

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« LE RESEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTE : QUELLE
PLUS VALUE DANS LE DEVELOPPEMENT D'UNE
POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE A
L'ECHELON LOCAL ? »**

– Groupe n° « 22 » –

- ALBOUY Cécile
- ANSOULD Dominique
- CARCHON Pierre-Emmanuel
- DEBACQ Elodie
- LE DORTZ Philippe
- GASSER Christophe
- MARTINEZ-AÏN Françoise
- MOREL Vincent
- DE RUSUNAN Marie-Paule
- SICARD Jean-François

Animateur

– *LEGRAND Eric*

S o m m a i r e

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 Le réseau français des Villes-santé : une dynamique pionnière visant à promouvoir une vision élargie de la santé au niveau local. | 3 |
| <i>1.1 Le réseau français des Villes-santé a relayé une volonté internationale de promouvoir la santé à l'échelon local.....</i> | <i>3</i> |
| 1.1.1 Le projet Villes-santé inscrit un concept international dans une approche territoriale de la santé. | 3 |
| 1.1.2 La mise en œuvre du projet Villes-santé doit s'organiser autour d'une déclinaison en réseaux..... | 4 |
| 1.1.3 Le concept de Villes-santé articule perspective globale et action locale. | 5 |
| <i>1.2 A l'origine du réseau figure ainsi une adhésion partagée à une conception élargie et dynamique de la santé.</i> | <i>6</i> |
| 1.2.1 Le réseau se fonde sur l'intérêt d'une démarche de promotion de la santé..... | 6 |
| 1.2.2 Des motivations communes ont inspiré une démarche volontaire, orientée par des valeurs partagées..... | 6 |
| 1.2.3 Le développement du réseau est impulsé par l'attente et la recherche de partenariats fructueux..... | 8 |
| <i>1.3 Pour autant, les actions impulsées par le réseau français sont mises en œuvre par des communes aux profils variés, voire hétérogènes.....</i> | <i>9</i> |
| 1.3.1 Le maillage territorial du réseau s'est modifié significativement au fil des années..... | 9 |
| 1.3.2 Des actions concrètes très diverses ont pris naissance à l'intérieur du réseau..... | 10 |
| 2 Mais la dynamique initiale paraît aujourd'hui altérée, au détriment de la crédibilité et de la spécificité du réseau. | 12 |
| <i>2.1 L'identité et la spécificité du réseau sont mises en question par l'insuffisance de son évaluation.</i> | <i>12</i> |
| 2.1.1 Une réelle politique d'évaluation du réseau apparaît comme une nécessité. | 12 |
| 2.1.2 Les difficultés d'évaluation que rencontre le réseau limitent la portée de ses actions. | 13 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.2 | <i>Or le réseau n'est pas soutenu par une politique effective d'expansion et de communication</i> | 14 |
| 2.2.1 | La communication autour de la plus-value du réseau et de l'adhésion des villes au réseau est frileuse. | 14 |
| 2.2.2 | Le faible nombre d'adhérents n'est pas compensé par une dynamique d'expansion. | 15 |
| 2.3 | Ainsi le réseau risque la dilution et l'effacement par d'autres dispositifs légitimes soutenus par davantage de moyens. | 16 |
| 2.3.1 | Les Ateliers Santé Ville (ASV) mêlent une volonté politique nationale forte à une concrétisation plus rapide sur le terrain. | 16 |
| 2.3.2 | Le réseau doit assurer un difficile positionnement, face aux animations territoriales, à l'association « Elus, Santé publique et territoires » et éventuellement à d'autres acteurs. | 17 |
| 3 | Cependant la démarche Villes-santé reste pertinente et le réseau français des Villes-santé pourrait faire l'objet d'une mise en valeur renouvelée. | 19 |
| 3.1 | <i>Le réseau Ville-santé conserve une plus-value en terme de démarche de santé au niveau local.</i> | 19 |
| 3.1.1 | Le réseau reste le témoin d'une volonté d'ancrage durable de la santé dans les choix politiques de la ville. | 19 |
| 3.1.2 | Le réseau apporte de réelles garanties de crédibilité et de légitimité..... | 20 |
| 3.2 | <i>Le réseau continue ainsi d'impulser une dynamique intersectorielle et des actions organisées en partenariat.</i> | 21 |
| 3.2.1 | Le réseau reste porteur d'une synergie entre les acteurs locaux. | 21 |
| 3.2.2 | Le réseau reste mobilisé autour de l'échange d'idées et de pratiques..... | 22 |
| 3.2.3 | La transversalité dans l'approche de la santé se maintient comme un concept riche en théorie et en pratique. | 23 |
| 3.3 | <i>Sur ce fondement, l'ambition et l'attractivité pourraient être renforcées à la lumière d'expériences étrangères.</i> | 24 |
| 3.3.1 | L'expansion et l'évaluation du réseau devraient être organisées..... | 24 |
| 3.3.2 | Le réseau devrait mieux s'inscrire dans les politiques publiques de promotion de la santé..... | 26 |
| | CONCLUSION | 28 |
| | Bibliographie | 29 |

Liste des annexes.....Erreur ! Signet non défini.

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions chaleureusement M. Eric LE GRAND, qui a animé le travail de notre groupe.

Ce document n'aurait pu voir le jour sans l'excellent accueil que de nombreux professionnels nous ont réservé sur le terrain : Madame SABOURAUD, Présidente du Centre collaborateur de l'O.M.S. pour les Villes-Santé francophones ; Madame LEMAITRE, Directrice du Service municipal Nancy Ville-Santé ; Madame BOLTEAU, Chargée de mission à la Mission Solidarité-Santé à la mairie de La Roche -sur -Yon ; Madame le Docteur LEPOIVRE, Responsable de la Mission Santé publique à la Direction Générale de l'Action Sociale à la mairie de Nantes ; Madame EVANO, Attachée à la Direction de la Santé au Centre communal Hygiène et Santé à la mairie de LORIENT ; Monsieur le Docteur EPAILLARD, Médecin inspecteur de Santé publique à la DDASS d'Ille et Vilaine ; Madame le Docteur LE BRIS, Directrice du service communal d'Hygiène et Santé à la mairie de Rennes ; Monsieur LE BOUGEANT, Maire adjoint en charge de la santé à la mairie de Rennes ; Madame LE FRIEC, Directrice adjointe à l'Hôpital local de Port-Louis à Lorient ; Monsieur SYZ, Maire adjoint en charge de la santé à la mairie de Lorient ; Monsieur le Docteur SCHOENE, Directeur du service communal d'Hygiène et Santé à la mairie de Saint-Denis ; Madame BERNARD, Chargée de mission contractuelle au service Politique de la ville à la mairie de Vandoeuvre-les Nancy ; Madame FAYARD, Directrice du Développement de l'Education pour la santé et l'éducation thérapeutique à l'INPES ; Monsieur MOYNET, Attaché territorial, directeur du service Citoyenneté-Solidarité à la mairie de Salon-de-Provence.

Les professionnels que nous avons contactés par téléphone nous ont également beaucoup aidés : Madame LEVY JURIN, Présidente du Réseau français des Villes-santé ; Monsieur GUENIFFEY à la Direction Générale de la Santé.

Liste des sigles utilisés

- A.S.V. : Atelier Santé Ville
- C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- C.U.C.S. : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- D.G.S. : Direction Générale de la Santé
- D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- D.I.V. : Direction Interministérielle à la Ville
- E.H.E.S.P. : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- E.P.C.I. : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
- G.R.S.P. : Groupement Régional de Santé Publique
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- I.P.A.S.S. : Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- O.R.S. : Observatoire Régional de la Santé
- S.I.D.A. : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
- S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Méthodologie

Un premier temps d'appropriation des concepts et de la thématique

En amont de la première rencontre du groupe, chacun a pris connaissance du dossier documentaire transmis.

Le premier temps de travail pour le groupe a été consacré à une mise en commun de l'information disponible et à des échanges avec l'animateur autour de la thématique : Le réseau français des Villes-santé. Le recueil d'informations a été centré sur une étude documentaire et sur la réalisation d'entretiens. A la liste de contacts proposée par l'animateur, le groupe a ajouté d'autres intervenants qui lui semblaient pertinents.

Il s'est ensuite attaché à la réalisation de 2 grilles d'entretien et d'une première ébauche de plan à partir des informations collectées. Ce travail a été utile pour structurer la réflexion et créer une base commune de travail, tant du point de vue individuel que collectif.

La répartition des lectures et des entretiens – la préparation des entretiens

Dans un souci d'efficacité, la lecture de l'ensemble de la documentation ainsi que les différents entretiens ont fait l'objet d'une répartition entre les membres du groupe ; chacun en a réalisé une synthèse écrite.

Les deux grilles d'entretien ont été conçues en fonction des personnes rencontrées (acteurs locaux : techniciens et élus ; représentants des institutions. Ces grilles ont été structurées autour d'un tronc commun et de questions spécifiques en fonction des interlocuteurs. Elles ont été établies dans le souci de recueillir le maximum d'informations en lien direct avec notre sujet, en laissant l'interlocuteur libre d'exprimer ses opinions.

Nous avons privilégié les rencontres directes en binôme, chaque fois que possible dans un souci de bonne compréhension.

Structuration de la réflexion – élaboration du plan – rédaction

La proposition de plan initial a été modifiée et façonnée en groupe à partir des apports des différents entretiens. Une fois le plan arrêté, chaque membre du groupe s'est chargé de la rédaction d'une sous-partie. Le travail en binôme a, là encore été privilégié.

Un comité de lecture a procédé à une vérification de la cohérence de l'ensemble et à une harmonisation des styles. Le texte dans son ensemble a été soumis à tout le groupe et les différentes remarques prises en compte.

Communication et dynamique de groupe

Pour faciliter le partage d'informations, en particulier des synthèses écrites, un espace d'échanges en ligne a été constitué ; l'animateur a été intégré à la liste des membres, ce qui lui a permis de suivre la progression des démarches et de la réflexion.

En complément de cet outil, des « debriefings » réguliers entre les membres présents ont été organisés suite aux entretiens, ce qui a permis d'en effectuer une analyse et d'en extraire des éléments qui ont organisé la réflexion.

La confrontation de points de vue a été riche compte tenu de la diversité des expériences professionnelles et personnelles ainsi que de l'intérêt du groupe pour le sujet. Les débats ont été nombreux sans nuire à la qualité des échanges qui ont toujours su conserver le critère de la rationalité, permettant à chacun de s'exprimer et ainsi à la réflexion de progresser.

Ce rapport, a été tout au long de son élaboration une œuvre collective et les arbitrages ont toujours été acceptés par l'ensemble du groupe.

INTRODUCTION

En lançant le projet Villes-santé en 1986, et en insistant sur le rôle décisif des villes dans l'amélioration de la santé de la population, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a souhaité inviter les acteurs de la ville, élus, institutions, associations, citoyens à travailler ensemble pour faire de nos villes des espaces où il fait bon vivre.

Les villes, milieux de vie, de développement et de sociabilité jouent effectivement un rôle déterminant sur la santé, dans la mesure où celle-ci dépend, pour une très large part, des conditions de vie et de travail, de la qualité de l'environnement physique et socio-économique, ainsi que de l'accessibilité pour tous à des services de santé de qualité.

Les villes sont ainsi un lieu privilégié pour diffuser la politique de santé préconisée par l'OMS : « la santé se gagne ou se perd à la maison, à l'école, au travail, là où l'on vit... » On pourrait ajouter qu'elle se perd d'abord dans les villes bruyantes, polluées, dangereuses, lieux de misère, d'isolement, d'exploitation...

Les villes peuvent concourir à détruire la santé. Mais elles sont aussi lieu de vie, d'échanges sociaux, de loisirs, de création. Les villes appellent également à la santé, à sa promotion.

L'objectif de la démarche définie par l'OMS en 1977 de la « Santé pour Tous », s'appuie sur une conception large et dynamique de la santé. Le programme Villes-santé s'inscrit dans une démarche positive qui tente d'appliquer le principe « de penser globalement et agir localement » dans une perspective de « promotion de la santé ».

Sur ce fondement, s'est constitué le Réseau français des Villes-santé à l'initiative des villes de Rennes et de Nancy, qui compte aujourd'hui 63 villes.

La question de la plus-value de l'adhésion au réseau Ville-santé se pose tant sur le plan local qu'à l'échelon d'une politique partenariale et globale de promotion de la santé.

Le réseau français des Villes-santé se fonde sur la dynamique impulsée par l'OMS pour mettre en œuvre des actions concrètes au niveau local et un certain échange autour de thèmes de santé publique (1). Après plus de vingt ans d'existence, le réseau semble parfois quelque peu s'essouffler, concurrencé par d'autres programmes et actions de promotion de la santé (2). Cependant le réseau demeure pertinent par sa faculté d'impulser une dynamique intersectorielle et mérite tant une clarification de son rôle et de son

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2008

positionnement dans le champ de la promotion de la santé, qu'un renouvellement de ses ambitions et de son attractivité (3).

1 Le réseau français des Villes-santé : une dynamique pionnière visant à promouvoir une vision élargie de la santé au niveau local.

1.1 Le réseau français des Villes-santé a relayé une volonté internationale de promouvoir la santé à l'échelon local.

1.1.1 Le projet Villes-santé inscrit un concept international dans une approche territoriale de la santé.

Le projet Villes-santé est né en 1986 d'une proposition du bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il visait à associer les villes à sa stratégie dite de « La Santé pour tous en 2000 ». La démarche s'appuie en effet sur les orientations définies dans ce programme, mais également sur d'autres textes fondateurs.

Les principes de la promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa sont à la base de cette politique. Progressivement, l'interaction entre les facteurs environnementaux et la santé a abouti à une nouvelle notion : la promotion de la santé. Une nouvelle vision de la santé, élargie, est initiée par la politique de l'OMS : elle se situe bien au-delà de la visée médicale curative. Une conception dynamique et globale de la santé prend en compte les facteurs qui se conjuguent pour que la santé se perde ou se gagne. Ces facteurs sont essentiellement liés aux conditions de vie (logement, habitat, nourriture, transport), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales ; ils influent sur la santé des citoyens. La santé est alors envisagée selon une approche « socio-écologique ».

Les principes de l'Agenda 21 pour le développement durable, énoncés en 1992, viennent conforter le projet Villes-santé de l'OMS. Ce cadre définit 21 objectifs pour le vingt et unième siècle afin de parvenir à un potentiel maximal de santé pour tous. Le projet repose sur trois valeurs fondamentales : la protection de l'environnement, l'égalité devant la santé, la participation et la responsabilité des individus.

En 1998, une stratégie d'actualisation, dite de « La Santé pour tous pour le vingt et unième siècle » est adoptée. Les Etats membres de la région Europe apportent leur soutien à ce nouveau cadre politique permettant la mise en oeuvre de la santé et du développement durable au niveau local.

Bien que différents, Agenda 21 et Santé 21 sont complémentaires. Le premier s'inspire d'une préoccupation concernant la relation mutuelle existant entre développement et environnement, le second a pour origine le secteur de la santé et

s'inscrit dans la perspective de la santé humaine. Chacun peut affecter l'autre de manière positive ou négative.

Le projet Villes-santé de l'OMS propose une application locale des principes de l'OMS de « La Santé pour tous » et ceux de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Le projet Villes-santé a dès lors pour ambition d'améliorer « le bien être physique, mental, social et environnemental des gens qui vivent et travaillent dans les villes »¹, et donc de développer la promotion de la santé à l'échelon local.

1.1.2 La mise en œuvre du projet Villes-santé doit s'organiser autour d'une déclinaison en réseaux.

Le bureau régional Europe de l'OMS a souhaité travailler directement avec les villes en impulsant différents niveaux de réseaux de ville. Des réseaux européens, nationaux et transnationaux ont vu le jour afin de proposer le développement d'un large dispositif permettant la mise en œuvre de la santé pour tous et du développement durable au niveau local.

Le réseau européen rassemble les villes de la région Europe de l'OMS. Ce sont d'abord des villes pilotes du projet en lien étroit avec l'OMS. Une cinquantaine de ville de la région Europe de l'OMS font partie de ce réseau dont Rennes pour la France.

Les réseaux OMS nationaux sont au nombre de trente dans la région Europe, d'autres réseaux se développent également en Afrique, en Amérique latine, en Amérique du nord, en Australie, en Nouvelle-Zélande.

D'autres réseaux dépassant les frontières nationales se sont constitués. Ces réseaux se fondent sur des références linguistiques ou culturelles communes.

Le réseau français des Villes-santé fait partie de l'échelon des réseaux nationaux. Rennes, membre du Réseau Européen, a pris l'initiative, en mars 1987, d'organiser une réunion des villes françaises. A la suite de cette rencontre, quelques villes ont souhaité s'engager dans le mouvement Villes-santé et se sont retrouvées pour constituer le Réseau

¹ *Les villes-santé créent la différence.* Centre européen pour la santé urbaine. Bureau régional de l'Europe. Organisation mondiale de la santé.

français en 1988. En 1990, l'Association Réseau Français des Villes-santé a été créée afin de donner un cadre institutionnel au réseau.

Les buts de l'association, définis dans les statuts sont de soutenir et de développer le Réseau Français des Villes-santé, en référence aux objectifs de la « Santé pour Tous » et du Programme Villes-santé de l'OMS. L'objectif est de permettre une coopération entre ces villes, notamment grâce à des échanges d'expériences locales, de données, mais aussi en organisant des rencontres autour de grandes thématiques de santé publique, et des actions communes. Aujourd'hui, le réseau français des Villes-santé compte 62 municipalités et un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI).

Pour la ville de Rennes, la participation aux deux réseaux, européen et français est un avantage ; en effet, l'adhésion au réseau européen implique une démarche d'observation, de planification et d'évaluation pour établir un projet d'action ; ces études et observations sont alors utilisées par la ville pour la réalisation des projets dans le cadre du réseau français.

1.1.3 Le concept de Villes-santé articule perspective globale et action locale.

La ville est le lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la politique de la « Santé pour Tous ». L'action locale et de proximité est le fondement de l'action des Villes-santé. Les villes sont ainsi appréhendées comme les éléments de proximité déterminants au sein d'un système de politiques publiques gérées dans divers ressorts (Etat, Collectivités territoriales notamment) et à différents niveaux géographiques (national, régional, départemental, etc.).

Dans ce cadre, le programme Villes-santé propose aux villes, considérées dans toute leur responsabilité, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celles de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. En effet, une Ville-santé agit de manière transversale sur les facteurs environnementaux, sociaux, culturels et économiques afin de réduire les inégalités de santé et de protéger les groupes vulnérables. Une démarche partenariale pour chaque action est favorisée, ainsi que la participation des habitants. C'est pourquoi l'adhésion d'une ville au réseau des Villes-santé se fonde principalement sur la détermination effective du maire et des élus, attestée par une délibération du Conseil municipal. Au-delà de l'engagement, il s'agit de

placer la santé et la qualité de vie comme des objectifs prioritaires de l'action locale, et ceci en lien avec les autres villes et réseaux Villes-santé.

1.2 A l'origine du réseau figure ainsi une adhésion partagée à une conception élargie et dynamique de la santé.

1.2.1 Le réseau se fonde sur l'intérêt d'une démarche de promotion de la santé.

Le concept de santé proposé par l'OMS mérite d'être cité dans le texte : il s'agit d'« un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Dans cette perspective, le concept de promotion de la santé, formalisé par la Charte d'Ottawa adoptée en novembre 1986, met l'accent sur l'interaction entre les facteurs environnementaux (physiques, économiques, sociaux, psychologiques, culturels) et l'individu. Ainsi, la promotion de la santé trouve tout son sens et devient familière à tous ceux qui envisagent de renouveler la Santé publique en l'intégrant dans tous les espaces de la vie en société, dépassant – sans les rejeter – la médecine curative et les actions traditionnelles de prévention ou d'éducation à la santé.

Au travers de ses ambitions, la promotion de la santé tend à privilégier la participation des citoyens et par là une forme de démocratie directe – non seulement représentative. Elle intègre, selon l'OMS, les soins et la médecine mais elle cherche à en élargir le champ en y associant prévention, éducation, action pour le développement durable qu'elle englobe dans une dynamique commune.

1.2.2 Des motivations communes ont inspiré une démarche volontaire, orientée par des valeurs partagées.

Dans la conception dynamique et globale de la santé, prônée par l'OMS, chercher à améliorer la « Santé pour Tous » et réduire les inégalités de santé, consiste à prendre en compte, de manière transversale, l'ensemble des déterminants ayant un impact sur la santé.

Les villes qui se sont engagées dès le début dans le réseau français des Villes-santé ont adhéré à cette philosophie qui pose une définition large de la santé. Pour les villes pionnières, comme Rennes, l'adhésion aux principes de l'OMS a souvent été portée par la volonté politique d'un homme, d'une municipalité. Le fait d'être une Ville-santé pour une municipalité, est une démarche volontaire qui va au-delà des actions menées dans le cadre des obligations légales² qui s'imposent à elle en matière de santé publique.

Le projet Villes-santé se définit essentiellement comme un processus qui « se construit en marchant » dans une démarche nécessairement partenariale et participative. Une Ville-santé se définit comme une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, qui favorise le développement d'une communauté solidaire participant à la vie de la cité, qui agit en faveur de la « Santé pour Tous » et tend à réduire les inégalités, qui développe une économie diversifiée et innovante, qui donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

Ces objectifs doivent être adaptés à chaque contexte local et, nécessairement, doivent évoluer dans le temps.

Le projet Villes-santé incite les décideurs locaux à mettre la santé à « l'ordre du jour » et à créer avec leurs partenaires une nouvelle dynamique de santé publique. La santé et le bien-être sont placés au cœur du processus décisionnel. Ainsi, à partir des priorités définies par l'autorité politique et des données recueillies auprès des acteurs locaux et de la population, un plan d'action santé pour la ville est établi. Les Villes-santé mettent alors en place des actions locales ciblées, adaptées à la réalité de terrain, prenant en compte l'ensemble des facteurs de santé identifiés et cohérentes avec les stratégies territoriales et nationales de santé publique.

² Il est possible de distinguer les domaines d'intervention suivants : l'hygiène publique, la protection générale de la santé publique, la lutte contre les fléaux sociaux, l'observation et la surveillance sanitaire, la gestion des services de santé (exemple : les services de Protection maternelle et infantile)

1.2.3 Le développement du réseau est impulsé par l'attente et la recherche de partenariats fructueux.

L'adhésion au réseau Villes-santé permet de créer les conditions d'un partenariat renforcé. Ainsi, la présidente du Réseau français Villes-santé indique que pour les nouvelles villes de l'Europe de l'Est adhérentes au réseau OMS Villes-santé, les villes pionnières telles que Rennes font figure d'exemple à suivre. Dans ce cadre, des échanges internationaux peuvent alors se créer et enrichir l'approche de la santé à l'échelon local.

De même, les activités du réseau français Villes-santé permettent aux villes membres du réseau d'échanger leurs expériences locales et leurs outils de promotion de la santé. Les acteurs locaux du réseau y trouvent alors des problématiques communes, pour construire des projets similaires, fondés sur une méthodologie partagée. En effet selon la ville de la Roche-sur-Yon, l'intérêt d'être membre d'un réseau réside dans la participation aux réunions de groupes de travail inter-villes, régionales ou nationales, qui permettent de disposer d'outils et d'expériences.

De même, l'une des plus-values notoires du Réseau Villes-santé pour la ville de Lorient est l'échange d'informations avec les autres villes du réseau via son secrétariat. Ce dernier procède à une mise en commun des travaux effectués sur des thèmes précis, comme la nutrition. L'occasion est alors donnée à des villes n'ayant pas encore abordé certaines problématiques de s'inspirer des actions déjà menées dans d'autres municipalités.

De nombreuses actions se développent également dans le cadre de partenariats institutionnels : DDASS/DRASS, préfetures, mutuelles. Cependant certains partenaires sont plutôt en phase de désinvestissement comme les mutuelles. Néanmoins, l'INPES souligne que le Réseau Villes-santé est un partenaire de qualité pour l'Institut. En effet, il est un partenaire utile au service de la promotion de la santé au sens large.

A travers des actions thématiques telles que des discussions sur place publique, des conférences-débats, des formations aux premiers secours dans les quartiers, la population est parfois associée à l'action en santé.

En effet, selon une chargée de mission attachée à la direction Hygiène et Santé de la mairie de la ville de Lorient, le réseau et la participation des citoyens forment un élément moteur pour développer des actions et veiller à leur cohérence. Dans cette ville un projet a permis de développer des actions sur le thème « problèmes du rythme cardiaque ».

1.3 Pour autant, les actions impulsées par le réseau français sont mises en œuvre par des communes aux profils variés, voire hétérogènes

1.3.1 Le maillage territorial du réseau s'est modifié significativement au fil des années.

Le réseau s'est appuyé à sa constitution sur trois villes relais (Rennes, Nancy, Montpellier). Ces villes « pilotes » avaient pour particularité un engagement marqué et de longue date en matière de santé publique (Rennes est le siège de l'ex-ENSP, Nancy dispose d'une école de santé publique universitaire).

Ces villes ont contribué au développement progressif du réseau dans leurs régions respectives, ce qui peut expliquer un développement inégal du réseau sur le territoire national. De ce fait, si le réseau compte aujourd'hui³ 62 villes et une communauté d'agglomérations, la répartition de ces dernières sur le territoire n'est pas homogène⁴ ; elle inclut aussi bien un effet de concentration dans le Nord-Pas-de-Calais (impacté par la proximité de la Belgique), la Bretagne et l'Île de France que des zones blanches dans le Sud-Ouest. La montée en charge des adhésions en vingt ans a été très progressive et relativement discrète. En outre, elle n'a pas empêché un certain nombre de défections. Si de nouvelles villes ont rejoint le réseau en 2008, à l'instar d'Aix-les-Bains, Nice et Salon-de-Provence, d'autres, comme Cannes et Crozon s'en sont désengagées.

Au-delà des motivations communes qui sont l'essence même de leur engagement, les Villes-santé ne peuvent pas se regrouper sous un profil type que ce soit en matière de « couleur » politique et plus encore de taille.

En effet, la notion même de ville regroupe des entités à peuplement très variable : elles peuvent ne compter que quelques milliers d'habitants (Saint-Pierre, sur l'île de la Réunion 4170 habitants) ou au contraire constituer d'importantes métropoles (Marseille, 796 713 habitants).

³ Avril 2008

⁴ Voir la cartographie en annexe.

Certes les villes de taille plus importante peuvent s'appuyer sur une logique de maillage territorial fin, en mettant en œuvre leurs actions de promotion de la santé au niveau du quartier. Un ciblage des populations concernées peut alors être mis en œuvre. En outre, les grandes villes peuvent compter, non seulement sur une infrastructure plus développée, et un réseau associatif généralement plus dense et actif, mais encore sur des moyens logistiques, financiers et humains naturellement mieux formés et plus nombreux. Cependant, la collaboration intersectorielle est d'autant plus complexe et délicate que la ville est de taille importante.

1.3.2 Des actions concrètes très diverses ont pris naissance à l'intérieur du réseau.

Les actions menées par les Villes-santé, si elles participent d'une philosophie commune, impulsée par le travail de conceptualisation sur la santé assuré par l'OMS et le réseau français, résistent à une catégorisation stricte. Elles répondent en effet à des logiques institutionnelles et des préoccupations variées, qui n'obéissent généralement pas à un plan d'ensemble rigoureusement défini.

Tout au plus pourra-t-on ranger, d'un côté, les actions directement inspirées par le programme « pionnier » de l'OMS, ou sa déclinaison allégée par le réseau français, et de l'autre, les actions dont la légitimité tient à leur possible synergie avec les politiques publiques menées à l'échelon local, tant par les services de l'Etat que par les collectivités territoriales elles-mêmes.

Les partenariats avec l'Etat ont suscité des actions diverses, organisées autour de la publication de guides et d'un travail préparatoire à l'échange de « bonnes pratiques » : tel est le sens de la Convention signée en décembre 2002 avec la Direction Générale de la Santé (DGS), qui a abouti à des actions parfois localement dynamisantes, comme sur le dépistage du cancer. Les axes de la nutrition et l'observation de la santé à l'échelon local ont également été retenus par la Convention. Plus récemment, la Convention de partenariat du réseau avec l'Institut National pour la Prévention et l'Education pour la Santé (INPES) ouvre sur la mise en œuvre locale de journées de prévention dont le thème n'a pas à ce jour été défini.

C'est pourtant, si l'on adopte un point de vue plus global, une grande hétérogénéité des actions et dynamiques partenariales qui peut être observée au sein du réseau. Divers exemples, à cet égard, sont informatifs :

- La ville de Nancy travaille en partenariat étroit avec « Carrefour santé »⁵ pour informer ou sensibiliser le public sur des problèmes de santé. Certains outils pédagogiques (en particulier des expositions : l'eau, source de vie ; équilibre nutritionnel et activité physique ; air et santé ; tatouage et piercing, etc.) sont mis à disposition, dans une optique de coopération, des autres Villes-santé ;
- La ville d'Angers a mis en place un partenariat avec les structures de psychiatrie pour limiter le recours aux hospitalisations sous contrainte dans le cadre de la promotion de la santé mentale ;
- La ville de Nantes s'appuie sur son important service de médecine scolaire pour développer des journées santé à l'école et propose un réseau santé mentale avec un chargé de mission dédié spécifiquement ;
- La ville de La Roche-sur-Yon s'est beaucoup appuyée sur les partenaires institutionnels – DDASS, CPAM, COVES (Comité vendéen pour l'éducation à la santé) pour développer des actions de promotion de la santé ;
- La ville de Lorient s'est engagée dans une politique en faveur de la nutrition et la santé, sous la thématique équilibre alimentaire et activité physique adaptée ;
- La ville de Rennes a mis en place en 2005 les « marches exploratoires ». Elle a confié à une centaine de marcheurs, âgés de 69 ans en moyenne, le soin d'explorer à pied six quartiers de la ville. Ceux-ci ont formulé par écrit leurs observations et leurs préconisations concernant l'aménagement des lieux parcourus. Étudiées par les services municipaux, leurs propositions constituent aujourd'hui autant de pistes d'amélioration des espaces publics, au profit de toutes les générations d'utilisateurs.
- La ville de Salon-de-Provence, qui vient de s'engager dans le réseau, poursuit les actions mises en œuvre antérieurement , telles que la « fraîche attitude » dans le domaine de la nutrition et « Salon Action Santé ».

⁵ Association dont sont membres la Ville de Nancy et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

2 Mais la dynamique initiale paraît aujourd'hui altérée, au détriment de la crédibilité et de la spécificité du réseau.

2.1 L'identité et la spécificité du réseau sont mises en question par l'insuffisance de son évaluation.

2.1.1 Une réelle politique d'évaluation du réseau apparaît comme une nécessité.

L'objectif général de l'évaluation d'un réseau est de rendre lisible l'impact des actions menées et d'accroître leur crédibilité auprès des autorités administratives et des citoyens.

Le réseau Villes-santé préconise ainsi, à l'intérieur des trois guides édités en collaboration avec la DGS, et notamment le guide portant sur la nutrition, d'évaluer en permanence l'action afin de la faire évoluer. Le guide « La nutrition à l'échelle de la ville » publié en 2006 encourage à travailler « avec modestie dans un souci d'évaluation permanent ». Il s'agit pour les acteurs du réseau Villes-santé, à travers l'évaluation, d'évoluer peu à peu vers des projets plus ambitieux : par exemple, de passer d'une action « petits-déjeuners » à des actions plus globales de promotion de la santé à l'école. Par souci de qualité et d'efficacité, les programmes doivent se référer à un plan d'action construit, élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une meilleure utilisation des ressources, d'une évaluation régulière.

Cette évaluation permanente doit ainsi donner la possibilité de mettre en place des outils de pilotage performants avec des objectifs locaux et nationaux, ainsi que de réels moyens, un calendrier et des personnes ressources sur chaque thématique considérée. Ces outils existent en partie puisqu'ils se retrouvent dans le guide « Système local d'évaluation en santé » paru en 2006. Ils servent de base de travail aux différentes villes adhérentes, qui peuvent s'appuyer sur les démarches proposées pour évaluer leurs actions.

L'évaluation a également un objectif de valorisation des actions menées au sein du réseau et des acteurs qui les mettent en œuvre.

L'évaluation n'est pas absente des évolutions récentes du réseau. Le réseau santé-ville participe notamment aux groupes d'experts d'évaluation de l'INPES. Un groupe de travail est ainsi installé sur la thématique de la petite enfance et sur les inégalités sociales. De même, des experts du réseau participent à l'évaluation de la pédagogie – mise en

ligne d'un référentiel d'environ 200 outils sur le site de l'INPES – en validant leur qualité et en les analysant. Enfin, un séminaire d'évaluation des actions en santé est en préparation à l'INPES et le réseau doit y participer.

2.1.2 Les difficultés d'évaluation que rencontre le réseau limitent la portée de ses actions.

Au cours des entretiens menés pour l'élaboration du présent rapport, plusieurs acteurs locaux – attachés au service d'hygiène de mairie, élus, directeurs de services municipaux – ont reconnu que la démarche d'évaluation est uniquement mise en oeuvre par le biais de bilans ou d'évaluations des processus et que dans la majorité des cas ces évaluations sont inexistantes. La ville de Rennes a précisé que les évaluations sont avant tout le fait du réseau européen des Villes-santé, et non du réseau français.

De même, peu d'études d'impact ont eu lieu. Là encore, la majorité des acteurs interrogés a souligné la difficulté de créer des indicateurs pertinents, faute de temps et de moyens humains et financiers.

Quelques exceptions à la règle viennent cependant atténuer cette difficulté rencontrée par les acteurs du réseau Villes-santé : une évaluation a été menée par la DGS sur les trois guides parus en 2006 ; deux autres, l'une sur l'impact des « Classes santé », l'autre sur le plan alcool, sont en cours de réalisation avec la coopération de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Pays-de-Loire. Un autre exemple, qui concerne l'évaluation directe d'une action, est celui de la campagne de prévention des alcoolisations de la ville de Brest, présenté le 25 mai 2007 au Sénat par Patricia Saraux à l'occasion de la journée du réseau français des Villes-santé. Le résultat montre que l'évaluation a atteint son but puisqu'il démontre les bienfaits de la campagne, menée au cours d'un concert, avec des indicateurs parlants : 77% des jeunes ont eu connaissance de l'existence de la campagne et se sont vus proposer de l'eau ; 90% d'entre eux ont accepté la proposition.

Certes, les démarches d'évaluation sont récentes dans le secteur de la santé mais elles existent et peuvent également être soutenues par des organismes extérieurs tels que la DGS, l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS), la Haute Autorité de Santé

(HAS). Cependant, elles représentent un coût non négligeable, qu'actuellement le réseau assume inégalement.

Le soutien national reste insuffisant, malgré l'affichage national relayé par les différents guides et l'existence d'un centre coordinateur national hébergé dans les locaux de l'INPES. Compte tenu de l'ampleur du réseau, de la multiplicité des moyens d'actions et de leurs mises en œuvre par un réseau éclaté sur la France entière, il est important de communiquer autour de résultats obtenus par des évaluations concrètes et précises.

L'objectif final d'une évaluation est de démontrer la pertinence de l'existence du réseau, et ainsi d'assurer sa promotion et sa pérennité en ajustant ses stratégies.

2.2 Or le réseau n'est pas soutenu par une politique effective d'expansion et de communication

2.2.1 La communication autour de la plus-value du réseau et de l'adhésion des villes au réseau est frileuse.

L'affichage du réseau se fait, pour la majorité des villes membres, par le biais du seul site Internet. Les élections locales sont également une occasion ponctuelle de revendiquer l'appartenance de la municipalité au réseau auprès de la population. Un élu admet ainsi que « le site Internet de la ville est l'unique vitrine permanente du réseau à l'échelon local (...) L'adhésion de la ville au réseau fut également mentionnée sur la dernière plaquette de programme du maire élu. » Une vulgarisation des missions, de l'intérêt d'une telle adhésion auprès des populations n'est pas envisagée ni recherchée par les référents, responsables municipaux du réseau. D'après la brochure publiée par le réseau français des « Villes-santé », « il appartient [pourtant] à chaque ville de décider de sa propre stratégie de communication pour permettre la diffusion d'informations pertinentes sans gaspillages de ressources (...) la communication et la diffusion sont essentielles pour la présentation [d'une] démarche ». Force est de constater que cette consigne n'est pas suivie à la lettre.

De plus, la superposition d'acteurs sur le terrain de la santé ne favorise pas une communication limpide autour du réseau. Les campagnes de communication s'entrechoquent et affaiblissent mutuellement leur résonance. Par ailleurs, la complexité du dispositif et son manque de lisibilité semblent être à l'origine d'une perception floue de ses contours et de ses articulations avec d'autres dispositifs nationaux et locaux. Il convient

alors de se demander si le réseau « Villes-santé » ne devrait pas se préoccuper fortement de communiquer sur son image auprès des professionnels auxquels il s'adresse, des populations visées et des villes non adhérentes.

Certaines municipalités ne communiquent pas sur l'adhésion au réseau « par veto du service de la communication ». « Pas de publicité, pas de prosélytisme » indique un administrateur à la Direction d'un service communal d'hygiène et de santé.

Au contraire d'autres localités revendiquent leur appartenance au réseau en marquant du logo « Villes-santé » les plaquettes d'information relatives aux actions menées sur leur territoire. Une responsable de mission santé publique considère comme « valorisant » l'affichage de l'adhésion au réseau.

La communication autour de la plus-value du réseau à proprement parler est rendue pour ainsi dire illusoire en l'absence d'évaluation des actions menées.

2.2.2 Le faible nombre d'adhérents n'est pas compensé par une dynamique d'expansion.

Le nombre de villes adhérentes, 62 et un EPCI, étonne par sa faiblesse. Cependant, le réseau se satisfait de cette configuration. Son ambition affichée n'est pas de recueillir « le plus d'adhésions possibles » selon la présidente du réseau français des « Villes-santé ». « Le faible nombre de villes membres du réseau n'est pas la preuve que le réseau ne marche pas. L'expansion du réseau ne constitue pas un objectif en soi : priorité est donnée à la qualité des actions menées sur le terrain ». Le nombre limité de villes présentes au sein du réseau tient au fait qu' « être membre du réseau suppose une implication forte avec un choix politique important et lourd à assumer sur la durée » selon un Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale de la DRASS Lorraine.

Toutefois, une des ambitions du réseau français est de développer les adhésions aux EPCI : à ce jour, seule l'agglomération de St-Quentin-en-Yvelines adhère au réseau. En effet – sur un plan général – « l'avenir des communes se situent bel et bien dans l'intercommunalité ».

2.3 Ainsi le réseau risque la dilution et l'effacement par d'autres dispositifs légitimes soutenus par davantage de moyens.

2.3.1 Les Ateliers Santé Ville (ASV) mêlent une volonté politique nationale forte à une concrétisation plus rapide sur le terrain.

Instruments d'identification au niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté, les ASV sont issus des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) qui ont remplacé les contrats de ville. Ce nouvel outil est destiné à rapprocher les acteurs et professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local, si possible avec la participation des habitants. Les animations ne reposent pas sur des thématiques de santé particulières ; chaque quartier définit sa priorité et les actions mises en place sont ponctuelles. La coordination des actions est assurée par un animateur rémunéré par le CUCS, directement impliqué sur le terrain. Ces ateliers sont les déclinaisons locales d'un dispositif national soutenu par la direction interministérielle à la ville (DIV).

La présidente du réseau français Villes-santé précise au sujet des ASV qu' « ils ont permis de renforcer une culture commune en santé pour les quartiers les plus fragilisés, de développer des actions participatives et de rendre possible le travail en réseau. Néanmoins les Villes-santé ne peuvent se contenter de cet outil qui présente des limites indéniables ».

Malgré tout les ASV demeurent pour certaines villes un outil plus efficace dans la collecte de données au sujet de la santé des populations que le réseau Villes-santé. Les ASV bénéficient en effet de moyens humains (animateurs territoriaux de santé) et financiers (crédits octroyés par la DIV) plus importants qui s'ajoutent à une approche territoriale plus ciblée (quartiers). Si l'évaluation constitue une faiblesse du réseau Villes-santé, elle représente en revanche un des points forts des ASV.

Le constat doit être nuancé : si les dispositifs possèdent tous deux des compétences communes en matière sanitaire, les réseaux Villes-santé couvrent un champ d'action plus large que celui des ASV. « Les déterminants environnementaux sont peu travaillés et peu discutés dans le cadre de ce dispositif [ASV] », précise la présidente du réseau français Villes-santé.

Cependant, pour le grand public ainsi que pour certains professionnels de santé, la frontière entre les deux dispositifs n'est pas clairement délimitée : à cet égard, la concurrence entre les deux est aussi préjudiciable que la « récupération » de l'un par

l'autre. Au reste, les appellations respectives (réseau « Villes-santé » et ateliers « santé villes ») ne facilitent pas le rattachement des acteurs et des actions propres à chaque dispositif.

2.3.2 Le réseau doit assurer un difficile positionnement, face aux animations territoriales, à l'association « Elus, Santé publique et territoires » et éventuellement à d'autres acteurs.

Le réseau Villes-santé subit la concurrence d'autres dispositifs à l'échelon local et national, qui interviennent également selon une conception large de la santé, parfois d'ailleurs en s'appropriant la philosophie initialement portée par le réseau.

D'autres réseaux locaux (certains réseaux « Ville-hôpital ») mais également des dispositifs nationaux déclinés au niveau régional se sont positionnés sur des thématiques initialement abordées par le réseau Villes-santé (comme dans le cas des grands plans nationaux sur la vaccination et le cancer). Selon une directrice d'hôpital local, qui participe activement à un réseau « Ville-hôpital », « ces réseaux et autres dispositifs se « doublonneraient » sur des thématiques identiques ». En Bretagne, le Plan Régional de Santé Publique a aujourd'hui intégré à son programme plusieurs thèmes développés à l'origine dans les Villes-santé de la région (Brest, Lorient, St-Brieuc, Rennes) : nutrition, risques liés à l'environnement et au travail.

A l'échelon des « pays », comme en Bretagne, se développent également les animations territoriales de santé. Ces programmes s'adressent à l'ensemble de la population dans l'objectif de diminuer les inégalités devant la santé. Ces animations prônent deux logiques : « un principe de proximité, gage d'efficacité de performance et d'équité, et une logique de transversalité des actions par le décroisement des dispositifs ». En Bretagne, six pays et une ville expérimentent depuis trois ans des projets territoriaux de santé qui prennent en compte l'ensemble des déterminants sanitaires et développent une approche d'éducation pour la santé.

Cette juxtaposition de programmes thématiques régionaux et locaux bénéficiant de moyens humains et financiers parfois importants contribue ainsi à l'effacement des actions menées dans le cadre du réseau Villes-santé.

Enfin d'autres déterminants de santé compris dans la définition de l'OMS ont

désormais trouvé un écho auprès des acteurs de santé locaux. Les hôpitaux ont par exemple intégré la dimension du développement durable dans leur stratégie d'établissement. Les recommandations de l'Agenda 21 sont ainsi respectées dans le fonctionnement quotidien de certaines structures. La prise en compte de la dimension environnementale en matière de santé au niveau local n'est plus l'apanage exclusif des réseaux Villes-santé.

L'association « Élus, Santé Publique & Territoires » a été créée en octobre 2005 à l'initiative d'élus locaux en charge de la santé, désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour faire progresser la santé dans le champ des politiques municipales : elle regroupe des élus de communes et de leurs groupements désireux de développer des programmes de santé publique ancrés dans leurs territoires et conduits dans un cadre concerté et contractuel avec l'Etat. Les activités de l'association, précise son site Internet, doivent consister en « des échanges, réflexions et mutualisation autour d'expériences locales, formation des élus et de leurs partenaires locaux, représentation des élus locaux auprès pouvoirs publics centraux, veille documentaire et juridique ». Ces préoccupations viennent directement concurrencer celles du réseau français Villes-santé. Les textes parlent d'eux-mêmes. Comme l'indique la brochure officielle du réseau Villes-santé, le réseau est « une association de villes qui à travers des réunions nationales et régionales échangent leurs expériences locales et leurs outils de promotion de la santé (...) et organisent des journées de réflexion (...) autour des grandes thématiques de santé ».

Les points de vue des acteurs divergent. Pour certaines villes, cette association représente « un appui utile en termes de formation des élus et de soutien des chargés de missions au sein des mairies ». Pour d'autres en revanche « la santé dépasse les clivages purement politiques » et le réseau Villes-santé présente par sa neutralité un avantage comparatif.

3 Cependant la démarche Villes-santé reste pertinente et le réseau français des Villes-santé pourrait faire l'objet d'une mise en valeur renouvelée.

3.1 Le réseau Ville-santé conserve une plus-value en terme de démarche de santé au niveau local.

3.1.1 Le réseau reste le témoin d'une volonté d'ancrage durable de la santé dans les choix politiques de la ville.

La participation au réseau Villes-santé permet d'installer durablement la santé dans l'action publique locale au-delà des alternances politiques. Or l'intérêt de la promotion de la santé se situe précisément dans la possibilité de concevoir une politique sur le long terme. A titre d'exemple, le résultat des dernières élections municipales à Vandoeuvre-les-Nancy n'a pas remis en cause l'adhésion de la ville au réseau. La nouvelle majorité en place a repris à son compte la poursuite du projet.

Par ailleurs, cette inscription des politiques dans la durée permet de garantir une participation réelle et progressive de la population à l'action. Les conditions d'un débat citoyen ainsi réunies encouragent la population à s'approprier les questions de santé. Leurs compétences et connaissances sont parfois reconnues et exploitées dans le processus des choix politiques. A Orléans, un comité consultatif constitué de trois collègues (institutions, associations, habitants) a été instauré dans le cadre d'actions menées au titre du plan nutrition.

Des villes de différentes couleurs politiques ont rejoint le réseau et mettent en avant le bénéfice de partager l'adhésion aux principes de la « Santé pour Tous » et l'importance de ne pas céder à une trop forte polarisation politique. Les échanges observés dans le cadre du réseau témoignent de la priorité donnée aux actions et d'une lecture pragmatique des besoins de santé, extraite de tout pré-supposé idéologique. L' élu en charge de la santé à Rennes apprécie que les réunions internes au réseau offrent ce cadre propice aux échanges ainsi orientés.

La prise en compte de la santé comme angle de décision dans la mise en œuvre des politiques caractérise l'engagement des villes dans le réseau et ancre une stratégie de promotion de la santé à l'échelon local. Cet investissement doit apporter en retour des appuis facilitant une mise en oeuvre durable de la stratégie et un positionnement prioritaire dans les politiques menées par la ville. Cet atout permet à l' élu d'adopter une position

d'acteur, force de proposition pertinente rééquilibrant sa place par rapport à celle des services déconcentrés de l'Etat dans le développement de la promotion de la santé au niveau local.

3.1.2 Le réseau apporte de réelles garanties de crédibilité et de légitimité

Dans le réseau, même si les attentes des techniciens et des élus ne sont pas forcément identiques, les uns et les autres peuvent trouver dans cette participation des éléments forts de légitimité. Les techniciens y trouvent la garantie de pouvoir consolider leur expertise en matière de promotion de la santé, les élus y puisent des idées, des éléments de conviction sur la pertinence de leurs propositions dans le domaine de la promotion de la santé. Le technicien-référent santé de la ville de la Roche-sur-Yon souligne ainsi que sa participation à un groupe de travail proposé par le réseau au niveau national a peu à peu façonné sa conception de la thématique étudiée. Il lui a par la suite été plus facile de convaincre les élus d'impulser une dynamique d'actions à l'échelon local.

Le bénéfice indirect de l'adhésion au réseau ville santé n'est pas à négliger. Les villes ont le sentiment que cet engagement renforce l'écoute que les décideurs et financeurs accordent à leurs projets sans pour autant pouvoir se prévaloir d'un droit. La présence de l'élus dans les instances délibératives du Groupement régional de Santé publique (GRSP) est également de nature à renforcer la concertation implicite entre ces instances et le réseau.

Les partenaires associatifs reconnaissent le réseau comme un relais incontournable des actions santé sur Nancy. Ils s'appuient sur son savoir-faire pour bénéficier d'une assistance technique lors de la conception et du dépôt de dossiers au GRSP.

La contribution au développement de la promotion de la santé au niveau national concourt à sa reconnaissance en tant que partenaire potentiel. A titre d'exemple, le partenariat engagé avec la DGS pour réaliser des guides méthodologiques atteste de la capacité du réseau français Villes-santé de participer aux politiques nationales. Boulogne-Billancourt en a donné l'exemple, en éditant un guide relatif au Plan national de Lutte contre le cancer à titre expérimental, en préalable à sa diffusion nationale. L'INPES reconnaît également ce savoir faire en s'appuyant sur l'avis du réseau : à l'occasion d'une étude menée par l'Institut sur l'activité physique dans la ville, le réseau a été sollicité pour

tester la validité de l'étude à cet échelon. Réciproquement, le réseau est consulté par certaines instances nationales.

Les professionnels de santé impliqués dans des actions de promotion de la santé, représentés dans les sociétés savantes ou dans les autres réseaux thématiques, s'appuient également sur les structures locales du réseau pour amplifier l'écho de leur message auprès de la population.

La convention avec l'INPES prévoit l'hébergement d'une personne du réseau ville-santé dans ses locaux ainsi qu'un partage de l'expertise sur les problématiques de santé. Si les liens semblent donc établis au niveau national, le réseau présente une audience différente, selon les régions, auprès des services déconcentrés (DDASS et DRASS). La DRASS Lorraine légitime ce positionnement par le souci de ne pas rompre l'équité territoriale entre les villes adhérentes au réseau ville santé et celles qui ne le sont pas.

La reconnaissance de l'échelon local comme niveau pertinent des politiques de santé est d'actualité, et ne peut que renforcer la légitimité potentielle du réseau. « Les maires sont responsables du bien-être des citoyens. Et la santé est un élément majeur de leur bien-être. », affirme ainsi le président de l'Association Elus, Santé publique et Territoires.

3.2 Le réseau continue ainsi d'impulser une dynamique intersectorielle et des actions organisées en partenariat.

3.2.1 Le réseau reste porteur d'une synergie entre les acteurs locaux.

Le mérite d'une démarche « réseau Villes-santé » est de créer les conditions d'une collaboration renforcée entre les acteurs qui dépasse le simple cadre du réseau. C'est dans cette optique que Nancy a développé un « Carrefour santé » en association avec la CPAM. Le réseau crée de ce fait de lieux d'échanges pour la population avec pour prolongement possible la mise à disposition d'outils nouveaux pour les citoyens, en particulier des lieux de libre expression artistique et de développement d'actions collectives. Ces outils rejoignent la philosophie initiale de la définition élargie de la santé en s'appuyant notamment sur des initiatives artistiques.

D'ailleurs le projet de prévention mené à Chalon-sur-Saône (sur le SIDA) s'inspire très largement d'une démarche de promotion de la santé telle qu'impulsée par le réseau. Le bilan de cette action atteste, selon ses protagonistes, de l'intérêt toujours vivant du travail en partenariat : une meilleure intercompréhension des logiques et aspirations de chacun ainsi qu'un enrichissement mutuel des compétences sont clairement observables. Des partenaires dont la présence dans la démarche n'était pas initialement pressentie ont peu à peu trouvé leur place dans cette dynamique. Par ailleurs, les conséquences de ce partenariat sur les pratiques de santé sont les suivantes :

- les professionnels de la santé ont adapté leur message de prévention ;
- le nombre de dépistages a grimpé, les inégalités d'accès à l'information (public divers : jeunes, personnes handicapées, population carcérale ...) se sont atténuées ;
- l'implication des participants ne cesse de croître ;
- les professionnels de l'Education Nationale utilisent les supports faits par les jeunes dans le cadre de la campagne de prévention pour communiquer.

Au final, on enregistre une amélioration du nombre de dépistages dans la population jeune, accompagnée de réponses mieux adaptées aux difficultés « remontées » par le public concerné. La prise en compte équilibrée de la parole de chacun – jeunes, professionnels de santé, et non professionnels – a été une préoccupation tout au long de l'action.

3.2.2 Le réseau reste mobilisé autour de l'échange d'idées et de pratiques.

Les acteurs soulignent la fréquence et l'intérêt des échanges informels entre techniciens selon les besoins et attentes de chacun. Cet échange d'informations par affinités et opportunités illustre la force de mutualisation créée par le réseau. Ainsi, la collecte d'informations réalisée est mise à disposition de l'ensemble des membres et utilisée fréquemment comme le confirme la majorité des personnes rencontrées lors des entretiens. Elle concourt à une vision partagée de la santé et permet à chacun de décliner un programme d'actions, fonction des besoins exprimés et ressentis.

Les acteurs en attendent notamment un échange de pratiques afin d'éviter les écueils rencontrés par d'autres collègues sur leurs territoires. En outre, chacun peut y trouver des modalités concrètes d'autoformation, et créer les conditions d'un réajustement permanent de l'action.

En résumé, quelle que soit leur niveau d'implication dans le réseau, les acteurs ont l'assurance de disposer d'un carnet d'adresses facilitant le partage d'expériences et

l'obtention d'éléments de réponses à des interrogations plus ponctuelles. Cette assurance montre l'intérêt toujours vivant du réseau.

De manière plus formelle, le réseau propose des rendez-vous réguliers : groupes de travail, assemblées générales. Il diffuse également les textes réglementaires et des informations sur l'actualité sanitaire et sociale, selon différentes modalités : plaquettes d'informations, guides méthodologiques, actes de colloques. Des groupes d'échange francophones et internationaux ont été organisés. Le colloque franco-belgo-québécois a été cité par un des acteurs de terrains rencontrés (Nantes) comme particulièrement riche pour son apport d'expériences menées dans le cadre d'un système de soins historiquement axé sur une démarche plus préventive.

L'adhésion au réseau fournit par ailleurs des clefs d'entrée intéressantes auprès de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, l'Institut National du Cancer, et du Ministère de la Santé.

3.2.3 La transversalité dans l'approche de la santé se maintient comme un concept riche en théorie et en pratique.

Selon le réseau Villes-santé, les responsables municipaux considèrent la santé de la population comme un enjeu important dont il doit être tenu compte dans l'ensemble des décisions municipales. La promotion de l'intersectorialité qui en découle reste d'actualité, comme elle l'était aux premiers jours du réseau. L'intérêt toujours présent de l'intersectorialité conduit ici à en préciser les éléments. Le réseau préconise dès l'origine de :

- mettre en place un groupe de pilotage Villes-santé composé de représentants des différents secteurs de l'activité municipale (groupe « intersectoriel »). L'action a vocation à être élargie et intégrée aux domaines de l'environnement et de la vie sociale. La démarche met l'accent sur la participation des citoyens à la vie de la cité qui doit essentiellement s'opérer à partir de l'échange d'informations et de la concertation ;
- d'encourager les modifications organisationnelles et institutionnelles pour une plus grande coopération entre les principaux secteurs de l'administration urbaine, et une participation accrue de la collectivité et des partenaires.

L'intersectorialité est vécue comme un atout et participe de l'essence même du réseau Villes-santé. Elle doit intégrer la santé de manière transversale dans toutes les dimensions de l'action politique de la ville.

Certes, la traduction concrète de ce principe ne se fait pas sans difficulté, compte tenu des résistances individuelles, des considérations économiques et des contraintes organisationnelles. De ce fait, elle apparaît comme un concept à géométrie variable décliné selon les besoins, les capacités et les ressources propres des communes impliquant élus et techniciens. Elle se décline avec plus ou moins de succès selon les villes et les individus. En outre, l'intersectorialité se matérialise parfois simplement par une démarche transversale reposant sur la force de conviction d'un acteur, technicien ou élu, avec tous les écueils que cela comporte.

Mais la mise en place d'un comité de pilotage chargé de garantir la cohérence des décisions traduit la volonté d'assurer un regard croisé sur la promotion de la santé dans l'ensemble des actions de la ville. Le technicien de la ville de la Roche-sur-Yon trouve dans le réseau une force et un appui, qui rompt ainsi son isolement et l'aide à créer de meilleures conditions pour la transversalité.

Malgré l'adhésion initiale de chacun à cette démarche, la multiplicité des actions décidées/menées implique une vigilance permanente pour garantir la cohérence et la réelle prise en compte des préoccupations de santé au sens large. « Considérons que rien n'est acquis ! »

3.3 Sur ce fondement, l'ambition et l'attractivité pourraient être renforcées à la lumière d'expériences étrangères.

3.3.1 L'expansion et l'évaluation du réseau devraient être organisées.

L'évaluation de politiques intersectorielles enveloppe une difficulté méthodologique tenant à la nature transversale des actions évaluées. L'évaluation ne peut donc être que prudente et adaptée aux modalités d'action privilégiées au sein du réseau. Pour autant, elle peut être menée avec rigueur et objectivité : divers pays, au sein du réseau de l'OMS, ont expérimenté cette possibilité. Au Québec, un centre indépendant d'accompagnement à la mise en place du dispositif « Ville-Santé », chargé de l'observation et de l'évaluation des actions menées, a été mis en place. En Slovénie, (où un tel centre existe, mais à des fins de coordination et de médiation avec les pouvoirs publics), c'est le département de Santé publique de l'Université de Médecine de Ljubljana qui assure une

évaluation annuelle. En Allemagne, l'évaluation est menée par l'intermédiaire d'un « Award Villes-Santé » qui récompense les villes du réseau dont les résultats sont les plus convaincants en termes d'intersectorialité. La Finlande a choisi, dans la même optique, l'option de la « peer evaluation » : les villes membres sont amenées à proposer des évaluations mutuelles. Ces évaluations sont alors acceptables et opérationnelles – parce que formulées par des pairs. En Pologne, un sondage est régulièrement effectué auprès des acteurs du réseau – Les outils ne manquent donc pas pour organiser une évaluation effective des actions menées au sein du réseau, et du réseau lui-même, tout en tenant compte de la dimension intersectorielle et transversale du projet, partiellement rebelle aux « indicateurs chiffrés ». Les moyens nécessaires à de telles évaluations réduisent-ils toute proposition sérieuse à l'incantation ? Non. L'exemple slovène montre qu'un partenariat avec une université – en France, ne pourrait-il pas être établi avec l'EHESP ? – peut servir de fondement solide à une démarche d'évaluation scientifique, sans qu'il soit nécessaire de créer une structure indépendante ou d'affecter un personnel spécialisé.

Or, l'évaluation doit être au service de l'expansion du réseau. Il ne s'agit pas d'arbitrer complaisamment pour la « quantité » au détriment de la « qualité », mais de porter un projet ambitieux, convaincant, et *in fine* efficace en termes de santé globale des populations urbaines concernées. Alors seulement la cartographie des Villes-Santés en France pourrait révéler une homogénéité du dispositif, mieux servi par son attractivité que par la zone d'influence géographique de la « ville-relais » temporairement en charge du réseau. Quels moyens pourraient être employés ? La réponse n'est sans doute pas univoque. Elle suppose en tout cas une politique de communication volontariste, qui ne soit pas repoussée à un futur hypothétique où les réussites « déjà manifestes » pourront faire l'objet d'une publicité. Là encore, divers pays européens donnent l'exemple. En Allemagne, le réseau a voulu compter parmi ses « réalisations » l'adhésion des plus grandes villes du pays : Berlin, Hambourg, Munich, Cologne, Dresde, Düsseldorf. Le réseau s'en est trouvé crédibilisé et a trouvé dans la sphère d'influence de ces villes de puissants vecteurs d'expansion. Au Portugal, la communication du réseau s'est construite autour d'une récompense, d'un « award » scientifique, décerné par le réseau. Cette récompense est attribuée alternativement à la meilleure entreprise journalistique – d'une façon particulièrement intéressante en termes de communication – et à la meilleure recherche scientifique, dans le champ de la santé en milieu urbain. En République tchèque, une émission nationale de radio actualise mensuellement l'intérêt de l'opinion et des

décideurs pour le projet. Le réseau français pourrait s'inspirer avec pragmatisme de telles initiatives.

3.3.2 Le réseau devrait mieux s'inscrire dans les politiques publiques de promotion de la santé.

Le réseau français doit encore faire face au risque, accru par ses faibles moyens, de « dilution » de son originalité et de ses ambitions. Il lui faut donc se positionner par rapport aux politiques publiques et s'y articuler dans l'optique d'un jeu à somme positive.

Deux pistes semblent pertinentes. La première consisterait à reprendre et amplifier un projet avorté, qui faisait pourtant partie de la convention signée pour trois ans en décembre 2002 – et non renouvelée entre le réseau et le Ministère de la Santé : les « profils santé de villes ». Il s'agirait, selon des normes qui pourraient être discutées et améliorées, de dresser selon une perspective transversale et intersectorielle un bilan de santé des villes membres. Divers exemples peuvent être empruntés aux réseaux étrangers. En Autriche, le réseau a développé un modèle standardisé pour un bilan santé « extensif » des villes, avec l'aide du *Fund for a Healthy Austria*. La « plus-value » du réseau OMS s'y traduit par une vision de la santé allant bien au-delà des indicateurs classiques tels que la mortalité, la morbidité et les données des systèmes d'information hospitaliers. Au Danemark, un Centre d'expertise de dimension nationale sert de relais aux données recueillies par le réseau sur les thèmes de santé publique qu'il a retenus. En Espagne, le réseau travaille sur l'amélioration de l'approche statistique de la santé publique, par une application de la définition de la santé proposée par l'OMS. En Norvège, l'« Enquête santé » proposée par le réseau sert de fondement au partenariat noué depuis 2002 avec les pouvoirs publics. Le réseau français pourrait donc prendre exemple sur ses voisins européens, pour amplifier la plus-value proprement scientifique du réseau. Là encore, une politique de partenariats bien menés, ou encore de « cahier des charges » propres à créer cette expertise, serait sans doute plus efficace qu'une inflation, au demeurant peu probable, des moyens mis à la disposition du réseau.

Deuxième piste à privilégier : l'inscription dans les politiques publiques françaises. Le réseau français des Villes-santé n'a aucun intérêt à se positionner « contre » les politiques menées par les services déconcentrés de l'Etat, ni même « en dehors ». A l'inverse, il lui faut s'insérer résolument dans le cadre fixé par la loi de Santé publique de

2004, qui donne compétence à l'échelon régional pour mener les politiques de l'Etat dans le champ de la promotion de la santé. D'abord l'expertise en termes d'intersectorialité et de transversalité pourrait donner aux membres du réseau un rôle de relais efficaces, à défaut même d'être exemplaires, des politiques impulsées au niveau régional. A l'inverse, les attentes des populations considérées selon la définition vaste de la santé que le réseau privilégie, pourrait être entendues par les Villes-santé et restituées aux instances régionales de mise en œuvre des politiques de Santé publique. Dans cette optique, la constitution du réseau en « Testing group », comme en Suède où les Villes-santé servent de « laboratoire » pour les politiques publiques de santé, pourrait également être une option séduisante. Enfin la création des Agences Régionales de Santé pourrait être l'occasion inédite, pour les communes membres, de faire entendre leur différence.

Dans les différentes hypothèses envisagées, la question des moyens est bien sûr inévitable, mais au fond secondaire tant l'évolution en jeu est liée au renouvellement d'une ambition collective qui a porté le projet à ses débuts.

CONCLUSION

« *A network re-launched* » : tels sont les termes employés par un document de travail de l’OMS pour évoquer le « nouveau départ » qu’a connu le réseau italien en 2001. L’ambition initiale s’y était délitée, sous l’effet du manque d’ambition et de l’absence de critères de participation, et en raison, corrélativement, du trop faible engagement des élus. Prenant acte de ces difficultés, le réseau italien a créé une série de critères stricts et a requis un engagement annuel des villes en faveur du réseau.

Le présent rapport plaide pour une telle « relance », *mutatis mutandis*, dans le cas du réseau français. En effet, le projet des Villes-santé de l’OMS n’a rien perdu de sa valeur théorique. Au contraire : l’association de la santé, comprise avec tous ses déterminants, et de la ville, dans l’objectif d’offrir à tous un bien-être durable et favorable à l’environnement, est plus que jamais de nature à donner un programme aux développements locaux de l’action publique en matière de santé. Si le réseau français, malgré quelques riches et intéressantes initiatives, montre aujourd’hui d’évidents signes de faiblesses, c’est donc qu’il n’a pas su trouver les moyens de mettre suffisamment en valeur cette réelle plus-value dans la promotion de la santé à l’échelon local.

Dans cette optique, le présent rapport a répertorié les atouts du réseau, ses limites, et proposé certains instruments pour un « nouveau départ ». Il s’agit avant tout de restaurer la capacité du réseau à s’évaluer, à convaincre, et à inscrire sa valeur ajoutée dans les politiques publiques de santé.

Il faudrait reprendre, pour conclure brièvement, les termes qu’avait employés le Président du réseau italien à l’heure du « nouveau départ » : « *Our specific aim is now to disseminate the WHO Healthy Cities philosophy, to achieve good results on evaluation and to devote continuous attention to equity in health.* » Ils disent l’essentiel.

Bibliographie

LOIS

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

OUVRAGES

TASCON-MENNETIER Clotilde. (coor). **Villes, santé et développement durable**. Paris : La Documentation française, 2007 (Villes et société). 550 pages.

ARTICLES et REVUES

DEBONTRIDE Xavier, **Rennes, pionnière du réseau des Villes-Santé**. La Gazette Santé Social, n°6, Mars 2005, p. 35.

Disponible sur :

http://www.lagazette-sante-social.com/archives/fiche_article.asp?piIdArt=32334&piPosition=2&piTotal=3

Consulté le 19/05/2008

Promotion de la santé : le temps des réseaux ? Dossier. La Santé de l'Homme n°369, Janvier-Février 2004. pages 14 à 55.

Sophie le Bris, Médecin, directrice du Service communale d'hygiène et de santé de la ville de Rennes. *Les réseaux des villes OMS pour promouvoir la santé*, page 53.

La promotion de la santé à l'épreuve des territoires. Dossier. La Santé de l'Homme n°383, Mai-Juin 2006. pages 16 à 39.

Démarche participative et santé : mythe ou réalité ? Dossier. La Santé de l'Homme n°382, Mars-Avril 2006. pages 12 à 39

Ville et santé. Vol.2. réseaux et nouvelles pratiques. Dossier. Prévenir, n°32, Janvier 1997, 239 pages.

BROCHURES

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, Copenhague. **Le mouvement Villes-santé de l’OMS. Agir dans les villes pour la santé et le développement durable.** 2004. 4 pages

Disponible sur :

http://www.villes-santé.com/datas/doc_som/doc_pwp_01/Villes-Sante2004.pdf - consulté le 19/05/2008

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe. Programme Villes-Santé. Copenhague. **Les Villes-santé créent la différence.** 4 pages

Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/hcp/hcpwebfr.pdf> - consulté le 19/05/2008

Direction générale santé et Solidarité – Service communal hygiène et santé de la ville de Rennes. **Rennes Villes-Santé – Agir ensemble – 2005-2008.**

Direction générale santé et Solidarité. **Rennes Villes-Santé – Agir ensemble pour la santé et le développement durable. Les priorités du 3^{ème} plan santé de la Ville de Rennes.**

S2D – Centre Collaborateur de l’OMS pour les villes santé francophones. Rennes. **Réseau Francophone des Villes-Santé de l’OMS.** 2004. 2 pages

Disponible sur :

http://www.s2dccvs.fr/dat/doc_pdf/Reseau%20francophone%20des%20VS.pdf – consulté le 19/05/2008

S2D – centre Collaborateur de l’OMS pour les Villes-santé francophones. Rennes. **Les études d’Impact sur la santé dans les Villes-Santé.** 2006. 8pages

Disponible sur : http://www.s2d-ccvs.fr/data/doc_pdf/Brochure%20EIS.pdf - consulté le 19/05/2008

RAPPORTS ET GUIDES

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, Copenhague. **Phase IV (2003-2008) du Réseau des Villes-santé de l’OMS de la région européenne : Objectifs et conditions de participation.** 2003. 25 pages.

Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/e82085.pdf> consulté le 19/05/2008

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, Copenhague. Collection européenne Développement durable et santé n°2. **Plan d’action des villes pour la santé et le développement durable.** 2000. 114 pages.

Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf> consulté le 19/05/2008

Réseau français des Villes-santé de l’Organisation mondiale de la santé. Direction générale de la santé. **Eléments de préconisations. Vers un profil santé de ville. Système local d’observation de la santé.** Nancy : réseau Français des Villes-santé 2005. 65 pages.

Disponible sur :

http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Vers%20un%20Profil%20Sante%20de%20Ville.pdf consulté le 19/05/2008

Réseau français des Villes-santé de l’Organisation mondiale de la santé. Direction générale de la santé. **Les villes s’impliquent dans le plan cancer – Démarche des Villes-santé : Guide pratique.** Rennes : Réseau français des Villes-santé, 2005. 48 pages.

Disponible sur : http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Guide%20cancer.pdf consulté le 19/05/2008

Réseau français des Villes-santé de l’Organisation mondiale de la santé. Direction générale de la santé. **La Nutrition à l’échelle de la Ville. Guide pratique à l’usage des acteurs locaux dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.** 2005. 34 pages.

Disponible sur :

http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Guide%20ok%20PNNS%2020_05.pdf consulté le 19/05/2008

JANSS LAFOND Leah, HERITAGE Zoé, FARRINGTON Jill L., TSOUROS Agis D. Genève, OMS. **Les Réseaux nationaux des Villes-santé. Un moteur puissant pour la santé et le développement durables en Europe.** 2003. 25 pages.

Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/e82653.pdf?language=french> consulté le 19/05/2008

SIMARD Paule, Institut National de la Santé Publique du Québec. Sainte-Foy. **Perspectives pour une évaluation participative des villes et villages en santé.** 2005. 82 pages.

Disponibles sur :

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications.418EvaluationParticipativeVVS.pdf> consulté le 19/05/2008

COLLOQUES FRANCOPHONES DES VILLES SANTE

« **Univers des villes : milieux de vie, milieux de santé** », 7^{ème} Colloque francophone des Villes-santé et des Villes et Villages en Santé de l'OMS, Bruxelles (Belgique), 22/24 mars 2004. Rennes : Association internationale pour la promotion de la santé et le développement durable S2D, 2004. 188 pages.

Disponible sur :

http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/OMS%20brochure%20INT.pdf consulté le 19/05/2008

« **Villes solidaires, villes fraternelles** », 6^{ème} Colloque Francophone des Villes santé et des Villes et Villages en Santé de l'OMS, Angers, 9/12 octobre 2001. Actes, réseau Français des Villes-santé, 2001. 552 pages.

Disponible sur : http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/actes_angers.pdf consulté le 19/05/2008

SITES INTERNET

Réseau français des Villes-santé de l'OMS.

<http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm> - consulté le 19/05/2008

L'Association Internationale pour la promotion de la Santé et le Développement Durable S2D – centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-santé francophones.

<http://www.s2d-ccvs.fr/datas/centre%20collaborateur/ccoms.htm> - consulté le 19/05/2008

Associations nationales des villes pour le développement de la santé publique.

<http://www.espt.asso.fr/> - consulté le 19/05/2008

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - INPES

<http://www.inpes.sante.fr/> - consulté le 19/05/2008

Ville de Rennes.

<http://www.rennes.fr/> - consulté le 19/05/2008