



Programme Villes-santé de l’OMS Phase III : 1998–2002

**Conditions à remplir par les villes
et processus d’admission**

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l’Europe
CENTRE POUR LA SANTÉ URBAINE
22 décembre 1997

Résumé

Le programme Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est un programme international à long terme qui vise à faire figurer la santé en bonne place parmi les préoccupations des décideurs en Europe. Deux phases de mise en oeuvre de ce programme ont maintenant été achevées. La phase III, qui durera de 1998 à 2002, est sur le point de commencer.

Cette phase III du réseau de villes membres du programme jouera un rôle pilote dans les actions visant à favoriser la santé dans les villes et par conséquent dans le monde entier, par des méthodes qui soient à la fois novatrices et viables. Les activités du nouveau réseau tiendront compte des faits nouveaux qui se sont produits à l'échelon international en matière de politiques (tout particulièrement l'adoption de la stratégie de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle et du programme local Action 21) et reposeront sur les expériences acquises et les succès remportés au cours des deux premières phases. Il s'agira d'un des réseaux interactifs de Villes-santé qui concevront des actions pour la santé dans les villes dans l'ensemble de l'Europe.

Le présent document décrit le processus de recrutement de villes pour la phase III du programme. Ce processus comprend deux étapes principales. La première comporte une évaluation qui permettra de déterminer si les villes candidates remplissent les critères fixés pour faire partie du réseau. Cette évaluation portera sur des informations concernant les réalisations passées et tiendra compte de l'adhésion constante des villes aux méthodes de travail du programme Villes-santé.

La seconde étape permettra d'obtenir plus d'informations sur la volonté politique des autorités municipales et comprendra une évaluation de propositions plus détaillées des villes répondant aux critères susvisés; ces propositions devront indiquer la façon dont ces autorités ont l'intention de remplir les différentes conditions stipulées pour la phase III. Cette évaluation permettra à l'OMS de prendre une décision finale sur l'admission des villes au réseau.

Pour la phase III, on accorde une importance particulière à l'application d'un plan municipal de développement sanitaire dans chaque ville membre du réseau. L'accent est placé sur les principes de l'égalité devant la santé et du développement durable. Il est également demandé aux villes d'adopter une démarche systématique dans leurs activités de suivi et d'évaluation.

Il y aura trois examens de candidatures au cours des deux premières années de la phase III. En ce qui concerne le premier d'entre eux, la date limite pour l'introduction des demandes initiales est le 27 février 1998. Il sera ensuite demandé aux villes répondant aux critères de présenter une demande d'admission à la phase III au plus tard le 8 mai 1998. Les villes devraient être informées de la décision prise dans un délai de six à huit semaines.

SOMMAIRE

	Page
1. Généralités	1
2. Vue d'ensemble du processus de sélection	2
3. Critères à remplir pour participer à la phase III	5
4. Conditions à remplir pour participer à la phase III	8
5. Explication des conditions à remplir pour la phase III.....	11
6. Contenu de la demande d'admission à la phase III.....	25
Annexe 1 Utilisation des contributions financières des villes	27
Annexe 2 Définitions et abréviations.....	28
Annexe 3 Quotas des pays	31
Annexe 4 Bibliographie	32
Annexe 5 Adresses et contacts.....	34
Figure 1 : Déclaration de Jakarta : Priorités pour la promotion de la santé au XXI ^e siècle	2
Figure 2 : Vue d'ensemble du processus de sélection	4
Figure 3 : Calendrier des premier et deuxième examens de candidatures à la phase III.....	5
Figure 4 : Résumé du contenu de la demande concernant les critères.....	8
Figure 5 : Villes-santé : quatre éléments d'action.....	8
Figure 6 : Résumé du contenu de la demande d'admission	26

LE PROCESSUS D'ADMISSION ET LES CONDITIONS À REMPLIR PAR LES VILLES DÉSIREUSES DE PARTICIPER À LA PHASE III DU PROGRAMME VILLES-SANTÉ DE L'OMS

1. Généralités

Au début du XXI^e siècle, la moitié de la population du monde vivra dans des villes. Actuellement, plus des deux tiers des Européens vivent en milieu urbain. En conséquence, on ne peut exagérer l'importance de l'action menée en faveur de la santé au niveau de la ville. À l'échelle mondiale, l'avenir de l'humanité sera façonnée en grande partie par la situation dans les villes.

Le programme Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mène une action internationale à long terme qui vise à faire figurer la santé en bonne place parmi les préoccupations des décideurs des villes européennes et à mettre en place des structures et des processus qui améliorent la santé dans la ville. Deux phases de mise en œuvre du programme Villes-santé ont maintenant été réalisées. Chaque phase comportait un certain nombre d'éléments, notamment un réseau très motivé de villes membres du programme sélectionnées par l'OMS. La phase I (1987–1992) s'est déroulée avec la participation de 35 villes membres du réseau Villes-santé de l'OMS. L'accent a été mis sur la création de structures nouvelles devant agir comme agents du changement et sur l'adoption de nouvelles méthodes d'action en faveur de la santé dans les villes¹. La deuxième phase (1993–1997) arrive maintenant à son terme. Trente-neuf villes ont participé au réseau de villes membres du programme, dont 13 villes qui n'avaient pas participé au réseau au cours de la phase I. La phase II a été davantage orientée vers l'action, et une importance particulière a été accordée à une politique des pouvoirs publics favorables à la santé et à une planification globale de la santé dans la ville².

Au cours de ces dix dernières années, la méthode de travail des Villes-santé a été appliquée largement, notamment par de nombreuses villes qui n'avaient pas été retenues par l'OMS pour faire partie du réseau. Il existe maintenant dans 25 pays européens des réseaux nationaux regroupant des villes décidées à améliorer la santé de leur population conformément aux valeurs et aux principes de la Santé pour tous. De nombreux groupes de villes de l'Europe tout entière ont également collaboré pour mettre en œuvre des plans d'action intervilles relatifs à certains problèmes de santé communs. Cette diffusion de l'action indique le succès et la souplesse de la démarche préconisée par le programme Villes-santé.

Lors du lancement de la phase III du programme Villes-santé de l'OMS, le réseau sera encore renforcé par l'admission de villes qui avaient travaillé jusqu'à présent en dehors du réseau. De cette façon, la phase III prolongera et incorporera des initiatives centrées sur la ville menées dans l'Europe tout entière.

¹ WHO Healthy Cities Project: Review of the first five years (1987–1992) A working tool and a reference framework for evaluating the project.

² Setting Standards for WHO Project Cities. The Requirements and the Designation Processus for WHO Project Cities. WHO 1993.

Au cours de la phase III, le programme prendra en considération et appuiera certaines initiatives internationales essentielles. En prévision du prochain changement de siècle, on réexamine actuellement les politiques et les buts de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. La santé dans la ville est un domaine qui bénéficie d'un degré de priorité de plus en plus élevé et le mécanisme utilisé dans le cadre du programme Villes-santé constituera une importante voie de mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle. Des questions de santé déjà anciennes, telles que les ravages provoqués par le tabac, n'ont rien perdu de leur actualité et l'on se préoccupe de problèmes nouveaux, tels que les inégalités croissantes en matière de santé, l'augmentation du nombre d'immigrés et la violence.

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé a défini cinq priorités pour le XXI^e siècle (figure 1). Le programme Action 21 (Programme des Nations Unies pour l'action en vue d'un développement durable) est un cadre qui englobe les facteurs économiques, environnementaux, sociodémographiques et sanitaires. L'action au niveau local est particulièrement importante dans ce contexte et les villes doivent élaborer et mettre en oeuvre des plans d'action à long terme axés sur un développement durable. «Penser mondialement, agir localement» est un slogan qui ne doit pas seulement frapper les esprits mais doit guider l'action menée.

Figure 1 : Déclaration de Jakarta : Priorités pour la promotion de la santé au XXI^e siècle

- Promouvoir la responsabilité sociale en matière de santé
- Accroître les investissements en faveur du développement sanitaire
- Consolider et élargir les partenariats pour la santé
- Augmenter les capacités des groupes et donner des moyens d'agir aux individus
- Mettre en place une infrastructure de promotion de la santé

Le nouveau réseau européen de Villes-santé membres du programme de l'OMS jouera un rôle pilote en stimulant la prise de mesures visant à promouvoir la santé dans les villes (et de ce fait dans le monde entier), par des moyens à la fois novateurs et viables. Les villes qui participent à ce nouveau réseau seront sélectionnées sur la base d'un ensemble de critères clairs et elles devront mettre en oeuvre un programme d'action conforme aux conditions fixées pour cette phase. Dans la suite du présent document, on décrit les conditions à remplir pour la nouvelle phase et le processus de sélection des villes appelées à faire partie du réseau de Villes-santé de l'OMS.

2. Vue d'ensemble du processus de sélection

Introduction

La figure 2 présente une vue d'ensemble du processus d'admission de villes à la phase III. Il y aura trois examens de candidatures au cours des deux premières années de la phase III. Leurs dates sont indiquées dans la figure 3. Pour chaque examen de candidatures, il y aura deux stades principaux : on évaluera d'abord si les villes répondent aux critères fixés pour la participation au réseau; ensuite, on évaluera le contenu et la qualité des propositions relatives

à la phase III présentées par les villes répondant aux critères, ce qui permettra de sélectionner des villes. De plus amples informations sur le premier stade se trouvent dans la section 3 du présent document; des informations sur le second stade et les conditions à remplir pour la phase III figurent dans les sections 4 à 6.

Conformité aux critères

La conformité aux critères est évaluée par des personnes désignées par l'OMS, qui ont une expérience des méthodes de travail utilisées dans le cadre du programme Villes-santé. L'OMS supervisera ce processus, mais les travaux administratifs seront réalisés, pour le compte de l'OMS, par le centre collaborateur OMS pour la recherche sur les Villes-santé de l'Université de Maastricht. L'évaluation s'effectuera sur la base d'exposés écrits (en anglais). On ne limitera pas le nombre de villes dont on estimera qu'elles répondent aux critères à respecter pour demander à participer à la phase III.

Sélection

Chaque ville répondant aux critères sera ensuite invitée à présenter un dossier de candidature contenant des propositions détaillées tenant compte des conditions à remplir pour la phase III, qui sont énoncées plus loin dans le présent document. Ce dossier devra comprendre tous les documents probants nécessaires. Il sera examiné par des évaluateurs expérimentés, qui conseilleront l'OMS, mais la décision finale relative à l'admission appartiendra à l'OMS.

Nombre de villes et quotas

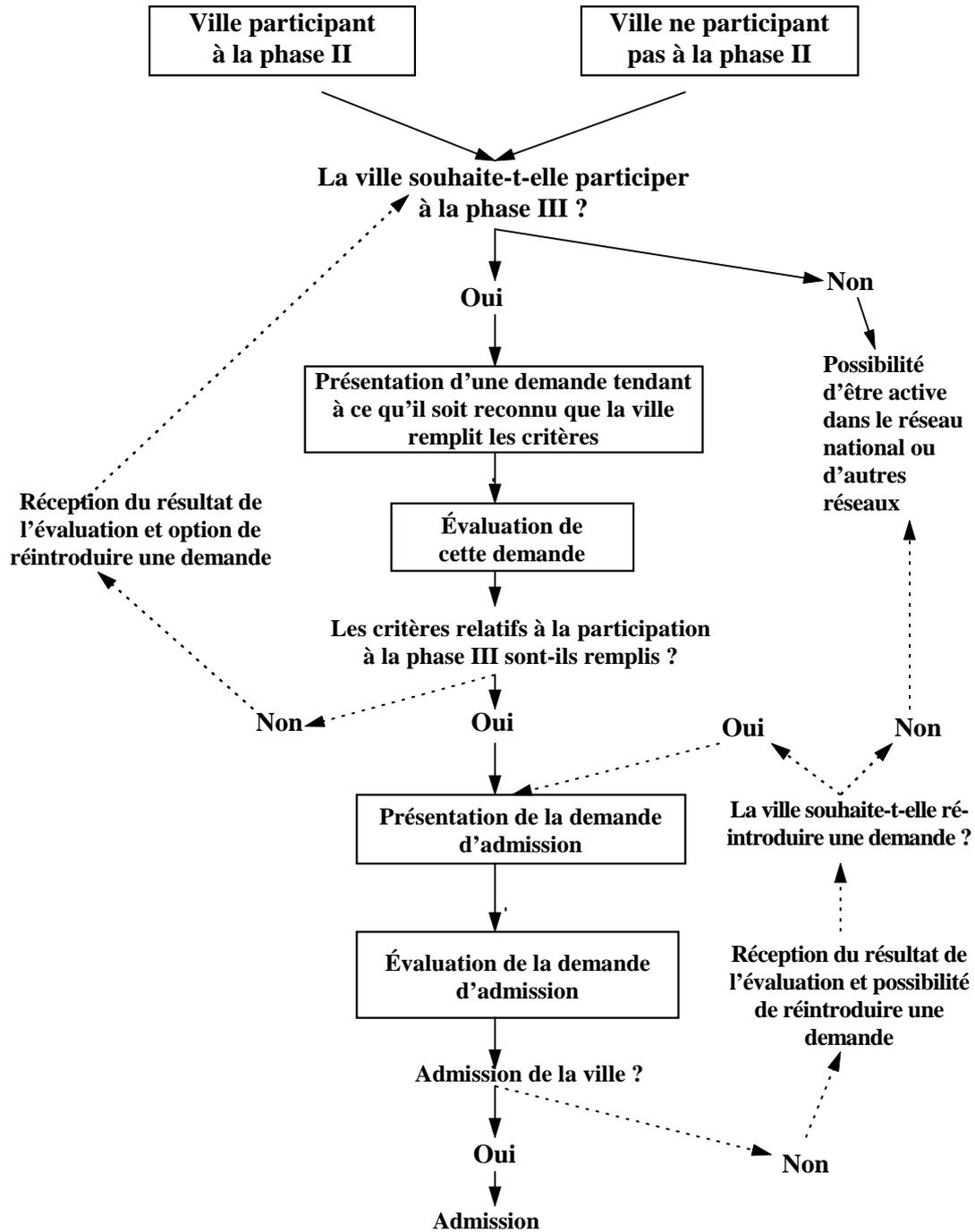
On retiendra au maximum 40 villes pour participer au réseau de la phase III. Dans la mesure du possible, il faudra que le réseau soit équilibré sur le plan géographique. Dix des 40 places disponibles seront réservées à des villes «nouvelles», c'est-à-dire qui ne faisaient pas partie du réseau de la phase II du programme Villes-santé. Les quotas relatifs au nombre de villes par pays reposeront sur la population mais on maintiendra les exceptions faites au cours de la phase II pour des raisons historiques (annexe 3).

Contributions financières

Toutes les villes retenues devront payer à l'OMS, pendant la durée de la phase, une contribution financière dont le montant sera de 5000 ou 3000 dollars des États-Unis pour chacune des cinq années. Les villes de pays dont les économies sont en transition³ ne devront payer que le montant réduit. La contribution sera payable lors de l'admission et, par la suite, le 1er janvier de chaque année. Les villes sélectionnées à la suite du deuxième examen de candidatures (fin 1998) ne devront payer que 50% de la contribution pour 1998. Cette contribution financière permettra de fournir certains produits et services pendant l'ensemble de la phase; certains de ces produits et services sont actuellement fournis gratuitement par l'OMS. Des informations plus détaillées sur cette question figurent dans l'annexe 1.

³ Ces pays sont notamment la Croatie, la Fédération de Russie, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne, la République tchèque, la Slovaquie, la Slovénie et l'Ukraine.

Figure 2 : Vue d'ensemble du processus de sélection



Calendrier

Le calendrier concernant les deux premiers examens de candidatures à la phase III est présenté ci-après (dates et semaines de 1998). Le calendrier et les dispositions concernant le troisième examen de candidatures seront annoncés au cours du second semestre de 1998.

Figure 3 : Calendrier des premier et deuxième examens de candidatures à la phase III

	Examen 1	Examen 2
Début	Lundi 5 janvier 1998 (début de la semaine 2)	Lundi 6 juillet 1998 (début de la semaine 28)
Date limite de dépôt des demandes relatives aux critères	Vendredi 27 février 1998 (fin de la semaine 9)	Vendredi 28 août 1998 (fin de la semaine 35)
Date de limite de dépôt des demandes d'admission à la phase III	Vendredi 8 mai 1998 (fin de la semaine 19)	Vendredi 6 novembre 1998 (fin de la semaine 45)
Fin	Vendredi 19 juin 1998 (fin de la semaine 25)	Vendredi 18 décembre 1998 (fin de la semaine 51)

Les villes devront être informées de la suite réservée à leur demande relative aux critères dans les quatre semaines de sa réception par le centre administratif. L'évaluation des demandes d'admission à la phase III prendra plus de temps et la notification des résultats devra avoir lieu dans les 6 à 8 semaines de leur réception.

Il est demandé aux villes d'envoyer les demandes d'évaluation dès que possible. Étant donné qu'au moins un quart des places sera réservé à des villes «nouvelles» et que les quotas par pays de la phase II seront utilisés, il y aura une certaine compétition pour l'obtention des places. Celles-ci seront attribuées dans l'ordre des demandes aux villes qui remplissent les critères et satisfont aux conditions d'admission à la phase III. Les villes qui répondent aux conditions d'admission mais qui sont situées dans un pays dont le quota a déjà été atteint seront placées dans une file d'attente jusqu'à la fin du deuxième examen de candidatures. À ce moment, si certaines des 40 places sont vacantes, elles seront attribuées de façon à assurer un bon équilibre géographique du réseau.

Retrait de la phase III du réseau

Les villes peuvent se retirer du réseau au cours de la phase, soit parce qu'elles ne souhaitent pas poursuivre leur participation soit parce qu'elles ne remplissent pas les diverses conditions relatives à cette phase. Un mécanisme de retrait sera mis au point.

3. Critères à remplir pour participer à la phase III

Toutes les villes européennes qui souhaitent participer au réseau sont invitées à présenter une demande tendant à faire reconnaître qu'elles remplissent les critères de participation.

Conditions préalables

Il y a quatre conditions préalables qu'une ville doit remplir pour pouvoir relever les défis et répondre aux attentes de la phase III. Dans la demande initiale, chaque ville doit aborder les questions suivantes :

1. La ville doit démontrer qu'elle dispose d'un soutien politique durable de la part des autorités municipales et qu'elle est soutenue par d'autres décideurs essentiels, en ce qui concerne les mesures à prendre pour appliquer les principes et atteindre les buts du programme Villes-santé dans la ville; elle doit également manifester son adhésion aux valeurs, aux principes et aux objectifs de la stratégie de la Santé pour tous⁴.

Documents probants exigés : les villes doivent produire une déclaration signée par le maire⁵ (ou une personnalité politique responsable équivalente) qui démontre que les conditions susmentionnées sont remplies. Cette déclaration doit mettre en évidence une adhésion politique au programme Villes-santé au sein de la ville et montrer que les conséquences de la mise en œuvre de la stratégie de la Santé pour tous au niveau local sont bien comprises. Idéalement, la déclaration doit également indiquer l'affectation de ressources financières au titre de la mise en œuvre du programme; une approbation et des déclarations de soutien de la part d'autres décideurs essentiels de différents secteurs au sein de la ville.

2. La ville doit démontrer qu'elle a élaboré un plan sanitaire pour la ville (ou un document équivalent), qui repose sur une évaluation des besoins et des problèmes sanitaires locaux (profil sanitaire) et sur le cadre de la politique sanitaire du programme Villes-santé. Le plan ou son équivalent peut être constitué d'un seul ou de plusieurs documents. Quelle que soit la forme qu'il revête, il doit indiquer l'existence d'une planification coordonnée (aux niveaux de la politique, de la stratégie et des activités) fondée sur la Santé pour tous pour la santé dans une ville. Si un plan sanitaire (ou un document équivalent) n'a pas encore été élaboré, il faut indiquer la date prévue de sa mise au point. Une ville ne pourra être admise au réseau si le plan sanitaire final n'est pas reçu avant la fin de l'examen de la candidature.

Documents probants exigés : le plan sanitaire (ou document équivalent) et le profil sanitaire de la ville doivent être joints à la demande. Si ces documents n'ont pas été publiés en anglais, un résumé détaillé (au moins 1000 mots) en langue anglaise doit être joint. Si le plan sanitaire n'a pas encore été élaboré, la ville doit donner des informations sur les processus de planification qui ont été entrepris, mentionner les documents établis jusqu'alors et présenter un calendrier pour la mise au point finale du plan. Le plan (ou un document équivalent) et le profil doivent être accompagnés des informations suivantes, en anglais : date d'achèvement; indication de la profondeur de l'opération (contenu du plan, ampleur et type de partenariats, travaux techniques et scientifiques entrepris); et une déclaration ou une note explicative sur le contexte politique et administratif global dans lequel ces documents ont été élaborés.

3. La ville doit démontrer qu'elle possède les structures de base lui permettant de mettre en œuvre le programme d'activités prévu pour la phase III. Ces structures sont un coordinateur des activités à plein temps ou une personne équivalente qui maîtrise bien l'anglais, un soutien administratif et technique approprié pour les activités et un comité intersectoriel composé de décideurs de haut niveau.

⁴ La stratégie de la Santé pour tous pour l'Europe est actuellement en cours d'actualisation. La deuxième version du document énonçant la politique européenne, *La Santé pour tous pour le XXI^e siècle*, peut être obtenue sur simple demande auprès du bureau du programme Villes-santé. Le document final devrait être prêt en automne 1998.

⁵ Dans le présent document, le terme «maire» désigne la principale personnalité politique de la ville.

Documents probants exigés : il convient de communiquer un organigramme qui présente les structures du programme et les mécanismes de décision. Cet organigramme doit indiquer clairement le personnel affecté au bureau du programme et la composition et le rôle du comité directeur.

4. La ville doit être résolue à collaborer et à avoir des activités en réseau avec d'autres Villes-santé. Cela permet d'échanger des informations, de résoudre des problèmes ensemble et de fournir une assistance à des villes se trouvant à un degré similaire de développement et moins avancées.

Documents probants exigés : la ville doit présenter une description de ses actuelles activités en réseau, ainsi qu'un document indiquant dans les grandes lignes comment elle souhaiterait apporter une contribution à des réseaux nationaux et européens liés au programme Villes-santé. La ville doit indiquer la quantité et la qualité de ses partenariats passés et présents dans le domaine des activités en réseau.

Évaluation des demandes

La mesure dans laquelle les villes remplissent les critères sera évaluée par des personnes nommées par l'OMS qui ont une expérience de la démarche du programme Villes-santé. Elles remettront à l'OMS une évaluation écrite de la mesure dans laquelle chaque ville répond aux critères susmentionnés. L'OMS supervisera ce processus, mais la coordination et l'administration seront réalisées, pour le compte de l'OMS, par le centre collaborateur OMS pour la recherche sur les Villes-santé de l'Université de Maastricht. On n'a pas fixé de limite pour le nombre de villes dont on estimera qu'elles répondent aux critères à remplir pour demander de participer à la phase III.

Il est demandé aux villes de présenter des demandes aussi complètes que possible. Il se peut que l'administrateur s'assure que la demande d'une ville est complète, mais l'évaluation proprement dite reposera sur ce qui ressort des documents communiqués par la ville considérée.

Chaque ville qui demande qu'on reconnaisse qu'elle répond aux critères sera informée de la suite réservée à sa demande dans les quatre semaines de sa réception par l'administrateur. Les villes dont il a été estimé qu'elles ne répondent pas aux critères seront informées de la chose. Il sera ensuite demandé aux villes répondant aux critères de présenter une proposition concernant la phase III (voir les conditions à remplir et les informations sur la façon de présenter les demandes dans les sections suivantes). Les villes dont il a été estimé qu'elles ne répondent pas aux critères à ce stade pourront présenter une nouvelle demande ultérieurement une fois qu'elles seront en mesure de répondre à tous les critères décrits plus haut, pour autant que le nombre maximum de 40 villes participant au réseau n'ait pas été atteint. Il est prévu d'organiser deux ou trois examens de candidatures de villes de janvier 1998 à juin 1999.

Figure 4 : Résumé du contenu de la demande concernant les critères

<p>Une demande complète tendant à faire reconnaître que la ville répond aux critères doit comprendre les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une lettre de candidature et une déclaration dans laquelle le maire (ou une personnalité équivalente) manifeste son engagement en faveur du programme; • un plan sanitaire, un profil sanitaire et une note explicative; • un organigramme et une note explicative indiquant les structures du programme, le personnel et le mécanisme de direction; • une déclaration concernant les activités en réseau actuelles.
--

4. Conditions à remplir pour participer à la phase III

Introduction

On décrit ci-après les démarches et les activités que les villes doivent mettre en œuvre au cours des cinq années de la phase III. Les conditions à remplir ont trait aux quatre éléments des activités du programme Villes-santé (figure 5).

Figure 5 : Villes-santé : quatre éléments d'action

A	C
Adhésion aux principes et aux stratégies	Volonté d'atteindre certains buts, d'élaborer certains produits et d'obtenir certains changements et résultats
B	D
Mise en place des infrastructures du programme	Investissement dans des activités en réseau et une coopération formelles et informelles

A. Tsouros, OMS. 1995

Toutes les villes participant à la phase 1998–2002 du réseau seront tenues de répondre aux critères exposés dans la section 3 au début de la phase et de satisfaire à toutes les conditions essentielles au cours de la phase III. Un certain nombre de conditions comportent des options. Cela ne signifie pas qu'en ne retenant pas une option une ville la considère comme peu importante. En fait, lorsqu'il y a des options, les villes doivent choisir les domaines dans lesquels elles souhaitent jouer un rôle pilote et qui correspondent à des besoins et priorités locaux. La section suivante explique chaque condition et décrit les questions qui doivent être abordées par les villes dans leur demande d'admission.

Les conditions

A. Adhésion aux principes et aux stratégies

- A.1 Les principes et les buts du programme doivent bénéficier d'un soutien durable de la part des autorités municipales et de décideurs essentiels d'autres secteurs.
- A.2 La ville doit avoir mis en place des mécanismes qui garantissent que la planification sanitaire est intégrée et avoir établi des liens entre sa politique sanitaire et d'autres stratégies essentielles relatives à l'ensemble de la ville; sa stratégie sanitaire et ses activités dans la ville doivent reposer sur le programme Action 21.
- A.3 La ville doit élaborer des politiques et des stratégies reposant sur la Santé pour tous pour le XXI^e siècle. Il faut en particulier mettre l'accent sur trois thèmes : 1) réduire les inégalités en matière de santé, 2) mener une action de développement social et 3) adhérer aux principes du développement durable.
- A.4 La ville doit choisir **au moins un** but supplémentaire de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle qui présente une importance particulière sur le plan local. Il convient de suivre soigneusement des progrès accomplis vers ce but.

B. Mise en place des infrastructures du programme

- B.1 La ville doit avoir constitué un comité directeur intersectoriel composé de décideurs politiques et administratifs.
- B.2 La ville doit avoir nommé un coordinateur du programme à temps plein ou une personne équivalente et avoir mis en place un dispositif de soutien administratif ou technique pour le programme. Le coordinateur du programme doit avoir une maîtrise prouvée de la langue anglaise.
- B.3 La ville doit définir et s'engager à allouer l'ensemble des ressources nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies et des plans d'action relatifs à la phase III.
- B.4 La ville doit examiner les processus de gestion des activités et mettre en œuvre un programme d'action visant à remédier aux faiblesses repérées.
- B.5 La ville doit démontrer une participation accrue de la population aux processus de décision qui influent sur la santé dans la ville et contribuer ainsi à l'octroi de pouvoirs à la population locale.
- B.6 La ville doit mettre en place des mécanismes pour que les entreprises puissent participer à l'action locale en faveur de la santé, tant au niveau de la politique sanitaire qu'au niveau opérationnel.
- B.7a La ville doit mettre en œuvre une stratégie de communication comportant divers mécanismes de communication, afin de mettre en évidence les questions de santé et de favoriser un débat public sur la santé dans la ville. Il convient d'évaluer cette stratégie pour déterminer ses effets.

ET/OU

- B.7b La ville doit mettre en œuvre un programme permanent de formation et de renforcement des compétences pour la santé et pour l'élaboration de politiques des pouvoirs publics favorables à la santé. Ce programme doit comporter deux volets : 1) faire participer des décideurs essentiels dans les différents secteurs de la ville et

2) faire participer la population des quartiers et les guides d'opinions. Il faut évaluer les effets de ce programme.

C. Volonté d'atteindre certains buts, d'élaborer certains produits et d'obtenir certains résultats

- C.1 La ville doit élaborer et mettre en oeuvre au cours de la troisième phase un plan de développement sanitaire qui se situe dans la ligne de la planification intégrée antérieure de la santé dans la ville et soit conforme aux valeurs, aux principes et aux objectifs de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle et du programme local Action 21; aux stratégies sanitaires nationales pertinentes; et aux priorités spécifiques à la ville. Ce plan doit énoncer des buts et objectifs clairs à long et à court terme et prévoir un système permettant à la ville de vérifier si ces objectifs ont été atteints (indicateurs et cadre d'évaluation).
- C.2 La ville doit mettre en oeuvre un programme de surveillance et d'évaluation sanitaire systématique, intégré dans son plan de développement sanitaire, en vue d'évaluer les effets sanitaires, environnementaux et sociaux des politiques menées dans la ville. En outre, la ville doit renforcer les mécanismes et les mesures par lesquelles les responsables sont tenus de rendre des comptes dans le domaine de la santé.
- C.3 La ville doit mettre en oeuvre un programme d'action visant à réduire les inégalités devant la santé dans la ville.
- C.4 La ville doit mettre en oeuvre un programme d'action visant à promouvoir des politiques et des pratiques d'urbanisme favorables à la santé et au développement durable dans la ville.
- C.5 La ville doit élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de lutte contre le tabagisme, conformément à la décision de l'OMS de faire de la lutte contre le tabagisme une priorité stratégique.
- C.6 La ville doit mettre en oeuvre et évaluer un programme complet d'activités concernant **au moins un** des thèmes prioritaires suivants : exclusion sociale, cadres de vie favorables à la santé, transports favorables à la santé, enfants, personnes âgées, toxicomanies, violence civile et domestique, accidents.

D. Investissement dans des activités en réseau et dans une coopération formelles et informelles

- D.1 La ville doit s'engager, sur les plans administratif et politique, à faire en sorte que le coordinateur du programme et une personnalité politique participent aux réunions de coordination et aux colloques de l'OMS. Lors de ces réunions et colloques, la ville doit être représentée, au minimum, par le coordinateur et la personnalité politique responsable.
- D.2 La ville doit faire en sorte que son maire (ou la principale personnalité politique de la ville) participe aux réunions des maires qui auront lieu au début de la phase (en 1998) et à mi-parcours (en l'an 2000).
- D.3 La ville doit être reliée à Internet et à un système de courrier électronique; idéalement, elle doit avoir accès à des installations de vidéoconférence.
- D.4 La ville doit participer activement à différentes activités en réseau (thématiques, sous-régionales, stratégiques, de jumelage, etc.) au cours de la phase, et notamment établir

des liens étroits avec des réseaux nationaux. La ville doit démontrer qu'elle fournit des apports concrets à ces réseaux pendant l'ensemble de la phase.

5. Explication des conditions à remplir pour la phase III

La présente section contient des informations plus détaillées sur les conditions à remplir par les villes désireuses d'être admises à la phase III. Pour chaque condition, une brève explication est fournie; on indique ensuite les pièces à joindre à la demande d'admission ou les informations qui doivent y figurer; enfin, on mentionne les facteurs essentiels dont il faudra se préoccuper au cours des cinq années de la phase III. Dans les cas où plusieurs conditions sont liées entre elles ou concernent un thème commun, elles sont regroupées.

Il s'agit de faire en sorte que les villes comprennent de la même façon les conditions établies par l'OMS en ce qui concerne tant la demande d'admission que les mesures à prendre au cours de la phase. Parallèlement à ces explications, il convient de lire la brochure *Vingt étapes pour réussir un projet Villes-santé*.

A.1 Les principes et les buts du programme doivent bénéficier d'un soutien durable de la part des autorités municipales et de décideurs essentiels d'autres secteurs.

Explication : La réussite d'un programme nécessite une adhésion de la part des personnalités politiques locales et d'autres décideurs essentiels dans la ville.

Pièces ou informations requises : La ville doit joindre :

1. Une lettre officielle de soutien du maire ou d'une personnalité équivalente (responsable régional, président du conseil municipal, etc.).
2. Une copie d'une résolution du conseil municipal soutenant le programme et indiquant ainsi une large adhésion politique à ce dernier.
3. Un accord de partenariat ou une lettre d'engagement, signé par des décideurs d'autres organes ou secteurs participant au partenariat de la ville pour la santé.

Mesures à prendre au cours de la phase : Les responsables du programme doivent s'employer à obtenir des ressources financières et le soutien des personnalités politiques et des décideurs administratifs pendant l'ensemble de la phase. Il faudra que ceux-ci appuient en permanence le programme pour que la ville puisse remplir les diverses autres conditions relatives à la phase III.

A.2 La ville doit avoir mis en place des mécanismes qui garantissent que la planification sanitaire est intégrée et avoir établi des liens entre sa politique sanitaire et d'autres stratégies essentielles relatives à l'ensemble de la ville; sa stratégie sanitaire et ses activités dans la ville doivent reposer sur le programme Action 21.

Explication : Il n'est pas possible de séparer les mesures visant spécifiquement à améliorer la santé dans la ville des diverses autres stratégies de la ville, qui ont également (directement ou indirectement) des effets sur la qualité de la vie. Des mécanismes reliant des différentes stratégies contribueront à assurer une plus grande cohérence de la prise de décision, un renforcement mutuel de ces stratégies et une réduction des doubles emplois. Grâce à de tels mécanismes, il est possible de s'apercevoir et de tenir compte des conséquences sanitaires de

décisions prises dans d'autres domaines. Voilà ce que l'on entend ici par «planification sanitaire intégrée».

La santé humaine et le développement durable sont liés inextricablement. Le programme Action 21 – programme d'action des Nations Unies sur le développement durable – contient un cadre pour le développement durable, qui porte sur les facteurs économiques, environnementaux, sociodémographiques et sanitaires. La stratégie européenne de la Santé pour tous donne des indications détaillées sur les mesures à prendre en matière de santé et est conforme aux principes fondamentaux du programme Action 21. Le programme Villes-santé applique les principes et les stratégies de la Santé pour tous et du développement durable au niveau local. Cependant, il ne faut pas s'attendre à ce que les programmes des Villes-santé permettent de mettre en oeuvre des plans reposant sur le programme Action 21. Leur rôle est d'élaborer des politiques et des plans intégrés de développement sanitaire dans la ville, étroitement liés à des politiques dans d'autres domaines et à des plans reposant sur le programme Action 21; ces programmes doivent également préconiser et faciliter l'adhésion des collectivités locales au programme Action 21.

Pièces ou informations requises : Dans sa proposition relative à la phase III, la ville doit décrire les moyens par lesquels elle a l'intention d'intégrer la planification sanitaire dans la ville et de relier la prise de décisions et l'exécution d'activités dans le domaine sanitaire avec d'autres stratégies et plans essentiels relatifs à l'ensemble de la ville, y compris le programme Action 21.

Mesures à prendre au cours de la phase : L'élaboration du plan de développement sanitaire de la ville doit comporter un processus conduisant à l'établissement de liens organisationnels intégrés entre toutes les politiques et stratégies relatives à la santé et avec d'autres plans relatifs à l'ensemble de la ville (y compris un plan reposant sur le programme Action 21). Ce processus doit également comprendre l'établissement de liens de coopération plus étroits avec des processus nationaux et régionaux d'élaboration de politiques sanitaires.

A.3 La ville doit élaborer des politiques et des stratégies reposant sur la Santé pour tous pour le XXI^e siècle. Il faut en particulier mettre l'accent sur trois thèmes : 1) réduire les inégalités en matière de santé, 2) mener une action de développement social et 3) adhérer aux principes du développement durable.

A.4 La ville doit choisir au moins un but supplémentaire de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle qui présente une importance particulière sur le plan local. Il convient de suivre soigneusement les progrès accomplis vers ce but.

Explication : La ville doit montrer son attachement aux valeurs, aux principes et aux objectifs de la Santé pour tous en mettant en oeuvre des politiques sanitaires conformes à ces principes. À l'aube du XXI^e siècle, trois éléments de la nouvelle stratégie de la Santé pour tous semblent particulièrement pertinents dans la perspective des programmes Villes-santé.

1. Les mesures visant à lutter contre les inégalités en matière de santé constituent une priorité toute particulière pour la phase III du réseau (et elles sont donc visées dans plusieurs des conditions relatives à cette phase). La ville doit montrer son adhésion au principe d'une plus grande équité en matière de santé.

2. Les aspects sociaux de la régénération sont souvent les plus difficiles à mettre en oeuvre, étant donné qu'ils exigent la mobilisation d'éléments très divers (y compris la population elle-même) et une action soutenue pendant une longue période. Un développement physique et économique ne tenant pas compte des dimensions sociales ne peut produire une société saine. Les programmes Villes-santé ont un rôle essentiel à jouer dans les activités de développement social au sein de communautés prioritaires et dans les villes dans leur ensemble. Il est essentiel d'être résolu à faire face aux questions sociales dans les villes, par des stratégies de développement, de soins et d'investissement au niveau local.
3. Une adhésion au principe du développement durable fait partie intégrante du concept de Ville-santé (voir point A.2).

Ces trois éléments de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle sont des priorités pour le réseau Villes-santé dans son ensemble. Bien que la ville doit envisager l'adaptation globale des buts de la Santé pour tous à ses réalités locales, elle se rendra compte que certains des buts de la Santé pour tous méritent un degré de priorité particulier compte tenu des circonstances qui lui sont propres. La condition A.4 prévoit que la ville analyse sa situation et ses besoins sanitaires et choisisse au moins un autre domaine d'activités (en plus des trois mentionnées dans la condition A.3) qui représente pour elles une priorité.

Pièces ou informations requises : Dans la demande d'admission, il convient de présenter une analyse des inégalités actuelles en matière de santé dans la ville et de définir les méthodes que celle-ci a l'intention d'utiliser au cours de la phase III pour remédier à ces inégalités. Il faut également décrire les plans mis au point pour favoriser le développement social et le développement durable dans la ville. La demande d'admission doit indiquer clairement quel(s) autre(s) but(s) de la Santé pour tous la ville considère comme une priorité pour l'action et justifier ce choix. La ville doit choisir un but qui ait des aspects d'intégration ou de développement.

Mesures à prendre au cours de la phase : Idéalement, il faut examiner diverses politiques menées dans la ville pour s'assurer qu'elles sont conformes aux principes de la Santé pour tous et il convient de prendre des mesures lorsque des politiques nouvelles ou existantes ne concordent pas avec la Santé pour tous. Il faut mettre en oeuvre les programmes d'action axés sur la Santé pour tous décrits dans la demande d'adhésion de la ville. Ces programmes portent probablement sur certaines activités, telles que l'action de sensibilisation ou l'élaboration de politiques, et des mesures spécifiques. Toutes ces activités doivent être suivies (voir condition C.2) mais, plus spécifiquement, il est nécessaire d'élaborer un rapport ou une «étude de cas» concernant la contribution du programme Villes-santé au but prioritaire sélectionné compte tenu de la situation locale. Cette «étude de cas» doit comprendre une série d'éléments (par exemple, les avis des citoyens de la ville, la façon dont les médias rendent compte de la situation, des échantillons de documents, etc.) et doit indiquer clairement les effets que cet ensemble d'activités a eu sur le but de la Santé pour tous qui a été sélectionné.

B.1 La ville doit avoir constitué un comité intersectoriel composé de décideurs politiques et administratifs.

B.2 La ville doit avoir nommé un coordinateur du programme à temps plein ou une personne équivalente et avoir mis en place un dispositif de soutien administratif et technique pour le programme. Le coordinateur du programme doit avoir une maîtrise prouvée de la langue anglaise.

Explication : Ces deux conditions font partie des critères à remplir pour participer à la phase III. Il s'agit de conditions préalables essentielles pour une application locale efficace du programme. Il faut que le coordinateur maîtrise bien l'anglais, étant donné que la langue de travail du programme est l'anglais.

Pièces ou informations requises : La demande initiale (relative aux critères) doit comprendre un organigramme des structures du programme, qui soit également explicite en ce qui concerne le personnel affecté au bureau du programme et la composition du comité directeur. La demande d'admission doit confirmer que ces informations sont toujours valables. Le comité directeur doit avoir une composition mixte, c'est-à-dire qu'il doit être composé d'hommes politiques et de techniciens. Le mot «décideurs» vise des personnes ayant un niveau de cadre supérieur ou équivalent.

Mesures à prendre au cours de la phase : La ville doit maintenir les infrastructures prévues dans ces conditions.

B.3 La ville doit définir et s'engager à allouer l'ensemble de ressources nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies et les plans d'action relatifs à la phase III.

Explication : Au début de la phase, la ville doit savoir précisément quelles sont les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du programme. Il s'agit de ressources financières, de personnel et de frais généraux. La ville ne doit pas se limiter à prendre un simple engagement de principe. Il faut que les ressources nécessaires soient disponibles pour qu'il soit possible d'atteindre les buts du programme. Dans la pratique, les programmes Villes-santé ne sont pas gourmands en ressources et sont considérés dans la plupart des villes comme des activités qui permettent d'utiliser les ressources financières de façon optimale.

Pièces ou informations requises : Il n'est pas demandé de présenter une estimation détaillée du coût des propositions relatives à la phase III. Cependant, il est essentiel que ces propositions soient réalistes compte tenu des ressources qui seront disponibles. Dans la mesure du possible, il faut donner une indication des coûts. Lorsque les décideurs politiques et administratifs de la ville marquent leur adhésion aux principes et aux buts du programme, ils doivent se rendre compte que cela suppose l'affectation de ressources.

Mesures à prendre au cours de la phase : Lorsque la ville développe les plans pour obtenir des plans d'action annuels plus détaillés, elle doit établir des estimations aussi complètes que possible, de façon à connaître les ressources nécessaires. Bien entendu, on attend de la ville qu'elle exécute ces plans dans le respect du budget alloué.

B.4 La ville doit examiner les processus de gestion des activités et mettre en œuvre un programme d'action visant à remédier aux faiblesses repérées.

Explication : Le succès d'un programme Villes-santé dépend d'une gestion efficace. De nombreuses villes ont mis en place des processus de gestion qui n'ont jamais fait l'objet d'un examen systématique. Au cours de la phase III, il est demandé à toutes les villes d'examiner leurs processus de gestion des activités. L'OMS a demandé à des experts d'étudier les processus de gestion des villes dans le cadre du réseau de la phase II; un résumé des résultats de cette étude sera communiqué aux villes au début de la phase III.

Pièces ou informations requises : La ville doit fournir une description des processus de gestion actuels. Si ceux-ci ont fait l'objet d'un examen par la ville au cours des deux dernières années, il convient de décrire les grandes lignes du processus d'examen et les mesures qui ont été prises par la suite. Lorsque les processus de gestion du programme n'ont pas fait l'objet d'un examen local, la ville doit s'engager, dans sa proposition, à réaliser un tel examen.

Mesures à prendre au cours de la phase : Il appartient à la ville de décider comment et quand procéder à cet examen, mais le bureau du programme Villes-santé de l'OMS recommandera une méthode au début de la phase. Après examen de la gestion du programme, la ville devrait bien connaître les points forts et prendre des mesures pour remédier aux faiblesses éventuellement repérées. Le bureau du programme Villes-santé de l'OMS demandera à recevoir un document énonçant les conclusions qui ont été tirées à la suite du processus d'examen et un exemplaire du plan d'action qui en est résulté.

B.5 La ville doit démontrer une participation accrue de la population aux processus de décisions qui influent sur la santé dans la ville et contribuer ainsi à l'octroi de pouvoirs à la population locale.

Explication : Un élément essentiel de la méthode de travail du programme Villes-santé est la prise en compte du fait que la promotion de la santé est assurée par et avec la population locale, qui ne joue pas un rôle passif à cet égard. Pour mener une action efficace de promotion de la santé, il est essentiel d'améliorer l'aptitude des individus à agir et la capacité des populations et des groupes à influencer sur les facteurs de la santé. Les efforts déployés pour développer les compétences de la population comprendront l'éducation et la formation, ainsi que l'accès à des ressources. Il faut donner aux individus un accès cohérent et fiable aux processus de décision et leur transmettre les compétences et les connaissances nécessaires pour réaliser le changement. Il faut élaborer des méthodes novatrices pour exploiter les ressources sociales et culturelles qui existent au niveau local.

Pièces ou informations requises : Il est demandé à la ville de communiquer, au début de la phase III, des informations sur le degré de participation de la population et sur les mécanismes en place pour favoriser la participation de la population. Il faut surtout décrire les mécanismes en place qui permettent la participation de la population aux activités directes (planification et mise en œuvre) du programme Villes-santé. Il convient de décrire de façon explicite, dans la proposition concernant la phase III, les plans établis pour associer la population locale aux mesures prises.

Mesures à prendre au cours de la phase : La ville devra rendre compte de la façon dont la participation de la population a été renforcée au cours de la phase III. À la fin de celle-ci, il devra s'être produit un renforcement démontrable des mécanismes mis en place par la ville pour assurer une participation de la population et il devra exister des exemples convaincants d'une participation de la population aux décisions relatives à la santé dans la ville. Il importe que cette dernière veille à faire participer aussi bien les groupes «marginalisés» que les groupes bien intégrés.

B.6 La ville doit mettre en place des mécanismes pour que les entreprises puissent participer à l'action locale en faveur de la santé, tant au niveau de la politique sanitaire qu'au niveau opérationnel.

Explication : En général, les villes membres du programme ont mieux réussi, jusqu'à présent, à obtenir les ressources et l'adhésion d'organismes du secteur public qu'à faire participer les entreprises à la Santé pour tous. Il reste difficile d'obtenir la participation du secteur privé, alors que celle-ci est essentielle pour une action locale complète de promotion de la santé. Les entreprises ont un rôle essentiel à jouer à plusieurs égards :

- En tant qu'employeurs, les entreprises doivent agir pour promouvoir et protéger la santé de leurs salariés.
- En ce qui concerne le développement économique, la création d'emplois et le maintien des emplois existants sont essentiels pour les Villes-santé.
- En ce qui concerne l'urbanisme et l'environnement, il faut se rendre compte qu'ils ont des effets sur la santé. À cet égard, il existe un lien crucial avec l'utilisation viable des ressources et la protection du patrimoine naturel.
- Dans leurs activités de production et de promotion, les entreprises peuvent promouvoir la santé (ou, si elles ne tiennent pas compte de la santé, leur action peut lui être nuisible).

Pièces ou informations requises : Dans l'organigramme qu'elle a présenté lors de la demande initiale (relative aux critères), la ville doit indiquer clairement le degré actuel de participation des entreprises aux activités du programme. Les propositions relatives à la phase III doivent, compte tenu de la situation locale, décrire les moyens par lesquels la ville a l'intention d'accroître la participation des entreprises au programme. Cela doit comprendre une indication des aspects de l'activité des entreprises qui sont considérés comme prioritaires pour la ville.

Mesures à prendre au cours de la phase : Les rapports annuels de la ville doivent indiquer clairement dans quelle mesure les entreprises contribuent localement au programme Villes-santé. Parmi les moyens de participer à l'action menée, on peut citer les suivants : être membre du comité directeur du programme, participer aux travaux d'équipes spéciales, défendre la cause de la santé dans d'autres instances responsables de l'élaboration de politiques, contribuer à la formation et au développement des compétences, offrir des ressources et modifier certaines pratiques commerciales et relatives à l'emploi dans la ville.

B.7a La ville doit mettre en œuvre une stratégie de communication comportant divers mécanismes de communication, afin de mettre en évidence les questions de santé et de favoriser un débat public sur la santé dans la ville. Il convient d'évaluer cette stratégie pour déterminer ses effets.

Explication : Le programme Villes-santé s'est toujours employé à mener une action de sensibilisation à la santé et à la Santé pour tous dans les villes. Pour mener des activités intersectorielles efficaces et obtenir une véritable participation de la population, il faut que celle-ci comprenne bien les questions de santé, les déterminants de cette dernière et les stratégies efficaces de promotion de la santé dans la ville.

Pièces ou informations requises : Dans sa proposition, la ville doit expliquer pourquoi elle choisit cette option. Cette explication doit comprendre une description de la stratégie antérieure éventuelle en matière de communication sur la santé dans la ville et une évaluation de ses points forts et de ses faiblesses. La proposition doit également indiquer dans les grandes lignes les principaux éléments de la stratégie de communication qui est proposée pour la phase III, et notamment : les types de support de communication et les mécanismes à utiliser; les questions prioritaires de communication et les destinataires essentiels auxquels il convient de s'adresser.

Mesures à prendre pendant la phase : La ville doit mettre en œuvre sa stratégie de communication et suivre ses effets. Il conviendra de transmettre des informations à jour sur le processus de communication au bureau du programme Villes-santé de l'OMS dans le cadre du rapport annuel de la ville.

B.7b La ville doit mettre en œuvre un programme permanent de formation et de renforcement des compétences pour la santé et pour l'élaboration de politiques des pouvoirs publics favorable à la santé. Ce programme doit comporter deux volets : 1) faire participer les décideurs essentiels dans les différents secteurs de la ville et 2) faire participer la population des quartiers et les guides d'opinion. Il faut évaluer les effets de ce programme.

Explication : Le succès d'un programme Ville-santé passe par une participation effective de nombreuses personnes, au-delà du bureau du programme et du comité directeur. Il faut procéder à des investissements pour assurer la qualité de cette participation. Par «renforcement des compétences», il faut entendre investissement dans l'infrastructure du programme (connaissances, aptitudes, mentalités et sensibilisation) pour servir le programme.

Pièces ou informations requises : Dans sa proposition, la ville doit expliquer pourquoi elle choisit cette option. Cette explication doit comprendre une description de la stratégie antérieure éventuelle en matière de renforcement des compétences dans la ville et une évaluation de ses points forts et de ses faiblesses. La proposition doit également contenir une description des principaux éléments de la stratégie de renforcement des compétences qui est proposée pour la phase III, par exemple : les méthodes à utiliser; les questions prioritaires; les compétences qu'il convient de renforcer; la désignation des personnes et des groupes essentiels qu'il convient de faire participer. Parmi les méthodes qui pourraient être incorporées dans une stratégie de renforcement des compétences, on peut citer la diffusion d'informations, une série de programmes de formation et des méthodes d'amélioration de l'organisation.

Mesures à prendre au cours de la phase : La ville doit appliquer sa stratégie de renforcement des compétences et suivre ses effets. Il faudra transmettre des informations à jour sur les processus de renforcement des compétences au bureau du programme Villes-santé de l'OMS dans le cadre du rapport annuel de la ville.

C.1 La ville doit élaborer et mettre en œuvre au cours de la troisième phase un plan de développement sanitaire qui se situe dans la ligne de la planification intégrée antérieure de la santé dans la ville et soit conforme aux valeurs, aux principes et aux objectifs de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle et du programme local Action 21; aux stratégies sanitaires nationales pertinentes; et aux priorités spécifiques à la ville. Ce plan doit énoncer des buts et des objectifs clairs à long et à court terme et prévoir un système permettant à la ville de vérifier si ces objectifs ont été atteints (indicateurs et cadre d'évaluation).

Explication : Le plan de développement sanitaire de la ville prolonge et donne plus d'ampleur au plan sanitaire existant de la ville. Il convient d'agir d'emblée pour que tous les secteurs conjuguent leurs efforts afin d'obtenir des ressources pour le développement sanitaire. Le plan doit adopter une perspective large, pour que les mesures prises dans les différents secteurs, à différents niveaux et par diverses personnes, soient cohérentes, de façon à ce qu'il existe une approche intégrée de la santé et du développement. La valeur ajoutée de ce plan est l'intégration et la mobilisation de toutes les ressources de la société pour le développement sanitaire. Le plan doit être axé sur les individus et sur les facteurs de la santé. Le plan de développement sanitaire de la ville doit être un document unique décrivant les buts politiques, stratégiques et opérationnels de la ville pour la phase III. Il doit être élaboré à partir de la proposition relative à la phase III présenté dans le cadre de la demande d'admission à cette phase. Les conditions C.2 à C.5 indiquent les éléments fondamentaux de ces plans pour toutes les villes.

Pièces ou informations requises : La proposition relative à la phase III, qui est l'un des quatre éléments dont doit être constituée la demande d'admission, devrait dans la pratique être une ébauche du plan de développement sanitaire de la ville. Il importe que la proposition porte sur l'ensemble des questions mentionnées dans les conditions concernant la phase III. Après l'admission, la ville devra élaborer les plans d'action détaillés décrivant les propositions de façon plus approfondie pour les cinq années de la phase. La ville doit expliquer comment elle entend prendre appui sur ses activités actuelles de planification pour satisfaire à cette condition.

Mesures à prendre pendant la phase : À partir de la proposition concernant la phase III présentée en vue de l'admission, la ville doit mettre au point un plan de développement sanitaire complet. Ce processus doit être achevé dans les 18 mois qui suivent l'admission. Pendant l'ensemble de la phase, la ville doit mettre en œuvre son plan de développement sanitaire, conformément au calendrier figurant dans le plan. Dans le cadre des mécanismes par lesquels les responsables locaux des programmes doivent rendre compte de leur action, des examens annuels des progrès accomplis par rapport au plan devront être présentés au comité directeur du programme. Ces examens annuels devront également être présentés au bureau du programme Villes-santé de l'OMS. Lorsqu'il y a un décalage important entre les progrès accomplis et ce qui est prévu dans le plan, cela peut faire l'objet de discussions entre l'OMS et la ville. Les plans devront bien entendu prévoir la possibilité de faire face à de nouvelles questions et de saisir des occasions nouvelles au cours des cinq années de la phase et cette souplesse sera prise en compte pendant le processus d'examen.

C.2 La ville doit mettre en œuvre un programme de surveillance et d'évaluation sanitaire systématique, intégré dans son plan de développement sanitaire, en vue d'évaluer les effets sanitaires, environnementaux et sociaux des politiques dans la ville.

Explication : Le but global du mouvement des Villes-santé est d'améliorer la santé des habitants des villes. Le conseil municipal et les décideurs de la ville sont responsables de l'effet de leurs politiques et de leurs programmes sur la santé. Pour que ce principe ait un sens, il est essentiel qu'il existe des mécanismes permettant d'évaluer ses effets et de communiquer les résultats obtenus aux décideurs et, au bout du compte, au public. Le processus de surveillance et d'évaluation doit être lié au plan de développement sanitaire de la ville et mettre en évidence les questions prioritaires sur le plan local (telles qu'elles ressortent de processus d'évaluation des besoins sanitaires locaux). Les programmes d'action doivent être liés clairement aux résultats obtenus au niveau de la santé et de la qualité de vie, mais il est recommandé que la ville conçoive une série d'indicateurs intermédiaires qui puissent servir, dans le cadre de la surveillance, d'étapes entre les actions menées et les résultats obtenus en définitive. Outre les indicateurs de la situation de départ⁶, un ensemble d'indicateurs essentiels sera défini par le groupe des indicateurs techniques du programme Villes-santé de l'OMS en 1998 et il sera demandé aux villes d'intégrer ces indicateurs dans leur plan.

Pièces ou informations requises : Le plan de surveillance et d'évaluation de la ville peut être élaboré soit en tant qu'élément de la proposition concernant la phase III, soit en tant que document indépendant. Ce plan doit porter explicitement sur toutes les conditions relatives à la phase III lorsqu'il est expressément indiqué que la surveillance est obligatoire. Des informations sur la situation de départ présentant un intérêt direct pour le plan de surveillance et d'évaluation doivent être incorporées dans la proposition. Un deuxième ensemble⁷ d'indicateurs de départ des Villes-santé doit être présenté dans la demande. La ville doit également s'engager à communiquer des informations sur les indicateurs essentiels de la phase III.

Mesures à prendre au cours de la phase : Des informations sur les effets des activités sur la santé et la qualité de la vie doivent être incorporées dans les examens annuels des progrès accomplis (décrits au point C.1). Il est prévu que la nature des informations évoluera au cours des cinq années de la phase : pendant les premières années, la majorité des données porteront sur des indicateurs intermédiaires mais, vers la fin de la phase, on devra privilégier des indicateurs des résultats. Il conviendra de communiquer des informations sur l'ensemble d'indicateurs essentiels de l'OMS lorsque celle-ci le demandera au cours de la phase. Il est également demandé à la ville de participer aux évaluations reposant sur le réseau réalisées par le bureau du programme Villes-santé de l'OMS. Ce dernier élabore actuellement un cadre pour l'évaluation des Villes-santé qui guidera les processus d'évaluation concernant la phase III. On s'attend à ce que les activités locales d'évaluation utilisent ce cadre (qui sera remis aux villes au début de la phase).

⁶ La communication de ces indicateurs était une condition d'admission à la deuxième phase. Leur analyse se trouve dans le document *Healthy Cities Indicators: Analysis of data from across Europe (WHO 1996)*.

⁷ Le premier ensemble d'indicateurs de la situation de départ a été établi au cours de la phase II. La liste révisée des indicateurs de départ pourra être obtenue de l'OMS en mars 1998.

C.3 La ville doit mettre en oeuvre un programme d'action visant à réduire les inégalités devant la santé dans la ville.

Explication : Les thèmes de l'équité en matière de santé et du développement durable représentent les grands axes stratégiques du réseau de la phase III (voir condition A.3). Compte tenu de cette orientation stratégique, la présente condition implique la mise en oeuvre et l'évaluation de plans d'action spécifiques dont l'objet est de prendre des mesures en faveur de l'équité. Des exemples des mesures susceptibles d'être prises figurent dans les explications relatives à la condition A.3.

Pièces ou informations requises : Chaque ville membre du programme doit être bien consciente des inégalités en matière de santé qui existent entre les différents groupes de sa population et entre les quartiers. Des informations sur ces questions, dans la mesure où elles sont disponibles, doivent figurer dans la proposition relative à la phase III et il convient d'indiquer des priorités pour l'action à mener à cet égard.

Mesures à prendre pendant la phase : La ville est tenue de mettre en oeuvre et de suivre son programme d'action en vue de réduire les inégalités en matière de santé, tel que ce programme est décrit dans son plan de développement sanitaire.

C.4 La ville doit mettre en oeuvre un programme d'action visant à promouvoir des politiques et des pratiques d'urbanisme favorables à la santé et au développement durable dans la ville.

Explication : Les problèmes urbains sont complexes, étant donné que les éléments qui constituent les villes sont imbriqués les uns dans les autres. Par définition, l'urbanisme vise à réglementer l'utilisation du terrain dans l'intérêt général et il s'agit d'un moyen important par lequel les villes peuvent faire face à des problèmes de développement durable. Les pratiques et les processus d'urbanisme doivent être adaptés compte tenu des conceptions nouvelles et intégrer les préoccupations sanitaires, environnementales, économiques et sociales aux réalités du XXI^e siècle.

Pièces ou informations requises : En ce qui concerne les politiques et les pratiques d'urbanisme favorables à la santé et à un développement durable, la ville doit s'engager à coopérer avec les urbanistes et indiquer les moyens par lesquels elle a l'intention de renforcer la coopération dans ce domaine.

Mesures à prendre pendant la phase : La ville doit examiner ses pratiques actuelles et concevoir des mesures en vue de politiques et de pratiques d'urbanisme favorables à la santé et développement durable.

C.5 La ville doit élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de lutte contre le tabagisme, conformément à la décision de l'OMS de faire de la lutte contre le tabagisme une priorité stratégique.

Explication : Le tabagisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité susceptibles d'être prévenues dans le monde développé, et constitue donc une priorité stratégique particulière pour l'OMS et de nombreuses villes. Il est établi qu'on peut améliorer la santé en menant une lutte efficace contre le tabagisme.

Pièces ou informations requises : Si la ville a une stratégie ou une politique de lutte contre le tabagisme, elle doit la décrire dans la demande d'admission et indiquer les domaines dans lesquels elle a l'intention de renforcer sa stratégie au cours des cinq années à venir. Si la ville n'a pas de stratégie de lutte contre le tabagisme, elle doit indiquer la situation actuelle à cet égard.

Mesures à prendre au cours de la phase : Au cours de la phase III, chaque ville membre du programme devra mettre en œuvre une stratégie en vue de lutter contre le tabagisme. Cette stratégie devra tenir compte des aspects suivants : promotion du tabac, disponibilité et vente de tabac et de produits à base de tabac, instauration de politiques relatives à l'air pur dans tous les cadres de vie, programmes de prévention du tabagisme et programmes visant à aider les individus à cesser de fumer. Le bureau du programme Villes-santé de l'OMS est en mesure de communiquer des politiques modèles.

C.6 La ville doit mettre en œuvre et évaluer un programme complet d'activités concernant au moins un des thèmes prioritaires suivants : exclusion sociale, cadres favorables à la santé, transports favorables à la santé, enfants, personnes âgées, toxicomanies, violence civile et domestique, accidents.

Explication : Chaque ville a un profil sanitaire et des priorités qui lui sont propres. Dans le cadre du réseau européen Villes-santé, on reconnaît qu'il est nécessaire de faire preuve de souplesse pour tenir compte des circonstances et des besoins locaux. Pour satisfaire à la présente condition, la ville doit désigner au moins une priorité dans la liste qui précède (qui repose sur les priorités que les villes ont désignées au cours de la phase II), et élaborer un programme d'action adapté aux circonstances locales.

Pièces ou informations requises : La demande d'admission doit indiquer clairement le ou les thèmes que la ville a retenus en tant que priorité locale, et présenter une ébauche de plan d'action. La demande doit également expliquer le choix (qui peut reposer sur un besoin mesuré, sur l'importance actuelle du thème pour la ville, sur la prévention d'un problème de santé futur ou sur d'autres raisons). Si la ville a adopté une priorité importante qui ne figure pas dans la liste qui précède et n'est pas mentionnée dans les autres conditions énoncées dans ce document, l'OMS peut accepter que cette priorité remplace l'une de celles qui sont énoncées plus haut. Cela est conforme à l'esprit de la présente condition, qui est de permettre une souplesse en matière de fixation de priorités.

Mesures à prendre au cours de la phase : La ville est tenue d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action relatif au thème prioritaire retenu. Il faut mettre en place des mécanismes pour évaluer les effets du plan d'action et communiquer à l'OMS, à la fin de la phase, un rapport sur une étude de cas qui résume le programme d'activités et ses effets.

D.1 La ville doit s'engager, sur les plans administratif et politique, à faire en sorte que le coordinateur du programme et une personnalité politique participent aux réunions de coordination et aux colloques de l'OMS. Lors de ces réunions et colloques, la ville doit être représentée, au minimum, par le coordinateur et la personnalité politique responsable.

D.2 La ville doit faire en sorte que son maire (ou la principale personnalité politique de la ville) participe aux réunions des maires qui auront lieu au début de la phase (en 1998) et à mi-parcours (en l'an 2000).

Explication : Les réunions de coordination sont au cœur des activités du réseau et représentent les seules occasions où toutes les villes se rassemblent pour discuter des questions qui présentent de l'importance pour l'ensemble d'entre elles. Il est par conséquent impératif que toutes les villes soient représentées et que leurs délégations comprennent les personnes responsables des programmes aux niveaux administratif et politique. Il y aura une ou deux réunions de coordination chaque année et il se peut que l'une d'entre elles se déroule via des moyens de communication électroniques. Les réunions des maires au début de la phase et à mi-parcours revêtent une importance particulière parce qu'elles permettent de faire en sorte que les responsables soutiennent politiquement et comprennent le programme Villes-santé et l'ensemble des stratégies et des valeurs qui se trouvent à sa base. Si des maires souhaitent participer aux réunions de coordination, il faudra s'en féliciter.

Pièces ou informations requises : Il est recommandé que, dans la lettre officielle du maire (voir condition A.1), ce dernier prenne des engagements concernant ces réunions du réseau. En outre, il est souhaitable que le maire donne également dans cette lettre une garantie personnelle qu'il participera aux réunions des maires.

Mesures à prendre au cours de la phase : La ville est tenue de participer à ces réunions de la façon indiquée. L'OMS s'assurera que les villes y participent. Les réunions de coordination seront planifiées et organisées avec la participation active d'un comité consultatif de l'OMS. Les villes seront invitées à proposer la désignation d'un membre de ce comité, dont la composition sera conforme à la répartition géographique du réseau.

D.3 La ville doit être raccordée à Internet et à un système de courrier électronique; idéalement, elle doit avoir accès à des installations de vidéoconférence.

Explication : Des activités en réseau efficaces exigent une bonne communication en permanence. Les distances qui séparent les villes du réseau européen limitent considérablement les possibilités de communication directe permanente. De plus en plus, nous sommes tributaires de moyens de communication électroniques et il se peut que nous les adoptions pour certaines de nos réunions de coordination.

Pièces ou informations requises : La ville doit confirmer qu'elle est au moins reliée à Internet et à un système de courrier électronique et que cela lui permet de communiquer avec le bureau du programme Villes-santé de l'OMS et les autres membres du réseau. Il convient d'indiquer également la facilité d'accès à des installations de vidéoconférence.

Mesures à prendre au cours de la phase : Ces moyens de communication devront être maintenus d'un bout à l'autre de la phase.

D.4 La ville doit participer activement à différentes activités en réseau (thématiques, sous-régionales, stratégiques, de jumelage, etc.) au cours de la phase, et notamment établir des liens étroits avec des réseaux nationaux. La ville doit démontrer qu'elle fournit des apports concrets à ces réseaux pendant l'ensemble de la phase.

Explication : Toutes les villes membres du programme doivent s'employer activement à coopérer aux plans national et international avec d'autres réseaux, villes et institutions. Les villes peuvent avoir des activités en réseau concernant des domaines d'intérêt commun qui peuvent concerner une question particulière, une zone géographique déterminée, une langue, un jumelage, une assistance offerte par une ville jouant le rôle de mentor, etc. Il existe actuellement un certain nombre de réseaux : réseaux nationaux, réseaux sous-régionaux, groupements autour d'un plan d'action intervilles, etc. On attend des villes participant à la phase III qu'elles fournissent des conseils et une aide à d'autres villes qui élaborent des stratégies reposant sur la Santé pour tous. Ce processus peut comprendre l'échange de données d'expérience sur la façon de créer un programme, des facteurs de succès et des embûches essentiels, l'échange de documents, la formation, la communication de données et d'autres formes d'assistance. Le jumelage permet à des villes de s'associer avec une ou plusieurs autres villes au sein du réseau de l'OMS ou d'autres réseaux de Villes-santé qui partagent une préoccupation particulière ou un intérêt déterminé. Lorsqu'une ville joue un rôle de mentor, elle applique un programme permanent de conseils et d'assistance à une ville qui se trouve à un stade moins avancé d'élaboration de programmes axés sur la Santé pour tous dans la ville et qui ne participent pas à la phase III du réseau Villes-santé de l'OMS.

Pièces ou informations requises : Pour démontrer qu'elle répond aux critères, la ville doit présenter, dans sa demande initiale, une description de ses activités en réseau actuelles et une indication générale de la façon dont elle souhaiterait que ces activités se développent. Dans la demande d'admission, il suffit que la ville présente à nouveau ces informations, en les actualisant compte tenu des changements qui se sont produits dans la pratique ou dans les intentions depuis la présentation de la demande initiale concernant les critères.

Mesures à prendre au cours de la phase : La ville doit participer aux réseaux de son pays et à d'autres activités en réseau et de soutien, comme cela est indiqué plus haut dans la rubrique «Explication». Des informations sur les diverses activités en réseau de la ville doivent figurer dans ses rapports annuels. On attend de la ville qu'elle conçoive une approche souple des activités en réseau pendant toute la phase.

Vue d'ensemble des conditions à remplir

Les conditions à remplir pour la phase III du réseau de Villes-santé de l'OMS ont été énumérées et décrites dans les sections 4 et 5. Comme indiqué au début de la section 4, les conditions ont trait aux quatre éléments des activités du programme Villes-santé :

1. Adhésion politique aux principes et buts de la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS et du programme Villes-santé.
2. Mise en place d'infrastructures pour la gestion et la mise en œuvre du programme.
3. Volonté clairement exprimée d'atteindre certains buts sanitaires, d'élaborer des politiques, des stratégies et des plans concrets, de procéder à des changements institutionnels et d'obtenir certains résultats.

4. Mise en place de réseaux formels et informels et d'une coopération aux niveaux local, national et international.

Les principes et stratégies de la Santé pour tous et du programme Action 21 forment le cadre d'ensemble qui guide toutes les activités du réseau Villes-santé. Au cours de la phase III, une importance particulière sera accordée à trois questions stratégiques prioritaires : l'équité, le développement social et le développement durable (comme cela est indiqué dans la condition A.3). Les domaines d'action prioritaires seront notamment des pratiques d'urbanisme favorables à la santé et à une bonne qualité de vie, les modes de vie et la pauvreté, les besoins des personnes âgées et des adolescents, les conditions de vie et le soutien social, la gestion écologique, la circulation routière, la pollution, l'octroi aux individus de moyens d'agir, l'investissement dans la santé et l'obligation de rendre des comptes en matière de santé.

Pour élaborer et mettre en œuvre de façon efficace des programmes opérationnels et stratégiques, les villes doivent avoir mis en place des infrastructures de programme solides. Celles-ci sont décrites dans les conditions B.1 à B.7. L'expérience acquise au cours des deux premières phases du réseau Villes-santé a permis d'obtenir des informations considérables sur les conditions préalables au changement et sur les caractéristiques d'une gestion efficace d'un programme. En particulier il faut un coordinateur à temps plein (ou une personne exerçant des responsabilités équivalentes), un personnel d'appui et des ressources financières suffisantes, et un comité directeur intersectoriel composé de décideurs politiques et administratifs. Une participation accrue de la part des entreprises et du public est essentielle.

Chaque ville doit élaborer et mettre en œuvre un plan de développement sanitaire qui prenne pour base la planification sanitaire intégrée antérieure de la ville et soit conforme aux valeurs, aux principes et aux objectifs de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle et du programme local Action 21; aux stratégies sanitaires nationales pertinentes; et à des priorités propres à la ville. Ce plan doit énoncer clairement des buts et objectifs à long et à court terme et indiquer des moyens par lesquels la ville s'assurera que ces objectifs ont été atteints.

Le plan de développement sanitaire de la ville repose sur le plan sanitaire déjà existant de la ville et lui donne plus d'ampleur. Il faut rassembler tous les secteurs dès le départ, afin de mobiliser les ressources en vue de favoriser le développement sanitaire. Le plan doit adopter une perspective large, pour que les mesures prises dans différents secteurs, à différents niveaux et par divers intervenants forment un ensemble cohérent qui permette d'adopter une approche intégrée de la santé et du développement. La valeur ajoutée par le plan est l'intégration et la mobilisation de toutes les ressources de la société pour le développement sanitaire. Le plan doit être axé sur les individus et agir sur les facteurs qui influencent la santé. Le plan devra prévoir la possibilité de faire face à des questions nouvelles et de saisir les chances nouvelles qui apparaîtront au cours des cinq années, et cette souplesse sera prise en compte au cours du processus d'examen.

Un élément supplémentaire du plan de développement sanitaire de la ville (et du reste de la phase III dans son ensemble) est l'importance accordée à la surveillance et à l'évaluation. Toutes les villes devront procéder à une évaluation permanente des effets de leurs activités et participer aux processus, dirigés par l'OMS, qui viseront à évaluer les activités du réseau dans son ensemble.

Grâce à l'importance accordée à la coopération au sein du réseau, les villes pourront apprendre, partager et travailler ensemble. La coopération au sein d'un réseau peut renforcer la volonté politique, assurer la solidarité, légitimer le changement et permettre de mener une action de sensibilisation aux questions de santé publique aux niveaux national et international.

6. Contenu de la demande d'admission à la phase III

Les demandes d'admission à la phase III doivent comporter quatre éléments. Pour le premier examen de candidatures, celles-ci doivent être soumises au plus tard le 8 mai 1998.

En premier lieu, toutes les villes doivent fournir au bureau du programme Villes-santé de l'OMS des preuves claires d'une adhésion politique au programme au sein de la ville. Ces preuves comportent trois éléments :

- a) Une lettre officielle du maire de la ville (ou d'une personnalité politique équivalente) qui indique explicitement son adhésion aux principes et aux buts du programme et aux valeurs, principes et objectifs de la stratégie de la Santé pour tous. Cette lettre doit également indiquer un appui politique de la part de la ville pour les diverses conditions relatives à la phase III.
- b) Une copie d'une résolution du conseil municipal soutenant la réalisation des activités prévues par le programme dans la ville d'un bout à l'autre de la phase III.
- c) Un engagement de partenariat signé par les décideurs des divers secteurs qui revêtent une importance pour le programme; cet engagement doit indiquer leur adhésion durable aux principes et aux buts du programme.

Deuxièmement, lorsqu'elles demandent à être admises à la phase III du réseau, toutes les villes dont il a été reconnu qu'elles peuvent poser une telle candidature doivent présenter une proposition concernant la phase III, qui porte sur les cinq années de celle-ci. Cette proposition doit indiquer comment la ville a l'intention de satisfaire aux diverses conditions prévues pour la phase III. Elle doit donc être conforme aux conditions de base énoncées pour chacun des quatre éléments : principes et stratégies; infrastructures du programme; buts, produits et résultats spécifiques; et activités en réseau et coopération. La proposition concernant la phase III doit indiquer quelles sont les options retenues par la ville. Elle doit également inclure un calendrier d'action et une proposition de surveillance et d'évaluation intégrées.

Troisièmement, les villes doivent accepter de participer à un processus permanent de surveillance et d'évaluation mené par l'OMS. Au minimum, cela signifie que chaque ville accepte de présenter un rapport annuel sur les progrès accomplis au bureau du programme Villes-santé de l'OMS, de contribuer à un ensemble d'indicateurs de base (qui devront être conçus) et de faire l'objet d'un suivi assuré par l'OMS concernant les progrès accomplis. Les villes qui présentent leur candidature à l'admission doivent fournir une déclaration écrite indiquant qu'elles acceptent ces processus. La candidature doit être accompagnée d'une deuxième série d'indicateurs sur la situation de départ.

Quatrièmement, les villes doivent accepter de verser une contribution financière annuelle à l'OMS, pour financer certains des coûts de l'administration du réseau et la fourniture de produits et de services au cours de la phase. Cette contribution financière annuelle sera de

5000 ou de 3000 dollars des États-Unis (ce dernier montant étant applicable aux villes des pays dont l'économie est en transition) pour chacune des cinq années de la phase. La confirmation de l'accord de la ville concernant ces paiements doit être jointe à la demande d'admission.

L'évaluation des candidatures des villes à l'admission à la phase III sera coordonnée et organisée par l'OMS. Lors de l'évaluation des propositions concernant la phase III, une attention particulière sera accordée aux facteurs suivants :

- l'intérêt manifesté pour l'équité et le développement durable;
- l'attention accordée à la prise, au niveau de la ville, de mesures mettant en application la stratégie et les principes de la Santé pour tous;
- les indications selon lesquelles il a été procédé à une analyse des priorités locales et à la définition de programmes d'action pour répondre à ces priorités;
- l'innovation et la créativité;
- les indications selon lesquelles il existe un lien entre les mécanismes du programme Villes-santé de la ville et d'autres structures de décision dans la ville.

La décision finale concernant l'admission des villes appartient à l'OMS et ces dernières recevront une notification des résultats dans les six à huit semaines qui suivront la réception de leur candidature. Les villes qui remplissent les critères auxquels il doit être satisfait pour pouvoir présenter une demande d'admission mais qui ne sont pas admises à ce stade pourront à nouveau présenter leur candidature ultérieurement, tant que le nombre maximum de 40 villes membres du réseau n'aura pas été atteint.

Figure 6 : Résumé du contenu de la demande d'admission

Une demande d'admission complète doit comprendre :

- une lettre de candidature du maire, accompagnée d'une résolution du conseil municipal et d'un engagement de partenariat signé par des décideurs d'autres secteurs;
- une proposition soutenue par des pièces et des informations, décrivant les préparatifs et les plans qui permettront de répondre aux conditions de la phase III;
- une déclaration par laquelle la ville accepte de participer au processus permanent de suivi et d'évaluation réalisé par l'OMS;
- l'ensemble d'indicateurs de la situation de départ des Villes-santé;
- une déclaration par laquelle la ville accepte de verser les contributions financières.

Annexe 1

Utilisation des contributions financières des villes

Les contributions financières seront utilisées pour le réseau de la phase III du programme Villes-santé. Certains des produits et services fournis seront ceux qui figurent déjà parmi ceux qui sont offerts gratuitement par l'OMS au programme Villes-santé. En outre, les fonds pourraient être utilisés pour financer des produits tels des recommandations, des programmes de formation, des actions d'évaluation, etc. L'OMS tiendra pleinement compte des souhaits des membres du réseau pour déterminer la façon dont les contributions financières des villes seront utilisées.

Chaque année, l'ordre du jour d'au moins une réunion de coordination du réseau devra comporter un point relatif à l'utilisation des fonds. L'OMS se réserve le droit de participer en tant que partenaire aux discussions qui auront lieu au titre de ce point et d'opposer un veto à toute proposition d'utilisation des fonds qu'elle jugerait : irréalisable; incompatible avec l'esprit du programme Villes-santé; incompatible avec l'objet et les buts ou les dispositions réglementaires de l'OMS.

À la fin de chaque période biennale qui sert de cadre au programme d'activités de l'OMS, celle-ci rendra compte aux membres du réseau des fonds reçus et des montants dépensés dans le cadre du réseau.

Au début de 1998, on produira un document complémentaire qui indiquera de façon plus détaillée des postes et des mécanismes en vue de l'utilisation des fonds pour la fourniture de produits et de services.

Annexe 2

Définitions et abréviations

Accréditation

L'accréditation est le processus par lequel on reconnaît qu'un critère est rempli ou qu'une certaine norme est atteinte. L'objet de l'accréditation est de fixer des conditions minimales ou de donner une récompense au titre de certaines réalisations, l'un n'excluant pas l'autre. Ce type de mécanisme a été mis au point ensemble par l'OMS et Euronet, mais n'est pas encore entré en vigueur.

Admission

Il s'agit du processus par lequel une ville répondant aux critères est admise à la phase III du réseau de villes membres du programme de l'OMS et se voit attribuer le titre de ville membre du programme de l'OMS.

Bureau du programme Villes-santé de l'OMS

Il s'agit du bureau du programme Villes-santé de l'OMS établi au Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, à Copenhague. Ce bureau du programme fait partie intégrante du Centre pour la santé urbaine de l'OMS. Ce dernier comprend trois éléments principaux : le programme Politique de santé urbaine; les réseaux de Villes-santé; et le programme d'urbanisme et de développement urbain.

Coordinateurs de programme

Les coordinateurs de programme coordonnent les activités des villes membres du programme de l'OMS.

Critères

Les critères servent à désigner les villes qui sont capables de participer à la phase III et de répondre aux exigences de celle-ci.

Développement durable

Le développement durable englobe la viabilité environnementale et économique, et des dimensions sociodémographiques et sanitaires. Il s'agit d'un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre l'aptitude des générations futures à satisfaire leurs propres besoins.

OMS

Organisation mondiale de la santé.

Phases I, II et III

Chaque phase du programme Villes-santé de l'OMS dure cinq années : phase I (1987–1992), phase II (1993–1997) et phase III (1998–2002).

Plans d'action intervilles

Des villes de l'ensemble de l'Europe coopèrent sur des thèmes tels que le tabac, la santé des femmes, l'alcool, la toxicomanie, le sida, le programme Action 21 et les accidents. Actuellement, il y a une dizaine de plans d'action intervilles. Les membres de ceux-ci peuvent être des villes membres du programme Villes-santé ou des membres de réseaux nationaux.

Plan de développement sanitaire de la ville

Un plan de développement sanitaire repose sur le plan sanitaire de la ville et lui donne plus d'ampleur. Il doit être axé sur une perspective large, de façon à ce que les mesures prises dans différents secteurs, à différents niveaux et par divers intervenants forment un ensemble cohérent qui permette d'adopter une approche intégrée de la santé et du développement. La valeur ajoutée par le plan est l'intégration et la mobilisation de toutes les ressources de la société pour le développement sanitaire. Le plan doit être axé sur les individus et agir sur les facteurs qui influencent la santé.

Plan sanitaire de la ville

L'existence d'un plan sanitaire était une condition d'admission à la phase II. Les villes s'engageaient à élaborer un plan sanitaire (ou un document équivalent), reposant sur une évaluation de leurs besoins et de leurs préoccupations sanitaires (profils sanitaires) et sur le cadre de politiques du programme Villes-santé. Le plan ou son équivalent peut être constitué d'un seul ou de plusieurs documents. Quelle que soit la forme qu'il revête, il doit donner des indications probantes de l'existence d'une planification coordonnée reposant sur la Santé pour tous (planification relative à la politique, stratégique et opérationnelle) pour la santé dans la ville. Le plan doit être multisectoriel et les citoyens doivent participer à son élaboration.

Programme local Action 21

Le programme Action 21, programme des Nations Unies sur le développement durable, comprend un cadre d'action pour le développement durable qui porte sur les facteurs économiques, environnementaux, sociodémographiques et sanitaires⁸. À la suite de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, qui a eu lieu à Rio de Janeiro en 1992, tous les pays se sont engagés à appliquer le programme Action 21 au niveau local. Le programme Villes-santé de l'OMS a incorporé le programme Action 21 dans ses cadres de politique et de planification et est un partenaire essentiel de la Campagne des villes européennes durables, qui fait la promotion de la planification pour le programme Action 21 au niveau local.

Programme Villes-santé de l'OMS

Le programme Villes-santé de l'OMS est un programme de développement international à long terme qui s'efforce de placer la santé en bonne position parmi les préoccupations des décideurs des villes d'Europe et de constituer un puissant groupe de pression en faveur de la santé publique au niveau local.

Réseaux nationaux

Il s'agit des réseaux de Villes-santé (y compris les villes membres du programme de l'OMS) dans les pays.

⁸ *Sommet de la terre – programme Action 21*. New York, Organisation des Nations Unies, 1993.

Réseau de la phase III

Réseau du programme de l’OMS qui fait partie du programme Politique de santé urbaine/Villes-santé et qui s’emploie à réaliser la phase III du programme.

Réunions de coordination

Les réunions de coordination permettent à toutes les villes membres du programme de se réunir pour avoir des discussions, élaborer une politique et prendre des décisions de gestion. Il y en avait deux par an au cours de la phase II et elles ont eu lieu dans différentes villes membres du programme.

Santé pour tous

La stratégie européenne de la Santé pour tous⁹ donne des indications détaillées sur les mesures à prendre en matière de santé. La stratégie révisée concernant la Santé pour tous pour le XXI^e siècle est en cours d’élaboration et sera mise au point définitivement vers la fin de 1998.

Villes membres du programme de l’OMS

Les villes membres du programme de l’OMS sont des villes qui ont été admises à la phase II du programme Villes-santé de l’OMS. Elles ont dû satisfaire aux conditions d’admission à la phase II. Pour la phase III, un nouveau réseau de villes membres du programme de l’OMS sera constitué.

⁹ *Les buts de la Santé pour tous – la politique de santé de l’Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1991.

Annexe 3

Quotas des pays

Un nombre maximum de villes a été fixé pour chaque pays sur la base de la population, exception faite de quatre pays (Danemark, Pologne, Royaume-Uni et Suède), où le niveau de la phase II a été retenu pour des raisons historiques. Les pays énumérés ci-après sont ceux qui ont des villes membres du projet de la phase II ou des réseaux nationaux. On s'attend à ce que le réseau de la phase III comprenne des villes de pays dans lesquels des progrès importants ont déjà été accomplis dans l'utilisation des méthodes de travail propres au réseau Villes-santé. Les villes de pays non mentionnés ci-après sont invitées à demander au bureau du programme Villes-santé des informations sur le quota de leur pays.

Quotas des pays

Pays	Villes de la phase II	Maximum
1. Allemagne	2	3
2. Autriche	1	1
3. Belgique	2	2
4. Croatie	0	1
5. Danemark	2	2
6. Espagne	0	3
7. Féd. de Russie	0	3
8. Finlande	1	1
9. France	2	3
10. Grèce	2	2
11. Hongrie	2	2
12. Irlande	1	1
13. Israël	1	1
14. Italie	3	3
15. Lituanie	1	1
16. Norvège	1	1
17. Pays-Bas	2	2
18. Pologne	4	4
19. Portugal	1	1
20. Rép. tchèque	2	2
21. Royaume-Uni	4	4
22. Slovaquie	1	1
23. Slovénie	1	1
24. Suède	2	2
25. Suisse	1	1
26. Turquie	0	3

Annexe 4

Bibliographie

Draper R.; Curtice L.; Hooper J., et al. WHO Healthy Cities Project Office. **WHO Healthy Cities Project: review of la first five years (1987–1992) : a working tool and a reference framework for evaluating the project.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1993. 137 p. (anglais).

Price C. and Tsouros A.D. (ed.) WHO Healthy Cities Project Office. **Our Cities, Our Future.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996. ISBN: 87-985788-0-4. (anglais).

Sustainable development and health: concepts, principles and framework for action for European cities and towns. European Sustainable Development and Health Series: 1. WHO, 1997

Tsouros A.D. (ed.) WHO Healthy Cities Project Office. World Health Organization **Healthy Cities Project : a project becomes a movement : review of progress 1987 to 1990.** Milan: Sogess; 1991. 80 p. ISBN: 8885393012. (anglais, allemand, grec, espagnol).

Tsouros A.D. **The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans.** WHO, July 1997.

Webster, P. & Price, C., ed. **Healthy Cities Indicators. Analysis of data from across Europe.** WHO, 1996.

Bureau du programme Villes-santé de l’OMS. **Vingt étapes pour réussir un projet Villes-santé.** 1ère édition. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe; 1992. 58 p. (allemand, anglais, croate, danois, finnois, français, grec, hébreux, hongrois, italien, japonais, lituanien, norvégien, polonais, roumain, russe, slovaque, slovène, turc, ukrainien). Une deuxième édition a paru en anglais (1995).

WHO Healthy Cities Project Office. **Briefings on Multi-City Action Plans: WHO Healthy Cities Project, phase II: 1993-1997.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994. 32 p. (anglais).

WHO Healthy Cities Project Office. Healthy City Project: **Organigrams: location of project within city structure and links with other organizations.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994. 40 p. (anglais).

WHO Healthy Cities Project Office. **Guidelines for Multi-City Action Plans: WHO Healthy Cities Project, phase II: 1993-1997.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994. 8 p. (anglais).

WHO Healthy Cities Project Office. **National Healthy Cities Networks in Europe.** 3rd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997. 77 p. (anglais).

WHO Healthy Cities Project Office. **Setting Standards for WHO Project Cities: The Requirements and the Designation Process for WHO Project Cities.** WHO Healthy Cities Project phase II (1993-1997). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1993. 13 p. (anglais et russe).

Pour obtenir ces documents, veuillez vous adresser au :

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18

Annexe 5

Adresses et contacts

Bureau du projet Villes-santé de l'OMS

Dr Agis Tsouros
Conseiller régional pour la politique de santé urbaine
Coordinateur du programme Villes-santé
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø
Danemark
Tél. : +45 39 17 12 24
Fax : +45 39 17 18 60
Mél : eip@who.dk
Site sur la toile : World Wide Web : <http://www.dk/tech/hcp/index.htm>

Centre collaborateur OMS pour la recherche sur les Villes-santé

Dr Evelyne de Leeuw
WHO Collaborating Centre for Research on Healthy Cities
PO Box 616
6200 MD Maastricht
Pays-Bas
Fax : +31 43 3671032