratiques, des informations factuelles, des connaissances et des méthodes efficaces pouvant servir à la promotion de la santé dans toutes les villes de la région européenne ;
- promouvoir la solidarité et la coopération entre les villes et les réseaux d'autorités locales en Europe, ainsi que les partenariats avec des institutions s'intéressant aux problèmes urbains ;
- accroître l'accessibilité du Réseau européen de l'OMS à l'ensemble des États membres de la région européenne.

DIMENSIONS ESSENTIELLES

En comparant l'expérience acquise par la pratique de plus de 25 ans de Villes-Santé en Europe aux soubassements théoriques du programme, Helen Wilding a mis en évidence quelques dimensions essentielles de cette approche (Wilding, à paraître), dont nous avons choisi d'en présenter trois ci-après.

MODÈLE ÉCOLOGIQUE

Les pionniers des Villes-Santé dans les années 1980 se sont inspirés des principes de l'écologie humaine pour analyser l'environnement urbain et affirmer que les inégalités d'accès à des environnements améliorant la santé pouvaient avoir un impact plus important que les inégalités de revenus (Giroult, 1989). Depuis lors, la recherche a apporté des nouveaux éléments pour conforter ce modèle, notamment en lien avec les déterminants sociaux de la santé (Tsouros, 2013). D'autant plus que des preuves émergentes apparaissent tendant à indiquer que les approches se limitant à encourager un changement de style de vie par la seule éducation à la santé risquent d'aggraver les inégalités de santé plutôt que le contraire (Lorenc *et al.*, 2013).

Se référer à ce modèle écologique de la santé, avec un accent mis en particulier sur le développement durable, a incité les Villes-Santé à insister sur l'importance de l'action intersectorielle. L'établissement de partenariats de ce type est devenu donc la règle et une exigence des programmes Villes-Santé. Il reste encore à passer de l'interdisciplinaire au transdisciplinaire, en ne se contentant plus d'analyser des variables isolées dans la relation cause-effet (de Leeuw, 2011), mais en saisissant plutôt les effets conjoints d'une multitude de facteurs interdépendants.

PERSPECTIVE DE SALUTOGENÈSE

La perspective de salutogenèse développée par Antonovsky sur « qu'est-ce qui crée la santé » a été adoptée par les Villes-Santé. Selon cette perspective, la santé et la maladie ne sont pas des états qui s'excluent mutuellement, mais plutôt deux pôles définissant un même spectre. La santé se crée à partir d'une interaction dynamique entre facteurs de stress et facteurs de protection. Elle doit donc être toujours recréée, respectivement maintenue, entre défis et solutions. À partir de ce constat, la question fondamentale est de savoir comment maîtriser et gérer au mieux les défis et comment soutenir un mouvement en direction du « pôle santé ». C'est, par exemple, en entretenant et en restaurant ses ressources qu'un malade sera capable de se ré-insérer dans la vie sociale et économique, tout au moins partiellement, et de vivre, autant que faire se peut, avec sa souffrance. Ces ressources et facteurs de salutogenèse s'opposent donc aux facteurs pathogènes auxquels la prévention classique se réfère. Pour s'engager dans la perspective de salutogenèse de façon

pratique, il faut donc adopter une démarche centrée sur la connaissance et le respect des milieux de vie des groupes concernés, qui intègre ces personnes dans le processus de changement (participation) et promeut et développe ainsi leurs ressources (empowerment).

Malheureusement, il semblerait que la « sécurité » offerte par la prévention des maladies dans la compréhension et la gestion de tant de problèmes, et ses techniques sophistiquées (Antonovsky, 1996) aient été beaucoup trop attractives pour les chercheurs et leurs financeurs, et que le changement de paradigme n'ait pas eu lieu. Ainsi, même les indicateurs spécifiquement « Villes-Santé » se rapportent beaucoup trop à la mortalité et la morbidité (Webster et Sanderson, 2013). Pour ancrer la perspective de salutogenèse dans la pratique Villes-Santé, il faut de manière proactive davantage s'intéresser aux récents développements dans la mesure du bien-être (Kickbush, 2012).

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

L'importance de faire participer la population dans les décisions qui peuvent impacter sa santé avait déjà été soulignée dans la Charte d'Ottawa. Elle constitue un des éléments les plus mis en avant dans les exigences d'une Ville-Santé. Dès le départ, les initiatives de renforcement de la participation communautaire ont donc été bien accueillies et encouragées par les responsables du programme.

Toutefois, une revue systématique a conclu que si ces initiatives ont bel et bien apporté des améliorations sur certains déterminants de la santé, leur impact final sur la santé de la population n'a pas pu être démontré (Milton *et al.*, 2012). En effet, une mauvaise mise en œuvre peut amener à des résultats contraires et, *in fine*, à une participation marginale au processus de décision.

— VILLES-SANTÉ, URBANISME ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

LES LIENS AVEC LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Lorsque le concept de Ville-Santé a été élaboré, la Commission Brundtland pour le développement et l'environnement n'avait pas encore rendu son rapport et le terme « développement durable » n'existait pas encore, ce qui explique l'absence de toute mention à son égard dans les documents fondamentaux des pionniers. Les liens entre santé et développement durable ont été officialisés au niveau des Nations-Unies en 1991 par le rapport de la commission Weil « Notre planète, notre santé » (OMS, 1992), dont l'essentiel allait d'ailleurs, une année plus tard former le socle du chapitre 6 de l'Agenda 21 de Rio, consacré à la santé.

Toutefois, au niveau local c'était déjà en 1990, avec la Déclaration de Milan (OMS, 1990, p.14), que les Maires des Villes-Santé faisaient pour la première fois référence à la notion de durabilité⁴ dans la section « Sustainability » de leur Déclaration : « *We pledge our political support for [...] that urban development is environmentally sustainable* ».

La déclinaison de la notion de développement durable au niveau local a commencé à prendre son essor deux ou trois ans après le Sommet de la Terre à Rio, avec la promotion des Agenda 21 locaux. L'adoption de la Charte d'Aalborg et le lancement de la campagne des villes durables par la Commission européenne ont donné une impulsion décisive à cette initiative. L'OMS s'y est rapidement associée en essayant de coupler au mieux ses Villes-Santé avec les villes durables. Comme on a vu plus haut, elle a fait de l'établissement des liens avec l'Agenda 21 local un des principaux objectifs de la Phase III, lancée en 1998 mais préparée les années précédentes. C'est bien au milieu des années 1990 que son Bureau régional pour l'Europe a accompli un travail théorique important sur la convergence entre les binômes « stratégie de la Santé pour tous – développement durable » et « programme Villes-Santé – Agenda 21 local », dont un exemple est donné par le tableau 1.

Principes	Santé pour tous	Agenda 21
Equité	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	Agenda 21
Examen des cadres de planification existants	oui	oui
Analyse des conditions santé, 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

Tableau 1 : Comparatif des principes et processus. (source : Price & Dubé, 1997, p. 47)

⁴ ou de « *soutenabilité* », tel que le terme était encore traduit en français à l'époque.

On ne peut donc que constater la volonté explicitement affichée et forte de l'OMS et, par conséquent, de ses réseaux Villes-Santé d'intégrer au niveau local les principes et actions du développement durable. Est-ce que cela fut le cas également dans l'autre sens ? Il est permis d'en douter. Des chercheurs ayant exploré cette voie sont arrivés à la conclusion que la synergie est plutôt à sens unique (Le Goff et Séchet, 2011, pp. 110-111) :

« Au final, les dynamiques de convergence entre villes durables et villes-santé sont déséquilibrées. Les Villes-Santé sont entrées de plain-pied dans le développement durable en y voyant un moyen d'améliorer le bien-être des populations et des personnes autant que de la planète. Les promoteurs du développement durable sont, de leur côté, restés sur une vision plus restrictive de la santé, avec un double argumentaire – améliorer l'environnement peut permettre de réduire les maladies contagieuses, [...] et améliorer la santé peut renforcer la sensibilité environnementale des populations – dans lequel la promotion de la santé et la recherche du bien-être pour tous sont largement absentes ».

Cette analyse est confirmée par ce qu'on observe en Suisse, notamment à travers l'approche restrictive de la santé que privilégie le principal acteur national du développement durable, à savoir l'Office fédéral du développement territorial (ARE), par exemple dans sa qualification de « outil sectoriel » de l'évaluation d'impact sur la santé (Favre Kruit et Kessler, 2015).

VILLES SANTÉ ET URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

La forme et le type d'environnement urbain impacte grandement la santé des habitants : les données probantes (*evidence base*) qui permettent cette affirmation sont maintenant bien établies et les caractéristiques urbanistiques qui favorisent la bonne santé sont de mieux en mieux analysées (Rydin et al., 2012 ; Galea et Vlahov, 2005). Sans être exhaustifs, on peut citer parmi ces caractéristiques la densité résidentielle, la marchabilité (*walkability*), la présence d'équipements locaux, les modes d'utilisation du sol, les aspects fonciers, l'accessibilité aux espaces verts, au travail et à la nourriture saine. De nouveau sans prétention d'exhaustivité, ces paramètres vont avoir des effets sur l'activité physique, le poids corporel, l'hypertension, le diabète, la dépression, le capital social, etc., de manière indépendante par rapport à des variables comme le revenu ou l'éducation.

C'est dès 1998 et le début de la Phase III que les Villes-Santé du réseau européen de l'OMS se sont préoccupées d'urbanisme favorable à la santé. Par la suite, de 2003 à 2008, la Phase IV en a fait une des quatre priorités et des développements théoriques regroupés autour de 12 objectifs principaux (Barton et Tsourou, 2000) ont été mis en pratiques dans les villes du réseau.

Elle est restée une priorité pour la Phase V (2009-2013), en s'enrichissant de la dimension équité dans la santé. La Déclaration de Zagreb (WHO, 2008, p.5) a revisité la définition ainsi enrichie d'une Ville-santé : « [elle] offre un environnement physique et construit qui soutient la santé, le bien-être et les loisirs, la sécurité, l'interaction sociale, la mobilité facilitée, un sens de fierté et d'identité culturelle et tente de satisfaire les besoins de l'ensemble de ses citoyens ». Dans les importants défis que rencontrent actuellement les villes européennes (changement climatique, vieillissement, chômage, accès à un logement décent, etc.), agir à travers les politiques de la ville selon la notion des co-bénéfices pour la santé est devenu primordial.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS APRÈS L'ÉVALUATION DE LA PHASE V

Cette évaluation (de Leeuw *et al.*, 2014), basée sur des questionnaires, entretiens et analyses de documents fournis par les responsables locaux Villes-Santé, a permis de mettre en évidence les enseignements tirés de la mise en œuvre par les Villes-Santé européennes des recommandations de l'urbanisme favorable à la santé, regroupés selon les trois catégories suivantes.

a) Vision et plaidoyer

La vision sur le long terme a besoin d'être combinée avec des jalons intermédiaires pertinents et opportuns afin d'obtenir les premiers résultats encourageants : des projets d'étape réussis, focalisés sur les enjeux-clé locaux, avec des messages clairs. Il n'y a pas de meilleur argument pour la justesse de l'approche qu'un projet de réalisation en apportant la démonstration. Dans leur plaidoyer, les professionnels de la santé doivent avoir recours à des représentations positives, cherchant à offrir des solutions pratiques aux partenaires.

b) Travail en partenariat

Pour édifier ce partenariat sur des bases solides, il faut laisser du temps au temps, prodiguer des conseils d'expert et cheminer ensemble avec du co-apprentissage. L'approche partenariale permet aux partenaires de s'approprier les réussites d'étape et d'élargir et consolider l'engagement des acteurs. L'évaluation de la Phase V a mis en évidence quelques expériences très parlantes à cet égard, comme celle d'Amaroussion, dans la périphérie d'Athènes, qui a combiné partenariats interdisciplinaires et consultations publiques, ou celle de Stoke-on-Trent près de Londres avec un « cadre d'apprentissage » (*learning framework*) permettant à toutes les parties prenantes d'avancer ensemble. Une attention particulière doit être accordée en matière de transports favorables à la santé : les professionnels des transports ont des méthodes et techniques propres hautement structurées, avec leur propres cycles de financement et d'évaluation. C'est dans le travail avec eux que les termes de

« collaboration interdépartementale », « travailler avec les autres secteurs » et « relier différents départements municipaux » prennent toute leur importance.

c) Leadership

Les exemples initiés par des responsables Villes-Santé pour un urbanisme favorable à la santé ont montré que cette activité peut entraîner un changement des politiques plus général et plus largement profitable. Quelques expériences très positives ont été rapportées, comme celle de Ljubljana (Slovénie), où cette activité a conduit en fin de compte à une meilleure transparence et connexion entre les départements municipaux, en sus d'une amélioration de la qualité des projets, ou celle de Pärnu (Estonie), où l'incitation à des déplacements doux dans la vie quotidienne a conduit à des résultats probants par l'implication active dans le processus de décision des acteurs de la société civile et des habitants eux-mêmes.

— CONCLUSION

Le programme Ville-Santé est plus une démarche qu'un label décerné pour récompenser la collectivité locale de l'état de santé de ses habitants, bien que certaines villes adhèrent au réseau OMS pour un affichage plus fort de leur politique de santé aux échelles nationale et locale. En effet, « *une ville-santé n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier d'état de santé mais une ville qui se préoccupe de la santé et s'efforce de l'améliorer* » (Tsouros, 1990, p.20 – traduction par les auteurs).

Les Villes-Santé s'engagent ainsi à faire de la santé une priorité sur la base de la conception holiste de la santé, voire sur la base d'une pensée sociétale de la santé. Cela ne doit cependant pas faire oublier que, pour la plupart des élus locaux, la santé est avant tout définie comme le soin et la maladie, c'est-à-dire une vision curative des politiques de santé, alors que le réseau Villes-Santé incite les villes à s'engager dans une vision positive de la santé et du bien-être. Tout l'enjeu actuel de l'application des principes de la ville-santé, et plus largement de ceux de l'OMS, est de répondre aux problèmes contemporains avec des structures communales cloisonnées héritées du 19^{ème} siècle, tout en restant cohérent avec les politiques nationales, elles-mêmes déclinées à l'échelle régionale au travers de plans régionaux de santé publique (Le Goff et Séchet, 2011). L'adhésion au programme Villes-Santé implique de dépasser les seules compétences des communes en matière de santé.

La finalité du programme est de développer des mécanismes permettant de promouvoir une intégration des priorités de santé et du développement

durable (notamment avec l'Agenda 21 local) comme trames de fond des autres politiques (économique, urbanisme, transport, social, éducation, etc.). Quelques grands objectifs le sous-tendent, d'une phase à l'autre : agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités de santé, intégrer et promouvoir les priorités mondiales et européennes en matière de santé, mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations politiques et sociales des villes, promouvoir la bonne gouvernance et la planification intégrée pour la santé (OMS, 2009).

L'évaluation de l'avant-dernière phase du réseau européen de l'OMS, réalisée en 2014, a montré que, indépendamment de leur contexte géographique, démographique et socio-politique, les Villes-Santé du réseau européen de l'OMS transcendent de manière croissante les traditionnelles actions de santé publique focalisées sur les seuls modes de vie et génèrent des politiques locales et programmes qui soutiennent le développement durable, l'urbanisme favorable à la santé et l'équité. Elles dépassent de plus en plus les projets démonstratifs à court terme et fournissent des efforts durables pour développer des politiques sur le long terme qui traitent les problèmes complexes et « vicieux » (*wicked*) que ces questions impliquent (de Leeuw et Green, à paraître). La réussite de ce virage vers une nouvelle santé urbaine et les perspectives potentielles qu'elle ouvre en termes des politiques publiques favorables à la santé est en grande partie imputée par les responsables locaux, techniciens et élus, aux échanges et inspirations mutuelles que permet le travail en réseau et au rôle de facilitateur de l'OMS pour l'accessibilité à l'information pertinente et aux modèles de bonnes pratiques.

— BIBLIOGRAPHIE

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

Barton, H. et Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning*. Londres : SPON.

De Leeuw, E. (2011). Do Healthy Cities Work? A logic of method for assessing impact and outcomes of healthy cities. *Journal of Urban Health*, 89(2), 217–231.

De Leeuw, E., Tsouros, A. D., Dyakova, M. et Green, G. (ed.) (2014). *Healthy cities Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Summary evaluation of Phase V of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.

De Leeuw, E., Green, G. (à paraître). Methodological reflections on generating evidence for Healthy Cities. In E. de Leeuw et J. Simos (ed.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Health Planning*. New York : Springer

Emond, A., Gosselin, J.-C. et Dunnigan, L. (2010). Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune [en ligne]. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Disponible sur : http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/cadre_conceptuel.pdf

Favre Kruit, C. et Kessler, C. (2015). Evaluation d'impact sur la santé. Etat des lieux au niveau cantonal en Suisse (document de travail 33) [en ligne]. Berne : Promotion Santé Suisse. Disponible sur : http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document_de_travail_033_PSCH_2015-05_-_Evaluation_d_impact_sur_la_sante.pdf

Galea, F. et Vlahov, D. (2005). Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 341–365.

Giroult, E. (1989). Equity and the urban environment. *Health Promotion International*, 4(2), 83–85.

Hancock, T. et Duhl, L. (1986). *Promoting Health in the Urban Context* [en ligne]. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101650/E87743.pdf

Hancock, T. et Duhl, L. (1988). *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context*. WHO Healthy Cities (paper #1). Copenhagen: FADL.

Hancock, T. (à paraître). Healthy Cities Emerge. In E. de Leeuw et J. Simos (ed.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Health Planning*. New York : Springer

Kickbusch, I. (1989). Healthy Cities: a working project and a growing movement. *Health Promotion International*, 4(2), 77–82.

Kickbusch, I. (2012). 21st century determinants of health and wellbeing: a new challenge for health promotion. *Global Health Promotion*, 19(3), 5–7.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Un document de travail*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Le Goff, E. et Séchet, R. (2011). Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? *L'Information Géographique*, 2011/2(75), 99–117.

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. et Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal Epidemiology and Community Health*, 67(2), 190–193.

Milton, B., Attree, P., French, B., Poval, S., Whitehead, M. et Popay, J. (2012). The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Development Journal*, 47(3), 316–334.

OMS (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. *Conférence internationale sur la Santé (New York, 19-22 juin 1946)*. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, 2.

OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Une Conférence internationale pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique. 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada [en ligne]. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

OMS (1990). *The Milan Declaration of Healthy-Cities*. 5-6 avril 1990, Milan [en ligne]. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/101449/milandec.pdf

OMS (1992). *Notre planète, notre santé. Rapport de la commission OMS Santé et Environnement*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

OMS (2009). *Phase V (2009 - 2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.

OMS (2013). *Santé 2020 : cadre politique et stratégie*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.

OMS (2014). *Phase VI (2014 - 2018) du réseau européen des Villes-Santé de l'OMS : objectifs et conditions*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.

Price, Ch. et Dubé, P. (1997). *Développement viable et santé : concepts, principes et cadre d'action pour les villes européennes*. Collection Développement viable et santé en Europe,1. Copenhague : OMS, Bureau régional pour l'Europe.

Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis et G., Groce, N. (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*, 379(9831), 2079.

Tsouros, A.D. (1990). *World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement. Review of Progress 1987 to 1990*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.

Tsouros, A.D. (2013). City Leadership for Health: back to the future. *Journal of Urban Health*, 90(Suppl. 1), S4–S13.

Webster, P. et Sanderson, D. (2013). Healthy Cities Indicators - a suitable instrument to measure health? *Journal of Urban Health*, 90(Supplement 1), S52–S61.

WHO (2008). Zagreb Declaration for Healthy Cities. Health and health equity in all local policies.) *International Healthy Cities Conference (Zagreb, 15-18 October 2008)*. Copenhague : WHO Regional Office for Europe.

Wilding, H. (à paraître). The World Health Organisation's European Healthy Cities Network. In E. de Leeuw et J. Simos (ed.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Health Planning*. New York : Springer