CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE MARTINIQUE

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE MARTINIQUE

CONCOURS EXTERNE D'ATTACHE TERRITORIAL, SESSION 2016

Jeudi 24 novembre 2016

EPREUVE DE NOTE

SPECIALITE : URBANISME ET DEVELOPPEMENT DES TERRITOIRES

EPREUVE D'ADMISSIBILITE :

Rédaction d'une note ayant pour objet de vérifier l'aptitude à l'analyse d'un dossier soulevant un problème d'urbanisme et de développement des territoires rencontré par une collectivité territoriale.

Durée : 4 heures
Coefficient : 4

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET

- ✓ Vous ne devez faire apparaître dans votre copie **aucun signe distinctif** tels que : paraphe, signature, initiales, numéro de convocation, votre nom ou nom fictif, nom de votre collectivité employeur, commune où vous résidez ou composez.
- ✓ Seules les références (nom de collectivité, titre de personne...) **figurant le cas échéant dans le sujet** peuvent apparaître dans votre copie.
- ✓ Seul l'usage d'un stylo non effaçable à encre noire ou bleue est autorisé (bille ou feutre). L'utilisation d'une autre couleur pour écrire ou souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.
- ✓ Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Le non respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.

Ce sujet comprend 35 pages, y compris celle-ci.

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.

S'il est incomplet, en avertir un surveillant.

Attaché territorial, vous occupez un poste de chargé de mission travaux et aménagement à la Direction de l'urbanisme, de la voirie et des déplacements de la ville d'Alpha (80 000 habitants).

Dans le cadre d'une demande d'adhésion de la municipalité au réseau Santé-Villes de l'organisation mondiale de la santé (OMS), votre directrice vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des éléments du dossier, une note sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement de la ville.

Liste des documents :

Document 1 : « Espaces verts, vecteurs essentiels de bien-être » – Sandrine Gueymard, Corinne Legenne – *Territoires, incubateurs de santé – Les Cahiers de l'IAU îdF, n°170-171* – septembre 2014 – 3 pages.

Document 2 : « Dossier : Urbanisme et aménagements favorables à la santé » (extraits) – *La santé en action n°434, INPES* – décembre 2015 – 8 pages.

Document 3 : « La santé dans l'urbanisme de demain » – Fouad Awada – *Territoires, incubateurs de santé – Les Cahiers de l'IAU îdF, n°170-171* – septembre 2014 – 4 pages.

Document 4 : « Prendre en compte la santé et le bien-être dans les politiques publiques » (extrait) – *Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise* – janvier 2014 – 8 pages.

Document 5 : « La santé au cœur de l'urbanisme de demain » – *Métropole, la lettre d'information de l'AGAM n°33, Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise* – mars 2012 – 4 pages.

Document 6 : « Lille, la santé au cœur des projets d'aménagement » – Gaëtan Cheppe, Delphine Forestier – *Territoires, incubateurs de santé – Les Cahiers de l'IAU îdF, n°170-171* – septembre 2014 – 2 pages.

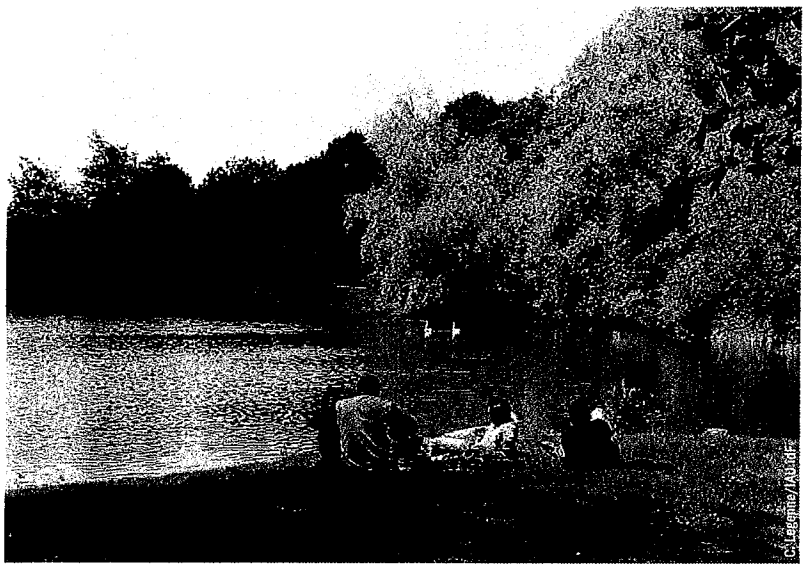
Document 7 : « Le territoire au service de la santé ? Aménagement, urbanisme et santé publique. L'exemple de la santé infantile à Villeurbanne » – *Les Cafés Géo, http://cafe-geo.net* – 23 septembre 2014 – Consulté le 19/04/2016 – 4 pages.

Documents reproduits avec l'autorisation du CFC

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

Espaces verts, vecteurs essentiels de bien-être

Sandrine Gueymard
Corinne Legenne
IAU île-de-France



L'eau, une caractéristique appréciée et fortement recherchée au sein des espaces verts.

Reconnu de longue date, le lien à la nature, sous ses différentes formes, est un facteur favorable à la santé physique et mentale. Les espaces verts viennent, en milieu urbain, répondre à ce besoin fondamental de contact avec un cadre naturel. Lieux de récréation, de détente, de convivialité, vecteurs de liens sociaux et d'intégration, ils participent activement à la construction d'une société apaisée et en bonne santé.

Comment les espaces verts contribuent-ils au bien-être et à la santé des habitants? De quoi sont-ils synonymes? À quels besoins permettent-ils de répondre? Quelles sont les attentes qui leur sont associées? 49 entretiens semi-directifs[1], réalisés dans plusieurs communes de la petite couronne francilienne, ont été réexaminés à la lumière de ces interrogations. Si les usages et les pratiques semblent assez diversifiés, il ressort très nettement que le contact et la proximité avec ces espaces de nature sont indispensables au bien-être physique et mental des personnes interrogées.

Des espaces appréciés pour leur multifonctionnalité

Les espaces verts sont, pour la quasi-totalité des Franciliens interrogés, des lieux convoités, fortement appréciés et très fréquentés. L'aspect récréatif est l'aspect le plus unanimement souligné dans les motifs de fréquentation de ces espaces. Aménagés pour favoriser les pratiques sportives, ils sont le support d'activités nombreuses et variées, en fonction des envies, du moment et du temps à y consacrer.

Si la marche, la promenade, faire du sport ou faire du vélo sont les motivations les plus répandues, plusieurs motifs de fréquentation sont généralement mis en avant par une même personne. Les espaces verts répondent bien pour la majorité des personnes interrogées, simultanément, à différents types de fonctions: « *un endroit où l'on puisse marcher, se relaxer en toute tranquillité, où les enfants aussi peuvent aller jouer* », « *un endroit où les gens peuvent aller se détendre, pique-niquer, où les enfants peuvent faire du vélo* », « *un lieu de rencontre, des espaces pour les enfants, un endroit où l'on peut se détendre, où l'on peut aussi découvrir éventuellement la nature* », « *un lieu public où l'on va trouver des arbres, un espace de verdure, un espace pour respirer, où les gens peuvent se rencontrer* », « *des grands espaces qui permettent aux enfants de se défouler, aux adultes de marcher assez longtemps* ». Fortement ancré dans les représentations, le caractère multifonctionnel de ces espaces apparaît, également, comme un critère déterminant de leur appréciation.

Des espaces de détente et de respiration

À la question « *Quand je vous parle d'espaces verts, que cela évoque-t-il pour vous?* », le registre des sensations est fortement mobilisé, avec au premier plan des sensations positives: « *Un endroit où l'on se sent bien, un endroit où l'on peut se détendre et se reposer* », « *des endroits toujours agréables* », « *un coin où l'on peut se retirer sans être " emmerdé "* », « *un endroit où l'on a plaisir où aller, où l'on se rend volontiers* », « *une sensation de liberté, comme si c'était un peu les vacances* ».

(1) GUEYMARD S., *Le rôle des espaces verts dans les arbitrages résidentiels des ménages. Une étude exploratoire menée dans trois communes du Val-de-Marne*, Mémoire de DEA, Institut d'Urbanisme de Paris, septembre, 2004, 111 p.

Les fonctions associées aux espaces verts sont généralement celles d'un lieu de détente, de repos et de promenade, permettant une certaine évasion, une coupure à la fois visuelle et temporelle: «*ça apporte des couleurs*», «*une sorte de lieu de pause dans le train-train quotidien*». Aussi, l'association des espaces verts à la nature et à un sentiment de liberté est une représentation assez répandue dans l'échantillon enquêté, bien que ces espaces soient, pour d'autres, assimilés à de simples composantes urbaines ou à de la nature artificielle.
L'espace vert semble, dans tous les cas, garant d'une forme de bien-être physique et psychologique: «*une sensation de ne pas étouffer, de respirer, de liberté autour de soi... une forme de jouissance visuelle*», «*ça déstresse complètement d'avoir un petit bout de jardin où on peut aller se détendre*», «*ils apportent un peu de sérénité, c'est déstressant*», «*tranquillité, évasion... ça libère des contraintes physiques à l'intérieur d'un cadre serré, limité*», «*Une fonction de respiration! C'est indispensable de pouvoir être dehors!*».
Les espaces verts contribuent, également, à la qualité de l'environnement et à améliorer sa perception. La récurrence des termes oxygène, poumon, cœur, respirer/respiration, air, dans les discours permet d'en témoigner: «*on vit mieux et on respire mieux dans un endroit où il y a des espaces verts que dans un endroit où il n'y en a pas*», «*dès qu'il y a un peu de nature, un peu d'arbres, un peu d'espaces verts, on a l'impression de mieux respirer, d'être mieux, c'est moins triste*», «*c'est une bouffée d'oxygène entre des maisons, entre des constructions*».

Des lieux d'expériences multisensorielles

Les espaces verts sont également des lieux d'expériences sensibles, visuelles, olfactives, auditives, tactiles, de découverte de la nature et de reprise de contact avec le monde vivant. Au-delà de la fonction pédagogique qui peut parfois leur être directement associée, ce contact sensoriel est source d'agréments multiples allant du plaisir à voir défiler les saisons au plaisir de pouvoir toucher la terre.
En satisfaisant le besoin de contact avec la nature, l'espace vert devient, ce faisant, un lieu de ressourcement, un lieu de retour vers soi, voire pour certains, un vecteur d'enrichissement spirituel et personnel: «*de se sentir un petit peu dans la nature, ça permet de retrouver des sensations, des racines d'enfance*», «*plénitude... et puis se remettre en accord avec la nature*», «*ce sont des lieux de contemplation de la création*», «*vous avez une variété de paysages selon la saison (...) qui est en même temps une forme d'art qui vous offre un spectacle et, par là même, participe aussi d'une sorte de contact avec ce qui peut être beau*».

Espaces de promenade, de détente, support de pratiques récréatives, les espaces verts répondent à de multiples fonctions essentielles au bien-être des habitants.

Aussi, pour établir cette médiation, les composantes naturelles au sein de ces lieux sont plébiscitées par l'ensemble des personnes interrogées. À la question « *Pourriez-vous me décrire l'espace vert idéal ?* », on note une forte prédominance du champ lexical de la nature, mêlant le registre de la nature romantique et sauvage et en particulier de l'eau : « *de l'herbe, de la pelouse, un point d'eau, de quoi s'asseoir, des gens qui se baladent, des animaux* », « *du relief, des arbres, des prairies, un cours d'eau, un lac, un point d'eau* », « *de l'espace, grand, aéré, boisé, touffu, même mystérieux* », « *de l'eau, de l'herbe pour pouvoir se rouler dedans, des mauvaises herbes, des bosquets, des arbres de différentes hauteur, des endroits où il y a la possibilité de s'arrêter, parfois masqué, parfois ouvert* », « *des grandes prairies, la proximité d'un bois, de l'eau à côté, une rivière, un étang, et plein de petits recoins, comme une sorte de labyrinthe, des endroits protégés un petit peu… où on découvre quelque chose derrière chaque haie* », « *un grand lac, plusieurs rivières, des arbres, très hauts, pleins d'allées, le plus torturées possible, pas un parc à la française* ».

Des espaces créateurs de liens sociaux et vecteurs d'ancrage

L'espace vert est également perçu comme un lieu de rencontre, de convivialité, qui favorise les relations sociales et qui peut être vecteur d'intégration. Lieu intergénérationnel, de mixité sociale, c'est également un espace où la parole se délie et où le rapport aux autres est différent. Certains y rattachent en effet des vertus et bienfaits, tirées du contact avec la nature. L'espace vert agit comme une sorte de médiateur qui rend les rapports humains plus faciles : « *ça crée des plages de tranquillité, ça rend les gens moins agressifs* », « *ce sont des lieux de rencontre sans conflits… et je pense qu'on abîmera moins un espace vert que quelque chose d'autre* », « *ça permet, beaucoup plus que certains commerces, un véritable échange entre les populations* », « *dans la nature, les personnes sont plus vraies, ça rend les gens plus vrais* », « *dans les espaces verts, l'espace est fait de manière à ce qu'on peut croiser l'autre avec une forme de reconnaissance* », « *ce n'est pas que de la verdure en soi, c'est aussi pouvoir voir les autres dans un moment où a priori ils sont plus détendus* ».

Enfin, les espaces verts sont également perçus comme des éléments esthétiques qui participent de la qualité du cadre de vie, l'humanisent, et par ce biais, participent de la bonne appréciation du quartier ou de la commune de résidence. Lorsqu'ils sont couplés avec des jardins collectifs, les retours d'expériences montrent qu'ils sont d'excellents vecteurs d'insertion et d'ancrage. Avoir prise et pouvoir agir sur son environnement contribuent en effet à une meilleure perception de celui-ci. Entrer directement en contact avec la terre, pouvoir avoir son bout de jardin à cultiver, y participent pleinement.

Mots les plus fréquemment associés aux espaces verts (à gauche) et à l'espace vert idéal (à droite).

Source : S. Gueymard (2004) réalisé sur la base de 49 entretiens et en réponse aux questions suivantes : « Quand on vous parle d'espaces verts, que cela évoque-t-il pour vous ? », « Pourriez-vous me décrire l'espace vert idéal ? ».

L'urbanisme doit se placer avant tout au service des habitants.

Développer un urbanisme favorable à la santé : une obligation morale

Hugh Barton,
professeur émérite en Urbanisme, Santé et Soutenabilité, Organisation mondiale de la santé (OMS), Centre collaborateur pour des environnements urbains favorables à la santé, université West of England, Bristol.

Quel est l'objet de l'urbanisme et de la planification ? S'agit-il, dans les agglomérations, d'avoir des rouages bien huilés, de créer un cadre convivial ou une société plus équitable ? S'agit-il d'encourager le développement économique ou de lutter contre le changement climatique ?

Dans une certaine mesure, il s'agit de tout cela. Quel en est donc le principe fondamental ? Historiquement, si nous remontons jusqu'à Hippocrate et Hippodamos dans l'Athènes antique, nous constatons que la santé, le bien-être et la qualité de vie de tous les habitants des villes étaient déjà au cœur des préoccupations.

Menaces sanitaires

Pour les urbanistes et les réformateurs sociaux du XIX^e^ siècle, en réaction aux conditions de vie insalubres et inhumaines qui dominaient les villes industrielles d'Europe et d'Amérique, la priorité était la santé. La promotion d'un environnement favorable à la santé n'était pas considérée comme une entrave au développement économique, mais plutôt comme une condition préalable à ce dernier, propice au développement de la créativité et de la productivité.

Aujourd'hui, nous devons affronter le fardeau croissant des maladies non transmissibles. Or, se reposer exclusivement sur le système de soins pour résoudre ces problèmes est une erreur en termes de réalités sanitaires et économiques. Selon le rapport UN-Habitat *La Face cachée des villes* [1], la menace sanitaire qu'affrontent les populations urbaines risque de paralyser les systèmes de soins à travers le monde. Par de nombreux aspects, nous bâtissons actuellement, dans nos milieux de vie, des conditions défavorables à la santé.

« PAR DE NOMBREUX ASPECTS, NOUS BÂTISSONS ACTUELLEMENT, DANS NOS MILIEUX DE VIE, DES CONDITIONS DÉFAVORABLES À LA SANTÉ. »

Idéaux humanistes balayés

Les gouvernements nationaux et les collectivités locales sont concernés par cette crise. Les idéaux initiaux de l'urbanisme ont été balayés lors des dernières décennies du XX^e^ siècle. La séparation des responsabilités professionnelles et institutionnelles, les pressions du développement technologique (en particulier la motorisation) et le triomphe de l'économie néolibérale ont signé le naufrage des principes holistiques d'une prise en compte globale de la santé.

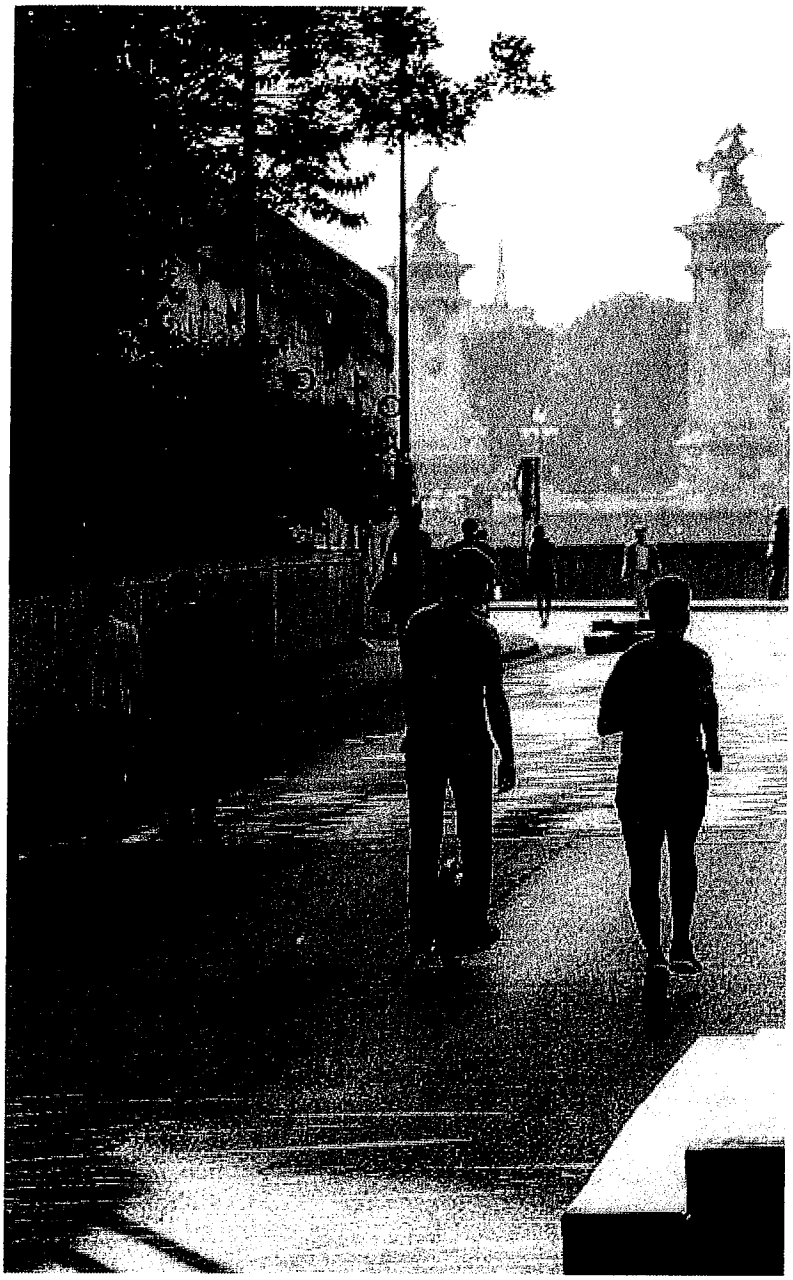
Quelques exceptions notables mises à part, la prise de décision cloisonnée prédomine : la planification de la santé est axée sur la prestation de services aux patients, ignorant tacitement les nombreux facteurs sociétaux et environnementaux, dans certains cas sources mêmes de leurs maladies.

L'inégalité des revenus s'est accentuée dans les tourbillons de la récession mondiale. Il en va de même pour les inégalités de santé, accrues par l'exclusion sociale en matière de logement, de transports et d'accès aux services. L'épidémie mondiale de l'obésité est partiellement due à un environnement préjudiciable à la pratique d'activité physique favorable à la santé. Les symptômes en augmentation de l'isolement social, des troubles mentaux, de la morbidité cardiaque liée au stress et des maladies respiratoires – traités chacun en général de façon séparée – sont liés et corrélés, lorsqu'on les examine dans une perspective de planification spatiale.

La santé n'est pas l'absence de maladie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a imposé une vision globale de la santé. La définition formulée dans sa constitution de 1946 précise : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.* »

Ainsi, l'OMS remet en jeu l'hypothèse conventionnelle selon laquelle la politique sanitaire ne concerne rigoureusement que les professionnels de la santé. Au contraire, le souci de la santé et du bien-être est central à de nombreux aspects de la politique. Le lien entre la santé et l'urbanisme est multidimensionnel.



© J. Ramello / ANV Image

L'ESSENTIEL

- Le professeur Hugh Barton a travaillé plusieurs décennies pour l'OMS sur le lien entre urbanisme et santé.
- Il fait état des changements radicaux intervenus au cours des derniers siècles ainsi que du grand défi qui se pose désormais : imposer la santé des habitants comme premier critère avant d'esquisser tout projet d'urbanisme.
- Ce n'est plus l'appât du gain qui doit l'emporter, mais le bien-être des populations.

Comment l'urbanisme influe sur la santé

Le mouvement Villes-Santé de l'OMS encourage activement cette vision élargie et intégrée depuis les années 1980. D'après l'ouvrage *Urbanisme et Santé* [2], la plupart des composantes de l'aménagement urbain et de l'urbanisme influencent la santé : le logement, l'emploi, l'accès aux services, la politique concernant les espaces publics, les transports et la qualité esthétique.

Au cours des années 2000, le réseau Villes-Santé de l'OMS pour la région Europe a créé un sous-groupe dédié aux réflexions sur un urbanisme favorable à la santé. Dans la pratique, les tentatives de rapprochement des secteurs de l'urbanisme et de la santé ont abouti à des résultats mitigés : certaines villes ont réalisé d'importants progrès, tandis que d'autres ont rencontré des difficultés à briser les conventions établies. Afin de comprendre ces entraves, il est important d'examiner le processus de l'évolution permettant de passer de l'absence d'intégration à une intégration complète.

Répondre aux besoins vitaux

On relève trois phases distinctes dans ce processus d'évolution : la première est un soutien vital fondamental. Il consiste en la reconnaissance du rôle essentiel des installations primaires : la fourniture d'un toit, l'accès à l'alimentation et à l'eau potable, l'air frais et la gestion efficace des eaux usées. La prise de conscience du fait que les villes industrielles du XIX^{e} siècle en Grande-Bretagne et en France étaient néfastes à la santé a permis d'évoluer vers l'urbanisme moderne. Les premiers cahiers des charges ont instauré les systèmes de gestion des eaux usées, les normes concernant la luminosité naturelle et les espaces, autant d'éléments cumulés qui ont amélioré considérablement l'espérance de vie des populations urbaines.

En Europe de l'Est et de l'Ouest, ce niveau primaire de dépendance entre l'urbanisme et la santé est aujourd'hui considéré acquis et totalement institutionnalisé, à un point tel qu'il en devient presque subliminal. Toutefois, dans le reste du monde, il n'en est pas toujours ainsi. Dans les bidonvilles envahissants et denses, les services essentiels manquent, les maladies font rage. Une planification sanitaire efficace – par le biais d'environnements bien conçus – est difficile à réaliser, en raison du rythme effréné de l'urbanisation.

Prôner la qualité de vie environnementale

La deuxième phase de ce processus d'évolution va au-delà du soutien vital de base et concerne la qualité de vie : reconnaître les conséquences significatives de nombreux aspects de la planification et de la conception de nos environnements sur la santé et le bien-être. S'ils n'influent peut-être pas directement sur la longévité, ils affectent néanmoins le bien-être

physique et mental – et, en conséquence, sur le plan économique et sur la productivité.

Les Villes-Santé de l'OMS présentent de nombreux exemples de bonnes pratiques :

– la création de nouveaux parcs dans les agglomérations à densité élevée, permettant la pratique d'activités physiques, un contact avec la nature, la jouissance d'un air plus frais et un plaisir sur le plan esthétique ;

– la création de nouveaux jardins communautaires, permettant l'accès à des produits frais, favorisant l'activité physique et la cohésion sociale ;

– la mise en service d'importants réseaux de pistes cyclables, encourageant une activité favorable à la santé (notamment pour les enfants), offrant un environnement plus sûr, moins tributaire de l'automobile et accessible à tous, et contribuant à la lutte contre l'augmentation des émissions de gaz de serre ;

– des programmes de rénovation de logements qui, non seulement améliorent les conditions de vie dans les foyers les plus pauvres, mais aussi facilitent la cohésion de la communauté en créant des opportunités pour les loisirs, le travail et l'éducation, tout en réduisant la précarité énergétique ou la surchauffe des logements et en renforçant l'accès aux services de base ;

– des programmes de développement économique, donnant priorité au maintien et à la création d'emplois pour des personnes marginalisées ou non qualifiées, et reconnaissant que la pauvreté et le chômage sont deux causes importantes de maladies.

Inclure le facteur santé dans les actions d'aménagement apporte une nouvelle dimension et une perspective plus fine, qui permet de mieux préciser les critères d'un urbanisme favorable à la santé. Toutefois, bien que ces actions mises en œuvre soient admirables, leur échelle et la structure globale du développement économique et spatial en limitent l'efficacité.

Aménager pour la santé

La troisième phase est celle d'une intégration complète de la santé dans le processus d'aménagement. La santé n'est plus traitée comme un élément supplémentaire, faisant l'objet d'un chapitre séparé dans le document de planification stratégique, mais plutôt comme un élément *central*. Planifier pour la santé et le bien-être devient un objectif fondamental des plans à l'échelon local, municipal et régional. Cette planification s'ajoute ainsi à d'autres critères essentiels, par exemple le développement durable, la justice sociale et le développement économique.

De Kuopio à Fribourg

Les caractéristiques d'un environnement urbain favorable à la santé sont les suivantes : un air sain et une eau pure ; le contact avec la nature ; un vaste panel de logements abordables et de bonne qualité ; des réseaux de transport en commun actifs, sûrs et pratiques ; une vaste gamme d'équipements locaux ; des opportunités d'aires de jeux extérieures variées et sans danger ; des espaces de rencontres conviviaux, exempts de bruits excessif et – avant tout – des modèles spatiaux donnant accès à un éventail d'emplois, d'équipements de haute qualité et de réseaux sociaux plus étendus, sans recours nécessaire à la voiture. Tout un programme !

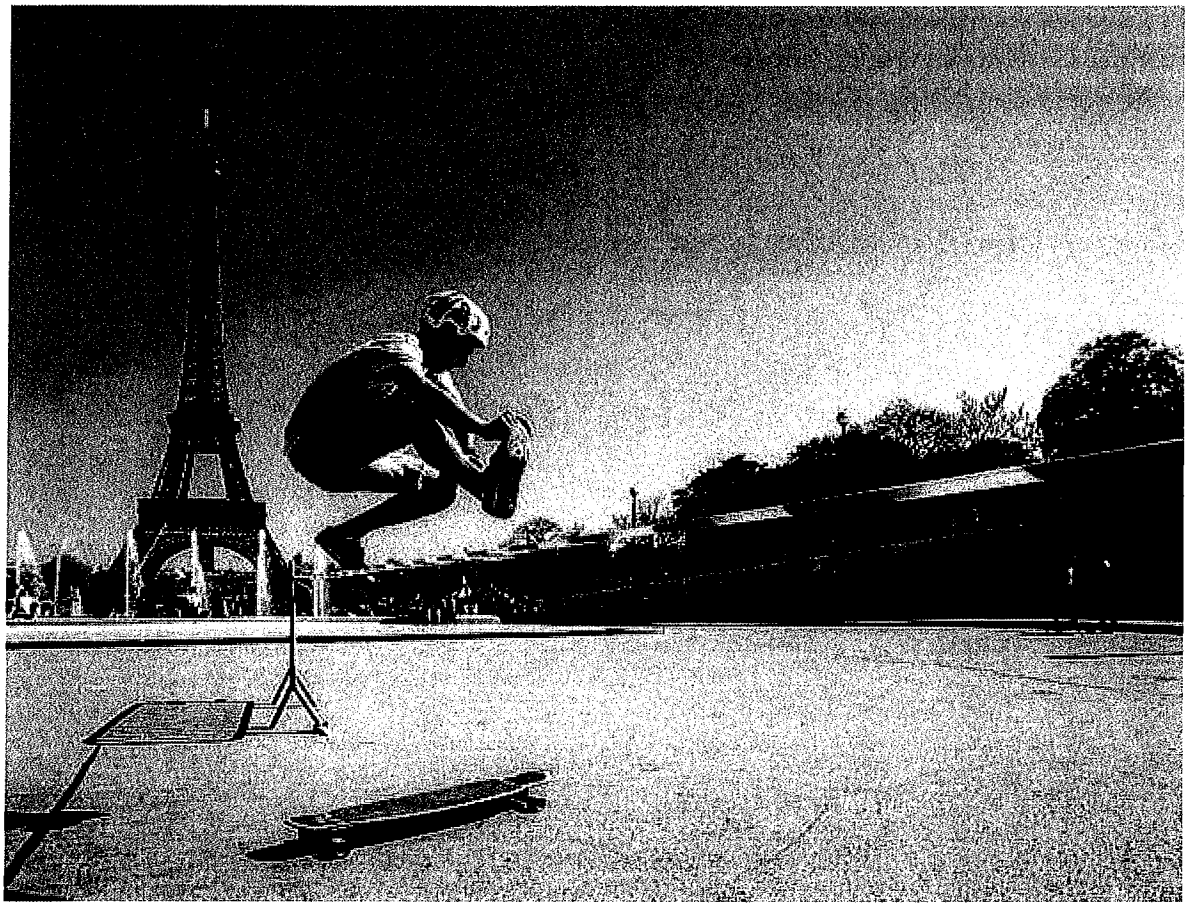
À titre d'illustration, nous nous limiterons à l'exemple fourni par deux villes. La première est Kuopio, ville située en plein cœur de la Finlande et lieu de la conférence de 2015 des Villes-Santé d'Europe. Typiquement étendue, située dans un cadre magnifique, elle a connu, vers la fin du XX^{e} siècle, un développement axé sur l'automobile. Les problèmes générés étaient prévisibles : manque d'activité physique, isolement ressenti par les personnes âgées, nécessité d'achat d'une voiture par les foyers défavorisés.

Toutefois, Kuopio est en train de se réinventer. Aujourd'hui, le centre-ville est plus accueillant pour les piétons et les cyclistes, et une population croissante habite à proximité de tous les équipements ; de nouveaux ponts construits entre les îles du lac permettent de relier au centre-ville des quartiers en cours de réhabilitation ; les zones à faible densité, désormais accessibles à vélo et par bus, ont vu leur nombre d'habitants augmenter. La santé a été une motivation-clé.

La création de trois concepts simples, compris par tous et qui guident la prise de décision politique, a été un facteur essentiel : la zone « ville-piétons », la zone « ville-transports » et la zone « ville-voitures ». Lorsque les connexions piétonnes reliant les équipements urbains s'améliorent, la ville-piétons s'étend. Quand de nouvelles lignes de bus desservant le centre-ville sont créées, la ville-transports se développe – et les périphéries dépendantes de la voiture diminuent progressivement [3].

L'autre ville est Fribourg, dans le sud-ouest de l'Allemagne. Son action, depuis la fin des années 1970, n'est pas motivée par la santé, mais par l'environnement, le changement climatique et la qualité de vie. Toutefois, les politiques et les aménagements sont exactement identiques à ceux promus en faveur d'un urbanisme favorable à la santé : une politique cohérente et intégrée de l'aménagement du territoire et des transports en ville et dans l'aire urbaine, qui va de pair avec la réhabilitation et la création de quartiers ouvrant le champ des possibles pour permettre aux habitants de mener une vie saine, conviviale et productive.

« SI NOUS CONSIDÉRONS LA VILLE COMME HABITAT LOCAL DE L'HOMME DANS LE CADRE D'UN ÉCOSYSTÈME GLOBAL, NOUS POUVONS ESPÉRER PRENDRE DES DÉCISIONS RATIONNELLES. À L'INVERSE, SI NOUS CONSIDÉRONS L'ENVIRONNEMENT BÂTI COMME UN CHAMP DE BATAILLE OÙ FORCES DU MARCHÉ ET FORCES INSTITUTIONNELLES SE CONFRONTENT, ALORS NOUS PERDRONS LA GUERRE. »


© J. Ranello / AKW Image

L'exemple de Fribourg apporte une démonstration sur trois points :

– les priorités environnementales, sociales, de santé et économiques peuvent être conjointement menées à bien ;

– pour réussir, les stratégies doivent être mises en place de façon constante pendant au moins trente ans ;

– une approche collaborative et partenariale est indispensable, réunissant, autour de la municipalité, les administrations, les entreprises et le monde universitaire, pour un travail en coopération avec les citoyens et les habitants [4].

Une question éthique

L'urbanisme n'est pas un outil fortuit ou accessoire. Il n'a pas été créé simplement pour faciliter le développement de l'activité économique ou pour protéger des milieux spécifiques. L'urbanisme est au service des populations, de leur confort, leur plaisir, leur santé et leur bien-être. Ses objectifs sont essentiellement la santé et le bien-être social. Si nous considérons le village, la ville ou la métropole comme habitat local de l'homme (dans le cadre d'un écosystème global), nous pouvons espérer prendre des décisions rationnelles. À l'inverse, si nous considérons l'environnement bâti comme un champ de bataille – dont les règles de combat seraient le système de planification – où forces du marché et forces institutionnelles se confrontent, alors nous perdrons la guerre. La seule façon de créer des villes durables et favorables à la santé est de coopérer, forger des alliances, chercher des solutions pratiques qui allient aspirations sociales, environnementales et économiques. Dans un tel contexte d'urgence et de menaces sur la santé globale des populations, concevoir un urbanisme favorable à la santé est une obligation morale. ■

Note de la rédaction : article traduit par nos soins. Les titres, intertitres et l'essentiel sont de la rédaction.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] World Health Organisation (WHO). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*. WHO/UN-Habitat, 2010 : 126 p. En ligne : www.who.int/entity/kobe_centre/publications/hiddencities

[2] Barton H., Tsourou C. *Healthy Urban Planning: a WHO Guide to Planning for People*. Traduit en français par S2D, *Urbanisme et Santé : un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. Rennes : S2D/Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable, 2004 : 178 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf?ua=1

[3] Kosonen L. The Three Fabrics Strategy in Finland. *In:* Barton H., Thompson S., Burgess S., Grant M. (eds). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a Sustainable and Healing Future*. Abingdon: Routledge, 2015 : 651 p.

[4] Grant M., Barton H. Freiburg: Green Capital of Europe. *In:* Barton H., Thompson S., Burgess S., Grant M. (eds). *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a Sustainable and Healing Future*. Abingdon: Routledge, 2015 : p. 540-551.

[...]

Des travaux scientifiques le montrent : au-delà des comportements individuels, la santé et la qualité de vie des habitants d'un quartier sont modulées par les choix d'aménagement urbain.

Urbanisme et réduction des inégalités sociales de santé : les diagnostics locaux de santé

Stéphane Rican,
maître de conférences,
Ladyss, UMR 7533,
université Paris Ouest
Nanterre La Défense,
Zoé Vaillant,
maître de conférences,
géographe de la santé,
Ladyss, université Paris Ouest
Nanterre La Défense.

Bien que les conditions d'hygiène et la lutte contre l'insalubrité aient constitué un puissant moteur de l'aménagement et de la planification des villes au cours du XIX^e^ siècle, le lien entre état de santé et aménagement urbain n'est réinvesti scientifiquement que récemment. Ainsi, au cours du XIX^e^ et du début du XX^e^ siècle, dans les pays industrialisés, alors que le tableau sanitaire était largement dominé par les maladies infectieuses et parasitaires (épidémies de choléra, tuberculose, etc.), une approche hygiéniste de l'urbanisme (aération, grandes percées...) a contribué à la réorganisation des villes, se traduisant notamment par d'importantes sectorisations fonctionnelles (zones d'habitat, de chalandise ou d'activités séparées). Celles-ci sont aujourd'hui décriées [1]. Les préoccupations de santé publique sont en effet tout autres, marquées par la place importante des affections chroniques et dégénératives : surpoids, obésité, hypertension, diabète, affections respiratoires chroniques, cancers, mal-être... sur fond de maintien, voire de renforcement des inégalités sociales qui les accompagnent.

Tandis que les caractéristiques biologiques et les comportements dits individuels (pratiques alimentaires, alcoolisme, tabagisme, attitudes face aux soins, etc.) ont longtemps focalisé l'attention des chercheurs, on redécouvre progressivement que le cadre de vie dans lequel évoluent les individus constitue, pour une part non négligeable, un déterminant des états de santé et des inégalités sociales de santé [2]. Façonné par les aménagements urbains, il module la qualité de l'habitat, l'accès aux services et aux aménités urbaines (ensemble des ressources qui contribuent au caractère agréable et attractif d'un quartier), les modalités de déplacement, l'exposition aux nuisances urbaines ou l'organisation du tissu social. Les relations mises en évidence permettent de souligner que les liens entre le cadre de vie et l'état de santé peuvent à la fois être directs – aménagement des modalités de déplacement permettant d'améliorer la sécurité routière ou de réduire les émissions polluantes par exemple – ou indirects – implantation d'espaces récréatifs permettant de promouvoir les pratiques d'activité physique ou d'influencer les opportunités de rencontres dans un quartier [3].

Le cumul de désavantages est loin d'être systématique

Les mécanismes de ségrégation socio-résidentielles se traduisent ainsi par des situations de cumul de désavantages : les quartiers concentrant les populations socialement défavorisées sont, plus fréquemment que d'autres, associés à un environnement bâti plus dégradé, des difficultés d'accès aux services, une exposition aux nuisances urbaines plus importante, des infrastructures de transport moins développées. L'amélioration de ce cadre de vie pourrait ainsi constituer un levier pour la réduction des inégalités sociales de santé [4]. Les démarches d'aménagement actuelles participent de ce mouvement, en mettant notamment l'accent sur la diversité des lieux et des activités, une mixité sociale et générationnelle, des moyens de transport diversifiés, le développement tant des circuits courts que des espaces verts et récréatifs.

Les travaux menés sur les liens entre les niveaux d'exposition à la pollution atmosphérique et la localisation des populations aux situations sociales désavantagées dans quatre villes françaises [5] – ou entre la proximité des sites industriels polluants et les situations de désavantage social – ont toutefois montré que les cumuls de désavantages sont loin d'être systématiques. Les situations observées

L'ESSENTIEL

- **L'urbanisme, les équipements collectifs, les transports sont des déterminants de la santé des habitants trop souvent minorés.**
- **Ils constituent pourtant des leviers d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé, d'autant plus que les quartiers les moins favorisés cumulent les désavantages.**
- **La réalisation systématique de diagnostics locaux de santé, associant les représentants des collectivités locales, les décideurs et les habitants, doit être favorisée afin de mieux ajuster les politiques publiques.**

renvoient davantage à la grande variété des dynamiques industrielles et sociales régionales ainsi qu'aux modalités très différenciées de l'organisation de l'espace urbain sur le territoire français [6].

Engagement et mobilisation transforment le gradient social

Les travaux menés sur l'accès aux dépistages des cancers en Île-de-France [7, 8] ont permis également de montrer une très grande variété de situations sanitaires urbaines, issues de combinaisons multiples de déterminants associés à la santé. De fait, certains quartiers sont dans une telle synergie d'enclavements multiples (morphologiques, sociaux, faible accès aux soins et absence de dynamique d'acteurs), que les solutions à apporter doivent mobiliser tous les leviers de la politique de la ville et de l'aménagement urbain (modification des plans de déplacement urbain, rénovation urbaine, mise en place d'actions de prévention, etc.) [9]. Parallèlement à ces situations extrêmes, de très nombreuses situations intermédiaires se détachent cependant, où les caractéristiques socio-économiques des habitants et les difficultés d'accès aux services ne sauraient, à elles seules, expliquer les différenciations observées. L'engagement des élus et des acteurs locaux, la capacité à mobiliser les habitants peuvent faire la différence [10]. Par ailleurs, les grands programmes de rénovation urbaine, en raison du maillage d'acteurs qu'ils impliquent, peuvent avoir des retombées sanitaires positives [11], même si celles-ci dépendent des modalités de mise en place ou de l'histoire locale [12]. Enfin, la focalisation de l'action publique sur les zones prioritaires de la politique de la ville semble s'accompagner de la création de nouvelles inégalités, au détriment des quartiers de classes moyennes en cours de paupérisation [11, 13].

Tenir compte des spécificités locales

Ces différentes observations permettent de souligner les difficultés et les enjeux autour de l'évaluation des effets sanitaires attendus d'une action d'aménagement urbain, notamment en termes d'inégalités sociales de santé.

Une revue internationale de la littérature portant sur le rôle de l'environnement alimentaire dans les inégalités sociales en matière d'alimentation [14] aboutit à répertorier les nombreux filtres sociaux et territoriaux qui s'interposent entre les caractéristiques d'un aménagement urbain et sa traduction sur la santé des populations : le système d'action local ; les réseaux de relations sociales, qui se mettent en place dans le quartier ; les modes de cohabitation ; les constructions identitaires ; les normes locales, qui s'ancrent dans l'histoire du quartier et la dynamique inhérente à celui-ci participent aux constructions de la santé dans le secteur concerné.

De même, les formes d'appropriation et d'investissement dans un quartier varient d'un groupe social à l'autre, d'un individu à l'autre. L'aménagement d'un quartier est également à envisager au prisme des dynamiques plus globales d'une ville, l'introduction de nouvelles infrastructures ne bénéficiant pas toujours aux plus démunis. Il s'agit de replacer les opérations d'aménagement urbain dans l'ensemble de ces mécanismes sociaux et territoriaux.

Les réponses à apporter ne peuvent donc pas être les mêmes partout. La mise en place de diagnostics locaux de santé ou d'instances locales d'observation pérenne (au niveau de quartiers, de communes ou de communautés de communes) apporte une meilleure identification des leviers à actionner. Ils s'appuient sur des partenariats entre collectivités locales, décideurs, habitants et scientifiques.. Les questions de santé sont alors inscrites dans le territoire et en particulier dans les projets de développement locaux. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.-L., Cuzin Y. *Guide - Agir pour un urbanisme favorable à la santé. Concepts & Outils.* Guide EHESP/DGS, 2014 : 192 p.

[2] Kawachi I., Berkman L.-F. dir. *Neighborhoods and Health*, New York : Oxford University Press, 2003 : 352 p.

[3] Barton H. *Land Use Planning and Health and Well-Being.* Land Use Policy, 26S, 2000 : S115-S123.

[4] Barton H., Tsourou C. *Urbanisme et Santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants.* Rennes : S2D, 2004 : 178 p.

[5] Padilla C.M., Kihal-Talantikite W., Vieira V.M., Rosselo P., Le Nir G., Zmirou-Navier D., *et al.* Air Quality and Social Deprivation in Four French Metropolitan Areas – A Localized Spatiotemporal Environmental Inequality Analysis. *Environmental Research*, 2014, vol. 134 : p. 315-324.

[6] Caudeville J., Rican S. Étude de l'inégalité socio-environnementale en France : associations spatiales entre désavantage social des populations et proximité à un site potentiellement dangereux. *Environnement, Risques et Santé* (à paraître).

[7] http://villesetsante.com

[8] Viot M., Vaillant Z., Harel L., Rican S., Boulland Dauchez M., Baron M., *et al.* Transfert de connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein. *Santé publique*, 2015, vol. 27, n° 3 : p. 321-330. En ligne : www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-321.htm

[9] Squiban C., Samassa M. *Les Disparités de recours au dépistage organisé du cancer du sein à Trappes (Yvelines).* Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013 : 101 p.

[10] Jangal C., Chali J.-M., Basse P. *Inégalités infra-urbaines de participation au dépistage du cancer du sein. Analyse dans une commune du Val-d'Oise : Gonesse.* Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2012 : 85 p.

[11] Baron M., Lam Ndiaye E.-M. *Dépistage organisé du cancer du sein à Argenteuil (Val-d'Oise).* Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013 : 103 p.

[12] Shaiek M., Squiban C. *Les Disparités infra-urbaines de recours au dépistage organisé du cancer du sein à Sartrouville (Yvelines).* Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2014 : 98 p.

[13] Vialard L., Assoumani D. *Participation au dépistage des cancers du sein à Goussainville. Diagnostic territorial.* Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013 : 113 p.

[14] Rican S. Territoires et alimentation. *In :* Inserm dir. *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Synthèse, discussion et perspectives.* Paris : Inserm, 2014 : p. 407-435.

[...]

Suisse, Québec et France : trois démarches convergentes de l'évaluation d'impact sur la santé.

L'évaluation d'impact sur la santé : un outil pertinent pour les acteurs de l'urbanisme

Anne Roué-Le Gall,
enseignant-chercheur,
département Santé-Environnement-Travail
et Génie sanitaire,
École des hautes études
en santé publique (EHESP),
Rennes.
Thierno Diallo,
collaborateur de recherche
au sein du groupe
de recherche
en Environnement
et Santé (GRES),
Université de Genève, Suisse,
Émile Tremblay,
chargé de projet en
Évaluation d'impact
sur la santé (EIS),
direction de Santé publique
de la Montérégie, Québec,
Canada,
Françoise Jabot,
professeur en santé publique,
EHESP, Rennes.

La convivialité, les usages sociaux de l'espace, la gestion de la mobilité, l'usage rationnel du sol, la mixité et la qualité des milieux physiques (air, eaux, sols, etc.) sont autant d'enjeux d'aménagements des territoires partagés au-delà des frontières, qui influencent plus ou moins directement la santé des populations.

L'application de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) à des projets d'urbanisme permet d'engager des actions concrètes sur les déterminants environnementaux, économiques et sociaux de la santé. Elle s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du concept de la santé dans toutes les politiques[1] et de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les retours d'expérience de l'application de cette démarche à ces thématiques en Suisse, au Québec et en France laissent clairement apparaître des points de convergence, malgré la diversité des pratiques et des contextes institutionnels. Ils soulignent également qu'une telle approche peut constituer un outil opérationnel de promotion d'un urbanisme favorable à la santé.

Déploiement de la démarche en Suisse, au Québec et en France

• En Suisse, l'évaluation de l'impact sur la santé s'est développée à partir des années 2000. Les trois cantons de Genève, du Jura et du Tessin ont été les pionniers dans le domaine, faisant le choix d'institutionnaliser la démarche et de l'expérimenter dans plusieurs situations, l'urbanisme et l'aménagement du territoire en étant les domaines privilégiés (six EIS sur vingt-deux, état de la situation 2014). La mise en œuvre de l'EIS sur des projets d'aménagement du territoire a montré la réelle plus-value de cette démarche, qui a favorisé par exemple l'aménagement de zones d'habitation sans voiture, la participation d'acteurs de la promotion de la santé dans des jurys de concours d'architecture ou encore la sensibilisation d'autorités communales aux questions d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite. Elle a permis de partager des valeurs communes de promotion de la santé avec des acteurs non sanitaires, notamment des architectes-urbanistes et des ingénieurs.

Toutefois, dans un premier temps, cette démarche s'est heurtée à quelques difficultés sur des projets urbanistiques : les professionnels concernés – en particulier les architectes-urbanistes – l'ont perçue comme une nouvelle contrainte ; certains ont très souvent une vision purement biomédicale (santé = soins) et ne perçoivent donc pas forcément l'enjeu de santé au sens bien-être ; enfin, les différents protagonistes de l'EIS ne connaissent pas toujours les instruments et procédures existant au niveau de l'aménagement du territoire. Ces difficultés ont été dissipées grâce aux expériences de terrain acquises, à la flexibilité de l'outil, à la collaboration avec l'évaluation environnementale et à son adaptation au calendrier et au processus décisionnel des projets.

• Au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique (2001) a institutionnalisé, à l'intérieur du gouvernement provincial, un dispositif permettant de soutenir le concept de la santé dans toutes les politiques ; toutefois l'EIS n'est pas inclus dans ce dispositif et il est mis en œuvre au niveau municipal. À cette échelle locale, la pratique de l'EIS s'inscrit à l'extérieur du cadre législatif et repose sur la libre participation des décideurs municipaux.

Dans ce contexte, la direction régionale de Santé publique de la Montérégie est la première région de la province à avoir instauré en 2010 un service d'EIS pour les municipalités de son territoire.

L'ESSENTIEL

- **Lancée il y a plus de vingt ans, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) vise à déterminer, en amont, si un projet a potentiellement des effets positifs ou négatifs sur la santé, afin d'y apporter, si nécessaire, des améliorations.**
- **Une petite révolution qui permet aux professionnels de la promotion de la santé de s'inviter à la table des urbanistes, aménageurs, habitants et décideurs politiques.**

L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : DE QUOI PARLE-T-ON ?

S'appuyant sur une conception holistique de la santé, c'est-à-dire fondée sur la reconnaissance de l'influence majoritaire sur la santé des environnements tant physiques ou sociaux qu'économiques, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche qui permet d'interroger un projet quant à ses effets sur la santé et sur la qualité de vie des populations.
Élaborée sous l'angle des politiques publiques favorables à la santé, qui reconnaît le rôle des acteurs extérieurs au champ de la santé, la démarche est utilisée à l'échelle internationale depuis près de vingt ans à divers degrés selon les pays. Sa mise en œuvre s'appuie sur une approche initiée en 1999 par le Consensus de Göteborg et intègre les principes et les valeurs portés à la fois par la santé environnementale, la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités de santé. Qualifiée de démarche prospective, intersectorielle et participative, elle se structure en six étapes et peut s'appliquer à différents types de projets, notamment issus du domaine de l'aménagement du territoire.

Pour répondre à la dynamique propre au contexte de partenariat librement constitué, un dispositif collaboratif fondé sur le courtage de connaissances a été développé. Celui-ci a pour objectif d'orienter la réalisation des EIS en fonction des besoins et des attentes des décideurs, afin de soutenir leur prise de décision et de maximiser l'utilisation des connaissances partagées lors de la démarche. Depuis, une dizaine de projets locaux et régionaux ont été soumis à une EIS, et tous se sont révélés d'excellentes opportunités pour formuler des recommandations pertinentes pour les décideurs et bénéfiques pour la santé des citoyens. La pratique démontre toutefois qu'en plus de devoir accompagner le rythme d'élaboration des projets, les EIS doivent respecter la nature des projets et leurs objectifs initiaux afin que les recommandations soient bien prises en compte dans le processus décisionnel.

• En France, même si le concept est encore source de confusion, les initiatives locales se multiplient depuis 2010, avec l'engagement croissant d'institutions. Elles concernent majoritairement des projets en lien avec l'aménagement du territoire (rénovation urbaine, projet de transports, aménagement de quartiers, etc.) et sont le plus souvent initiées par des villes membres du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS ou à l'échelle de territoires qui s'investissent activement dans la réduction des inégalités sociales de santé. Une dizaine de projets sont actuellement en cours[2], sous la responsabilité conjointe des villes ou des métropoles et des agences régionales de santé. Parmi eux, quatre sont dans la phase de mise en œuvre des recommandations.

Les premiers retours d'expériences mettent en exergue un certain nombre d'opportunités, notamment l'ouverture du champ de la santé à des non-spécialistes, la capacité à fédérer différents secteurs autour d'un projet partagé et l'amélioration de la prise en compte des usages et des besoins des habitants. Cependant, la teneur des échanges développés au cours des récentes rencontres régionales ou nationales pointe la nécessité d'élaborer des repères communs pour clarifier le concept, développer l'expertise, optimiser l'exploitation des apports de l'EIS et réfléchir aux modalités de son accompagnement. La pratique de l'EIS n'est pas réglementée et la question de son institutionnalisation reste délicate et loin de faire consensus, les acteurs ne souhaitant pas la voir enfermée dans des procédures, comme par exemple la procédure réglementaire de l'évaluation environnementale.

Des points de convergence malgré la diversité des contextes institutionnels

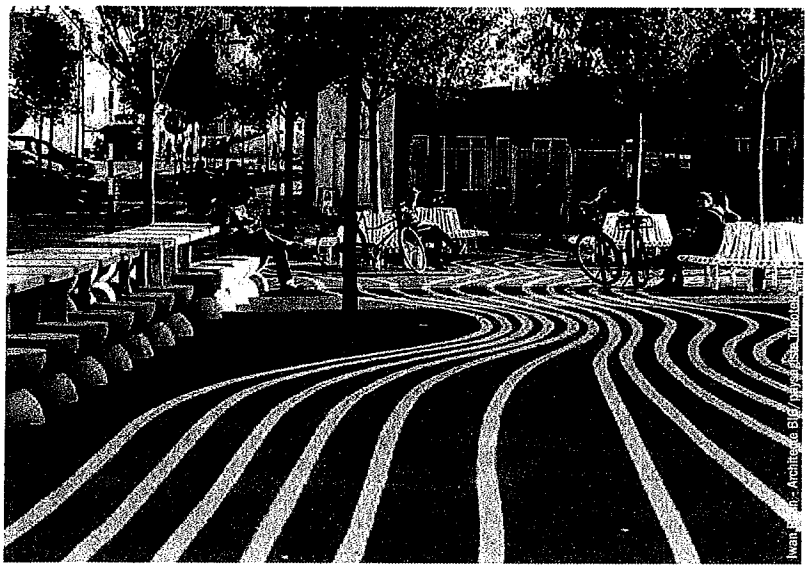
Dans ces trois États, les expériences réalisées montrent que l'urbanisme et l'aménagement des territoires constituent des champs d'application pertinents de l'évaluation de l'impact sur la santé et de réels leviers de promotion de la santé en milieu urbain. Elles pointent un certain nombre d'atouts qui encouragent son déploiement, même si l'approche nécessite encore des clarifications tant au niveau de sa définition et de son articulation avec d'autres méthodes d'évaluation que de ses aspects méthodologiques[3].

Ces expériences démontrent que l'EIS constitue un outil pertinent de sensibilisation – des acteurs et décideurs du domaine de l'urbanisme – à la prise en compte précoce des enjeux de santé ; et que son processus participatif contribue largement aux changements vers des pratiques plus intersectorielles. Enfin, il convient de souligner qu'un des points de succès d'une EIS intersectorielle et participative repose sur le rapprochement créé avec les décideurs et l'opportunité de pouvoir formuler des recommandations plus adaptées au contexte social et politique du projet, qui seront davantage susceptibles d'être suivies. ■

1. Déclaration d'Adélaïde, 2010. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
2. Consulter le site du Réseau Bretagne Urbanisme et Santé. En ligne : http://rbus-eis.org/
3. A souligner à ce propos que l'Inpes a publié deux brochures : *Évaluation d'impacts sur la santé de projets de transports en commun* qui décrit l'expérience menée par l'Agence régionale de santé et l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France dans la communauté d'agglomération de Plaine Commune et très récemment le plaidoyer *L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables.*

La santé dans l'urbanisme de demain

Fouad Awada[1]
IAU île-de-France



Le lien urbanisme/santé pose la question de la transformation de l'environnement urbain pour réduire les polluants et les risques, et pour lutter contre la sédentarité, le stress et l'isolement. Elle se fera par des interventions physiques, des règlements et de la pédagogie. Quelques éléments conceptuels incontournables témoignent de l'envergure de cette mutation.

Aménagements urbains favorisant les modes actifs. Le parc Superkilen, Copenhague.

L'urbanisme est, avant tout, attendu sur le terrain de la prévention, ou comment transformer nos villes et nos territoires d'une manière qui favorise la santé des citadins.

Mettre en œuvre les concepts de la « Ville durable »

Par des actions adaptées, il s'agit de réduire les pathologies les plus directement liées à l'environnement urbain et qui sont corrélées avec le mode de vie sédentaire, l'exposition aux pollutions et au bruit, et avec le stress et le risque d'isolement[2]. Il s'agit aussi de réduire les accidents, aussi bien ceux de la voirie et de l'habitat que ceux dus aux aléas naturels ou industriels.

Les concepts et outils du « Développement urbain durable » ont été développés à partir de la volonté de mieux prendre en compte l'environnement dans la production et la gestion de la ville. Il s'avère que les mesures préconisées par ce corpus correspondent, aussi, au souci de préservation de la santé des citadins.

Dans le domaine des transports, cette convergence s'opère autour de la réduction de la place des déplacements motorisés rapides et polluants en ville, cette réduction ayant des effets multiples sur la santé à travers le recul des émanations toxiques et du niveau du bruit, l'encouragement des modes de déplacement actifs – marche à pied et vélo – et la réduction du stress urbain par un apaisement de la ville.

La réduction de la place de la voiture et l'encouragement des modes actifs doit s'accompagner d'une baisse des vitesses autorisées, condition nécessaire à la maîtrise de l'accidentologie. Les accidents engageant les modes actifs sont, en effet, nettement plus graves que ceux engageant des automobilistes en raison de l'absence de protections. La réduction de la place de la voiture en ville favorise, par ailleurs, le développement des deux-roues motorisés, un mode particulièrement accidentogène. Une forte baisse des vitesses autorisées (zones 30) permet d'obtenir des résultats satisfaisants.

Les politiques en faveur du véhicule électrique sont favorables à la santé du fait qu'elles permettent de réduire les émanations toxiques des moteurs à combustion. Ces politiques devraient s'intéresser prioritairement aux véhicules les plus polluants, utilitaires de livraison, cars de tourisme et autobus, véhicules municipaux et deux-roues motorisés[3].

(1) Fouad Awada est directeur du département Urbanisme et Aménagement du territoire, directeur général adjoint de l'IAU îdF.

(2) Risques cardio-vasculaires et diabétiques associés à l'obésité ; asthme et autres maladies respiratoires ; maladies mentales ; saturnisme et autres pathologies liées à l'exposition aux matériaux lourds.

(3) Les deux-roues motorisés de la norme Euro3, la plus avancée, émettent en moyenne 6 fois plus de NOx et de HC et 10 fois plus de CO dans l'atmosphère qu'une voiture Euro 4 de cylindrée moyenne, pour un trajet équivalent (source : ADEME). Ces chiffres ne concernent que les scooters de plus de 125 cc. Un cyclomoteur deux-temps sans catalyseur émet plusieurs centaines de fois ces valeurs. Les motos de forte cylindrée ne sont pas concernées par ce problème. Certaines villes ont restreint l'accès à leur territoire aux seuls scooters électriques.

Tout ce qui contribue à faciliter les déplacements par des modes actifs entre les lieux de résidence, de travail, d'études, d'achats, de loisirs, contribue à corriger la tendance à la sédentarité et à limiter les risques sanitaires qui lui sont associés. Une ville favorable à la santé est une ville qui privilégie les courtes distances et le commerce de voisinage par rapport aux hypermarchés décentrés hors de la ville. Dans le domaine du commerce, en effet, l'Enquête globale Transport d'Île-de-France[4] montre que la marche à pied est le premier mode d'accès au petit commerce (62 % des déplacements) alors qu'elle est marginale pour l'accès aux hypermarchés et grands centres commerciaux (14 % de déplacements à pied).

Le développement des espaces verts et des promenades et la mise en valeur des sites et paysages multiplient les opportunités et les incitations à bouger. Ces aménités constituent, de ce fait, un autre terrain de convergence entre les impératifs environnementaux et de santé.

De manière complémentaire, l'importance accordée par les concepts de la ville durable à la qualité de l'habitat (avec des normes environnementales exigeantes) converge avec l'impératif de santé qui dicte d'agir en priorité sur les logements les plus vétustes pour réduire l'exposition des habitants à l'humidité, aux matériaux toxiques (plomb, amiante), aux risques d'accidents liés au mauvais entretien, au chauffage insuffisant, à la mauvaise ventilation, etc.

(4) Enquête Globale Transports-EGT-2010, STIF-OMNIL-DRIEA.

Circuler à vélo est bien moins dangereux qu'en deux-roues motorisés

Faire du vélo en ville n'est pas sans risques, comme toute activité de déplacement, mais n'est pas non plus anormalement dangereux contrairement à l'image dont pâtit encore ce mode de transport. L'observatoire de la sécurité routière d'Île-de-France compte en 2001, 1 064 victimes et 22 tués contre 1 090 victimes et 15 tués en 2010 parmi les cyclistes impliqués dans un accident de la route sur le territoire régional. Le fait que les données d'accidentalité concernant le vélo soient stables sur la période 2001-2010 alors que son usage double, permet de conclure, à une diminution du risque.

Plus précisément à Paris, en 2010, les statistiques de sécurité routière dénombrent, 4 532 usagers de deux-roues motorisés impliqués dans un accident (dont 17 tués et 392 blessés hospitalisés) contre 606 impliqués pour les cyclistes (dont 2 tués et 32 blessés hospitalisés). Les blessés et tués à vélo sont 12 fois moins nombreux que ceux en deux-roues motorisés alors que le rapport en terme de distances parcourues - et donc d'exposition au risque - n'est même pas de 1 à 2 entre les deux modes dans les déplacements se faisant intégralement ou partiellement à Paris[1] : 1,2 million de km parcourus en deux-roues motorisés (pour 256 000 déplacements) contre 640 000 km en vélo (pour 284 000 déplacements).

D'une manière générale, des études ont montré que le risque qu'une personne allant à vélo soit accidentée par un automobiliste varie inversement avec la quantité de cyclistes en circulation. Les politiques en faveur du vélo et de la marche semblent donc être un moyen efficace pour améliorer la sécurité des piétons et des cyclistes. La prévention reste, cependant, essentielle notamment en ce qui concerne les risques d'accidents avec les véhicules à gros gabarit. Ce type d'accidents représente seulement 5 % des accidents impliquant un cycliste mais il regroupe, à lui seul, 1/3 des tués à vélo en milieu urbain (CERTU 2010).

Le vélo n'a pas, bien sûr, vocation à devenir un mode de transport pour des longs trajets que permettent la voiture ou le train, mais il apparaît clairement envisageable que son utilisation progresse au sein des différents bassins de déplacements locaux. Que l'on soit aujourd'hui à Paris sur des parts modales approchant la dizaine (8 % des déplacements domicile-travail internes à Paris, et jusqu'à 13 % si on se restreint aux cadres hommes !) est révélateur de la capacité de ce mode de transport, à prendre sa part dans la mobilité des Franciliens. La pertinence des politiques cyclables apparaît de ce fait évidente, afin que ceux qui veulent et peuvent faire du vélo puissent le faire, et sont à maintenir dans le temps : si Strasbourg compte aujourd'hui 13 % de part modale vélo en son centre-ville et 8 % à l'échelle de l'agglomération, c'est avant tout le fruit de plus de trente années de politiques soutenues en faveur de ce mode de déplacement[2].

Dominique Riou et Jéremy Courel

(1) On parle, ici, des déplacements ayant au moins une extrémité à Paris, donc à la fois des déplacements internes à la capitale et de ceux entre celle-ci et la banlieue. Ne sont pas pris en compte les déplacements de banlieue à banlieue passant par Paris qui sont plus difficilement identifiables mais dont le poids est marginal.

(2) Praznoczy C., *Les bénéfices et les risques de la pratique du vélo : évaluation en Île-de-France*, ORS Île-de-France 2012, 163 p.

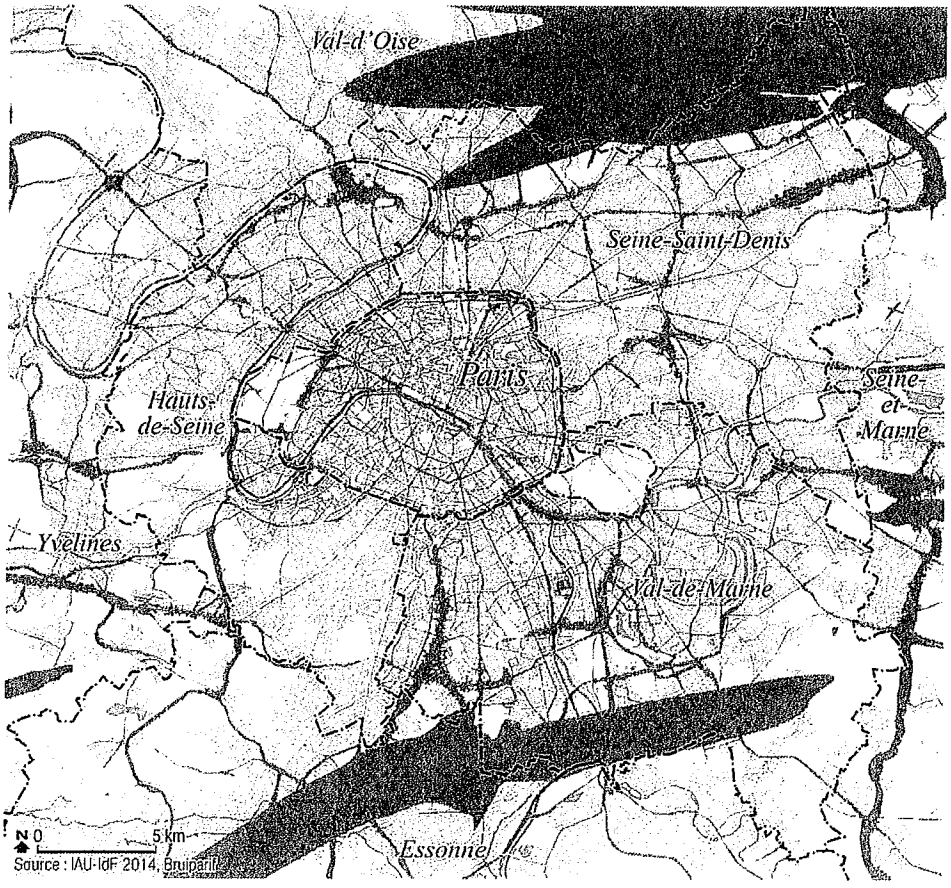
La tâche est considérable: l'Île-de-France compte, à elle seule, plus de 170 000 ménages vivant dans des logements « indignes » (insalubres, non sûrs voire menaçant de ruine, dégradés...)[5].

Assainir l'environnement à l'échelle de la métropole

Les interventions mentionnées plus haut peuvent être mises en œuvre à l'échelle communale, voire intercommunale, sans obstacle majeur. Même une grande ville comme Paris parvient à faire progresser les concepts de la ville durable sans que cela n'impacte son fonctionnement. L'héritage de l'urbanisme fonctionnaliste rend pour le moment plus difficile la mise en œuvre de ces mesures à l'échelle d'une grande métropole ou d'une grande région urbaine. À ces échelles apparaissent, en effet, des infrastructures et des fonctions spécifiques qui ont été développées pour assurer la performance globale du système: aéroports, réseau autoroutier magistral servant notamment au trafic de transit et des poids lourds, vastes zones d'aiguillages ferroviaires, grandes zones commerciales et aires logistiques aux portes de l'agglomération, etc. Toutes ces infrastructures sont bruyantes, polluantes, brutales dans les ruptures qu'elles ont engendrées dans leur environnement et l'on peut aisément mesurer le décalage entre la réalité de ces infrastructures et le souci, par exemple, de favoriser la marche à pied ou la réduction du bruit. À cette problématique s'ajoute celle des risques naturels et technologiques auxquels les populations des grandes métropoles sont exposées: une urbanisation historique le long de cours d'eau menaçant de crues; des infrastructures d'alimentation en hydrocarbures traversant le sous-sol des zones habitées; un nombre élevé d'anciens sites industriels pollués... L'ampleur de ces obstacles ne doit pas décourager les initiatives visant à améliorer progressivement la situation. Le traitement des points noirs, l'amélioration des résiliences face aux risques et l'apaisement global des infrastructures, doivent rester présents à l'esprit des pouvoirs publics à l'occasion de tout nouveau plan, programme ou projet. Le tout dans le cadre d'une vision ambitieuse mais non dénuée de bon sens: une métropole qui serait totalement mise au régime des zones 30 nécessitera, malgré tout, la circulation de véhicules de secours à vitesse élevée, en surface.

(5) Voir sur ce sujet : Davy Anne-Claire, *L'habitat dégradé et indigne en Île-de-France : enjeux et politiques*, IAU Île-de-France, Paris, février 2011.

Zones de bruit pour les quatre sources (ferré, routier, aérien, ICPE*) - Grand Paris



Certaines fonctions métropolitaines sont assurées par des infrastructures particulièrement bruyantes et « brutales ». Les zones colorées en orange sont celles où les seuils réglementaires sont dépassés.

* Installations classées pour la protection de l'environnement.

Le défi consiste moins à démanteler de manière systématique qu'à progresser partout où cela est possible.

Veiller à l'impératif de santé dans les projets urbains

La conception des projets de développement urbain est un terrain privilégié pour mettre en application les principes d'un urbanisme favorable à la santé.
Là aussi, la panoplie de « l'urbanisme durable » doit être utilisée pour favoriser les modes de déplacement actifs, réduire les émanations de polluants (notamment des systèmes de chauffage), réduire les nuisances sonores.

L'urbanisme des nouveaux quartiers doit aussi participer à la recherche de solutions pour lutter contre l'isolement des personnes – autre fléau de santé publique caractéristique de nos métropoles modernes. Le lien social entre habitants d'un même quartier (dialogue, convivialité, vie associative, entraide, échanges de services) est plus facile à entretenir dans les quartiers plurifonctionnels relativement denses mais d'échelle humaine (rues de largeur modeste, espaces piétons, densité de petits commerces et services, mixité fonctionnelle) que dans les quartiers monofonctionnels (résidentiels purs avec peu ou pas de commerces, d'activités et d'équipements), peu denses (lotissements résidentiels) ou de conception fonctionnaliste (larges avenues, trafic intense…).
Une attention particulière doit être portée à la densité des équipements favorisant les rencontres dans un même quartier, notamment les écoles primaires (lieu de rencontre entre parents), les squares et jardins (idem), les équipements culturels et sportifs (tous publics), ou encore certains types de commerces favorables au dialogue, notamment les cafés et restaurants.
Les projets de développement urbain peuvent être évalués au regard de leur impact sur la santé de leurs futurs habitants et des populations environnantes.
À ce titre, l'OMS promeut une démarche EIS (Évaluation de l'impact sanitaire). Si une telle évaluation s'impose avec une certaine évidence lors du développement de projets industriels, elle n'est pas intuitivement perçue comme une nécessité pour des projets ne produisant pas d'effluents ou de gêne sonore, comme par exemple les projets de quartiers mixtes résidentiels et commerciaux.

Pourtant, la prépondérance des projets de renouvellement urbain dans la production de nouveaux quartiers d'habitat devrait rendre indispensable une telle évaluation tant les sites, objets de ces projets, sont contraints par la proximité de grandes infrastructures et par la question des sols pollués.

L'écoquartier du Trapèze, Boulogne-Billancourt, construit sur les friches des anciennes usines Renault.

DOCUMENT 4

« Dossier : Urbanisme et aménagements favorables à la santé » (extraits)
La santé en action n°434, INPES

La Santé telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé, créée par l'ONU, inscrit dans sa constitution :

« La santé est un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence d'infirmité ou de maladie. Pouvoir bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible est l'un des droits fondamentaux de l'être humain.» [10]

Cette définition marque un tournant dans la façon d'appréhender la santé. **Auparavant, la santé était seulement l'état contraire à la maladie. Désormais, la santé fait appel à la perception subjective des individus**.

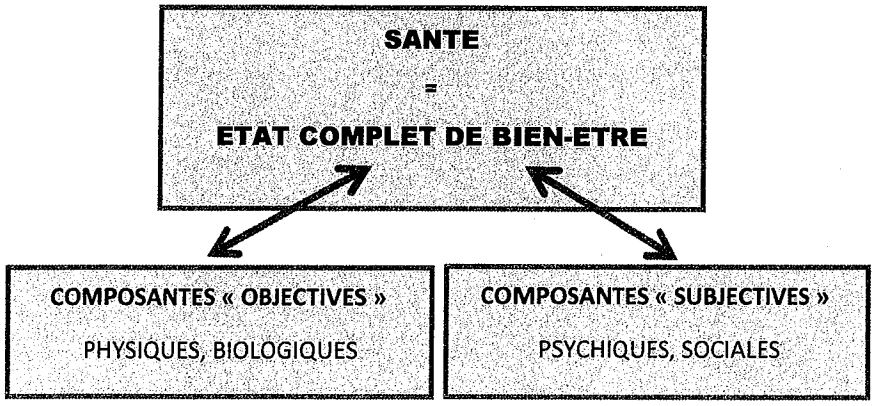
En effet, si l'état de maladie et de handicap peuvent être identifiés et caractérisés par le corps médical, l'état de bien -être, et donc de santé globale telle que vue par l'OMS, est relatif à l'individu lui-même.

Mesurer l'état de santé d'un individu, ou d'une population, implique en conséquence deux types d'approches complémentaires :

- Recueillir des mesures dites « objectives » (diagnostics médicaux, données physiques captées par des instruments techniques.)
- Recueillir le « sentiment de bien-être » des individus eux-mêmes.

L'OMS confirme et entérine un deuxième changement essentiel dans le rapport à la santé : *« Notre modèle médical de santé qui se focalise sur l'individu et le traitement de la maladie prédominait dans la première partie du vingtième siècle. Il commence à se rapprocher du modèle social dans lequel* ***la santé est le résultat d'une série de facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux, des conditions de logement et d'emploi et du type de population*** *»*[10].

Le concept de SANTE développé par l'OMS



De ce fait, le système de soins ne peut contribuer seul à l'amélioration de la santé de la population, dans la mesure où il n'intervient que très partiellement sur la plupart de ces déterminants.

En 1986, la Charte d'Ottawa [11] confirme la vision « globale » de la santé développée par l'OMS. : « *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut :*

- *d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,*
- *d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.*

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

La santé : un regard nouveau sur le sens des politiques publiques et leurs interfaces

De nouvelles clés d'entrées pour viser le progrès scientifique, économique et social.

En 1946, l'OMS présentait le bien-être comme une composante de la santé. Aujourd'hui, dans son rapport 2012 sur la santé en Europe[16] elle constate que le sens commun tendrait plutôt à inverser les concepts : *« Dans toute l'Europe, les décideurs politiques, les spécialistes de la santé publique et les personnes vivant au sein de communautés conviennent que le bien-être englobe la santé, et que la santé est un élément essentiel—sinon indispensable—pour le bien-être. La santé, et plus précisément plusieurs aspects de la santé, dont l'aspect physique, mental et social, est importante pour le bien-être ».* Les deux notions paraissent donc interactives et leurs définitions relatives encore mal stabilisées.

Mais au final à travers la santé comme le bien-être, il s'agit pour l'OMS de considérer l'homme comme un corps à la fois physique et psychique, en interaction avec son environnement physique, social et économique.

Les travaux conduits sur ces interactions se sont progressivement développés autour de trois lignes conductrices qui hiérarchisent différemment la recherche de progrès scientifique, économique et social.

Le Soin

(Anticiper, prévenir ou soigner le corps humain dans ses dimensions physiques et psychologiques).

Travaux sur la maladie, le handicap et les risques sanitaires.

Travaux sur la connaissance du corps humain (biologie, génétique, neurologie, psychologie, etc.).

La Qualité de Vie

(Prise en compte des composantes « objectives » des interactions entre l'homme et son environnement).

Travaux sur les grands déterminants de la santé et les indicateurs de qualité de vie.

Exemples:
- Les indicateurs économique et sociaux de qualité de vie du rapport Stiglitz [14]
- Les approches environnementales sur la qualité des ressources vitales

Le sentiment de Bien-être

(Prise en compte des composantes « subjectives » des interactions entre l'homme et son environnement).

Travaux sur le sentiment individuel de bien-être et les facteurs de bien-être (par catégories de populations, par territoire, etc.).

Exemples :
Le poids des déterminants de la qualité de vie dans le bien-être ressenti, selon les catégories de populations, INSEE [15].

Une interface entre l'intérêt individuel et la cohésion sociale

En 2011, l'INSEE a mis en place une enquête nationale visant à mieux connaître l'influence de certaines variables sur le sentiment de bien-être des individus[15]. Les premiers résultats montrent que ce ne sont pas seulement les contraintes monétaires et les niveaux de revenus qui vont de pair avec une moindre satisfaction.

*« **La faiblesse des liens sociaux et le stress dans la vie courante jouent autant, voire davantage que les contraintes financières**. Viennent ensuite les difficultés liées à la santé physique, au logement, et à l'insécurité physique et économique. »*

L'OMS insiste de son côté sur le fait que l'environnement social influe fortement sur la santé de l'individu : ***« il est prouvé que les réseaux de relations de solidarités [familiales ou autres], qui permettent de développer un soutien mutuel favorisent le bonheur et la santé ».***

« Les réseaux locaux de solidarité et d'amitiés sont favorisés par l'existence d'activités communes et de lieux de rencontre que sont les écoles, les bureaux de poste, les cafés, les rues sûres et conviviales. Le maintien de tels équipements locaux et de réseaux dépend en partie des politiques du logement, du développement économique et des transports cohérentes sur le long terme. Le soutien social est particulièrement important pour les groupes les plus vulnérables... Ceci ne signifie pas que les politiques publiques « créent » la cohésion sociale. Ce sont les individus eux-mêmes qui choisissent de créer du lien social. Mais elles jouent un rôle par rapport aux possibilités de choix qui s'offrent à la population ». [13]

En excluant le cas des villes insalubres ou dangereuses pour la survie des populations, on peut conclure ici qu'une ville bonne pour la santé des individus est une ville conviviale, propice aux rencontres et au développement de réseaux relationnels, avant même d'être une ville propre et saine.

Dans les années qui viennent, sous nos latitudes, l'un des enjeux majeurs en matière de santé publique consistera sans doute à lutter contre la solitude et l'isolement social (y compris dans les grandes villes si l'on en croit les statistiques).

« Les villes peuvent et doivent être des lieux très animés, qui offrent une grande diversité et la possibilité pour chacun d'élargir son horizon, de rompre avec la tradition ou de faire des rencontres intéressantes. » [13]

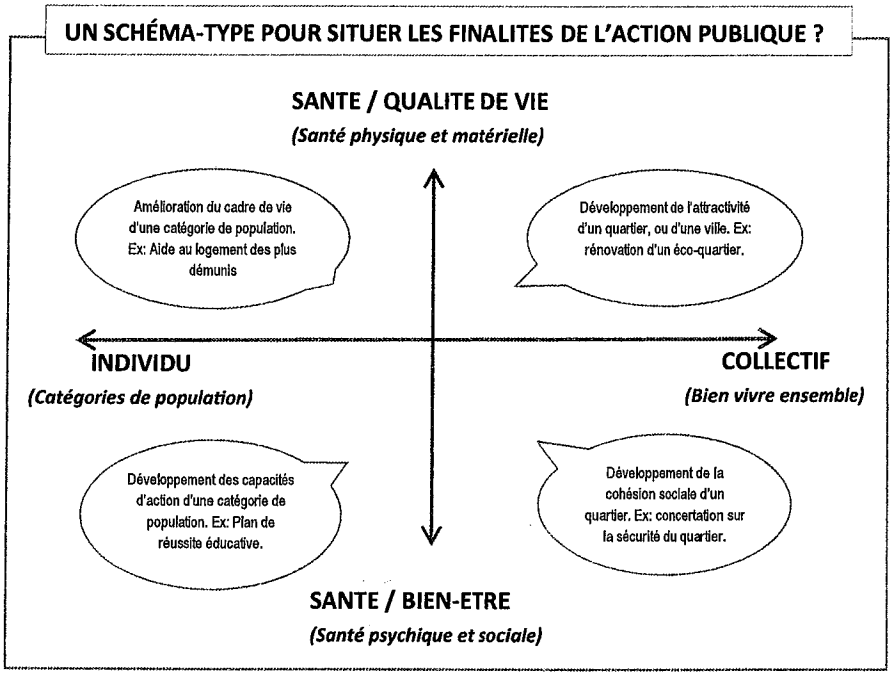
Un puissant moteur de changement et de transversalité

« Elaborer une politique publique consiste d'abord à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir » (P. Muller).

C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action.

Les valeurs sont les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter. Elles définissent un cadre global de l'action publique.

L'introduction de la santé et du bien-être des habitants dans le discours sur les finalités de l'action publique pourrait à lui seul induire un changement de fond.



Sous la conduite scientifique de Christelle Morel-Journel, cinq étudiants du Master ALTERVILLES de l'université de Saint-Etienne ont réalisé un benchmarking de politiques publiques liées au bien-être, en France[3].

Ils ont identifié que les finalités poursuivies par ces politiques oscillent entre l'amélioration du bien-être individuel (elles tentent de satisfaire aux intérêts de chacun en ciblant des groupes sociaux homogènes comme les jeunes ou les femmes par exemple), et l'amélioration du bien-être collectif ou du « bien vivre ensemble ».

Dans le même temps, si certaines politiques se réfèrent explicitement au bien-être ou au bien vivre ensemble comme finalité, d'autres privilégient une approche axée sur la qualité du cadre de vie, c'est-à-dire sur les conditions matérielles d'existence des personnes.

Ces finalités se complètent plus qu'elles ne s'opposent. Elles sous-tendent néanmoins des valeurs, des « idéaux-types » qui influent sur les modalités de l'action publique.

Un « schéma-type » se dégage de ces travaux, susceptible de constituer un vocabulaire commun ou un référentiel commun pour situer les finalités des politiques publiques.

Afficher la santé et le bien-être des citadins comme une finalité transversale aux politiques publiques pourrait induire un réajustement des référentiels sectoriels dans un cadre de valeurs et d'évaluation commun, favorable aux approches transversales et partenariales.

Un nouveau cœur pour le Développement Durable et deux priorités

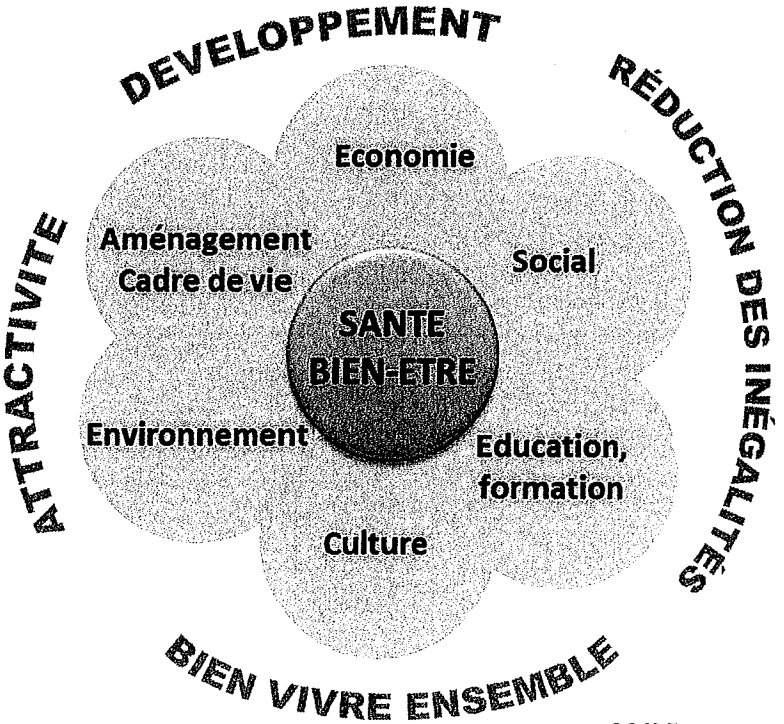
En 1999, le programme Agenda 21, axé sur le développement durable dans la perspective du 21ème siècle reprend : *« les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature »* (11).

Telle que définie par la constitution de l'OMS, la santé concerne non seulement les politiques sanitaires et d'accès au soin, mais également toutes les politiques qui agissent sur l'environnement physique, économique et social de l'individu. De ce fait, la Santé vient au cœur des piliers du Développement Durable.

L'OMS propose ainsi de relier les objectifs abstraits du développement durable à la santé des individus pour assurer une meilleure compréhension des finalités des politiques publiques

« Beaucoup de personnes perçoivent à tort le développement durable comme traitant uniquement des problèmes d'environnement et de leurs implications globales. Par conséquent, ils éprouvent des difficultés à identifier les termes utilisés et à établir un rapport entre le concept et ses implications pratiques. La santé, à l'opposé, est une chose que chacun perçoit de manière intuitive et à laquelle il peut s'identifier : c'est là un concept intrinsèquement lié à l'humain ». (13)

Mettre la santé au cœur des politiques publiques permettrait d'articuler intérêt général et intérêt particulier, rendant ainsi les orientations des politiques publiques locales plus compréhensibles.



En 2000, l'OMS, le bureau régional de l'Europe, le réseau européen Villes-Santé, et des universités en urbanisme et architecture ont approfondi le croisement des thématiques santé et urbanisme(13) . Ils alertent en particulier sur les deux priorités suivantes :

1. Combattre la pauvreté, réduire les inégalités et de la ségrégation sociale

Nul ne peut nier que la pauvreté a des effets graves sur la santé et qu'il s'agit bien là d'une priorité. Mais l'OMS insiste également sur le fait que les inégalités et la ségrégation sociale sont facteurs d'insécurité physique à la fois pour les pauvres et pour les riches. Au-delà du risque physique, elles renforcent un sentiment d'insécurité néfaste au bien-être de chacun, au bien vivre ensemble, ainsi qu'à l'attractivité globale du territoire.

« La pauvreté a des effets graves sur la santé et le bien-être… Les inégalités en matière de santé s'accompagnent d'inégalités dans la qualité de l'environnement de vie, elles-mêmes cause de pauvreté : ces deux types d'inégalité s'aggravent donc mutuellement ».

2. Développer la transversalité des approches et ne pas se limiter à la sphère de l'environnement

« Tous les principaux aspects des politiques d'aménagement ont un effet sur l'état de santé. Améliorer n'importe quel aspect de la santé nécessite une action coordonnée dans une gamme de domaines très large. De plus, les actions menées et limitées à la sphère de l'environnement physique ne s'avèrent jamais suffisantes. Ces actions doivent être compatibles avec d'autres actions liées aux politiques sociales et économiques et aider à les renforcer grâce à une démarche partenariale ».

Focus sur la santé et le bien-être dans l'espace public

La qualité du cadre de vie

Un peu d'histoire locale

Au 18ème siècle, non seulement les hôpitaux structurent la forme de la presqu'île de Lyon, mais les acteurs en charge de ces hôpitaux ont une influence majeure sur son développement, en construisant des ponts, ou en cédant du foncier pour étendre la ville.

Au 19ème siècle, l'influence médicale monte en puissance. Les préoccupations hygiénistes impulsent une nouvelle façon de penser la ville.

Le Préfet Vaïsse, dans une vision hygiéniste mais également militaire, va d'abord s'occuper d'une urgence absolue : l'alimentation générale de la ville en eau (nettoyage des rues, augmentation des besoins industriels, etc.).

Il poursuit par l'assainissement de Perrache et la construction des digues contre les inondations, puis engage l'embellissement de la Presqu'île. Il détruit les immeubles insalubres, élargit les voies pour que l'air et la lumière pénètrent dans les logements, crée le Parc de la Tête d'Or pour que les populations ne disposant pas de jardin puissent « respirer », etc.

Au début du 20ème siècle, le Maire Edouard Herriot, fait de la lutte contre les taudis, sa priorité. L'Exposition Internationale Urbaine, organisée par la ville de Lyon en 1914 est une véritable œuvre de pédagogie sur l'hygiène et la santé, plus que sur l'urbanisme.

Ces brefs rappels historiques mettent en évidence les rapports étroits entre la santé et la morphologie de la ville (forme des objets bâtis, et forme de l'espace entre les objets), ainsi que les réseaux et les modalités de traitement de l'eau et des déchets.

Depuis le 19ème siècle, les actions publiques relatives à la composition et l'aménagement de l'espace urbain n'ont cessé de se complexifier pour s'adapter aux évolutions des techniques, des modes de vie et des usages.

La démographie urbaine a considérablement augmenté, elle s'est également diversifiée. L'espace urbain est devenu le lieu de la rencontre, de l'apprentissage de l'autre, mais aussi du conflit, voire de l'agression.

Dans un contexte d'échange mondialisé et concurrentiel, la qualité de l'espace public compte aujourd'hui parmi les leviers du développement économique des villes et de leurs populations.

Plus récemment, la montée en puissance des préoccupations liées à l'environnement a impulsé de nouvelles approches visant à accentuer la présence de la nature en ville, à limiter les déplacements motorisés, à anticiper les effets du réchauffement climatique, etc.

Hygiène, sécurité, cohésion sociale, développement économique, pollutions en tout genre, autant de composantes qui concernent directement la santé des citadins. Ces composantes se déploient dans de nombreuses politiques publiques et sont prises en compte par les professionnels qui conçoivent l'espace urbain dans le but d'améliorer « la qualité du cadre de vie » des citadins et à fortiori la qualité de l'espace public.

Ces efforts ne sont cependant pas toujours perceptibles pour les habitants dont le rapport à l'espace passe plus par l'expérience sensible et le vécu quotidien, que par l'analyse et la mesure objective de « critères qualité » rationnels et techniques.

Le sentiment de bien-être

Récemment, de nouvelles approches encore expérimentales et non stabilisées sur le plan méthodologique, tentent d'appréhender les dimensions psychiques du rapport de l'individu à l'espace public.

Elles s'intéressent à la façon dont les individus « ressentent » leur environnement et ce qui favorise chez eux un sentiment de bien-être, composante majeure de la santé définie par l'OMS.

Cette recherche des facteurs-clés du sentiment de bien-être ou de mal-être de l'individu dans l'espace urbain réinterroge et complète la notion de « qualité urbaine ».

Cette dernière semble relever au final non seulement des dimensions fonctionnelles, morphologiques, esthétiques et symboliques de l'espace, mais également de sa maintenance et de son animation quotidienne.

En lien avec la Direction de la Propreté du Grand Lyon et la mission Part Dieu, l'Agence a conduit avec son réseau scientifique différents travaux ayant trait à la prise en compte de la notion de bien-être dans l'aménagement et la maintenance quotidienne des espaces urbains extérieurs [1].

Ces travaux ont permis d'identifier quatre variables clés du sentiment de bien-être dans l'espace urbain[2].

L'éventail de l'offre des « possibles » en termes de pratiques urbaines : variété des rythmes et des typologies d'espaces accessibles, offres de mobilités, d'activités marchandes ou de loisirs, etc. / L'individu peut choisir par lui-même, il n'est pas contraint, ses possibilités d'actions sont augmentées, d'où un sentiment de liberté, d'autonomie, de maîtrise.

Le niveau de confort offert : sécurité du corps et des mouvements, « marchabilité », données sensorielles (bruit, chaleur, vent, lumière, etc.), propreté, présence du végétal. Autant d'éléments qui donnent le sentiment d'être accueilli, respecté.

L'offre « d'expériences esthétiques » : tous les éléments de décors susceptibles d'accrocher, d'interpeller le regard, de solliciter l'imagination, de rompre l'ennui, y compris les animations ou évènements qui sollicitent la dimension créative et affective de l'être humain.

La présence d'éléments remarquables ou de repères symboliques, permanents ou temporaires, qui permettent de retrouver ou de projeter une part de son identité culturelle ou affective, de faciliter l'apprentissage du quartier, de créer un sentiment de familiarité avec les lieux.

Penser l'espace urbain à partir des interactions entre l'homme et son environnement conduit à considérer cet espace comme une ressource dont les usagers vont se saisir, ou pas, selon leurs besoins, leurs intentions, leurs disponibilités, à un moment donné.

De plus, « le sentiment d'être bien dans l'espace urbain », tant dans ses dimensions physiques que psychiques, impacte directement sur les comportements du passant : la façon dont il bouge, se déplace, se comporte vis-à-vis d'autrui. Les comportements des passants influent réciproquement sur la perception individuelle de la qualité de l'espace. L'individu apparaît donc lui-même partie prenante de la création continue de la qualité de l'espace urbain.

« Un plan santé à l'échelon de la ville est bien plus qu'une simple description figée ou un inventaire traitant des problèmes, ressources et solutions. C'est l'opportunité de redécouvrir le fait que les individus ont un rôle à jouer : celui de rendre les villes plus porteuses de santé et de promouvoir un développement plus durable.»[13]

Une approche qui invite à reconsidérer le rôle du citadins dans la production de la qualité

Le sentiment d'avoir la capacité d'agir sur sa propre vie est l'une des composantes importantes de la santé. C'est notamment ce qui permet à l'individu de prendre soin de sa propre santé et d'adopter des comportements sains. Sa perte peut conduire à la dépression, l'addiction, voire au suicide.

L'OMS et le réseau Villes-Santé, préconisent ainsi de conduire les usagers à définir eux-mêmes leurs priorités et le niveau de leurs attentes. La commission européenne a développé la méthode « SPIRAL », destinée à faciliter la mise en place de telles démarches participatives.

Les critères et le niveau de qualité attendu peuvent être prédéfini avec les usagers sur une place ou un quartier par exemple. Ceci permet ensuite d'adapter les aménagements et de moduler les services publics au regard des pratiques et des attentes, qui peuvent être chaque fois différentes.

Dans le cadre d'un programme de recherche de l'ADEME, l'Agence s'est associée à une équipe de scientifiques pour conduire des enquêtes auprès d'habitants de La Part Dieu et organiser une rencontre entre professionnels autour du thème « Habiter Lyon aujourd'hui. Evaluation du bien-être par l'engagement habitant ». [5]

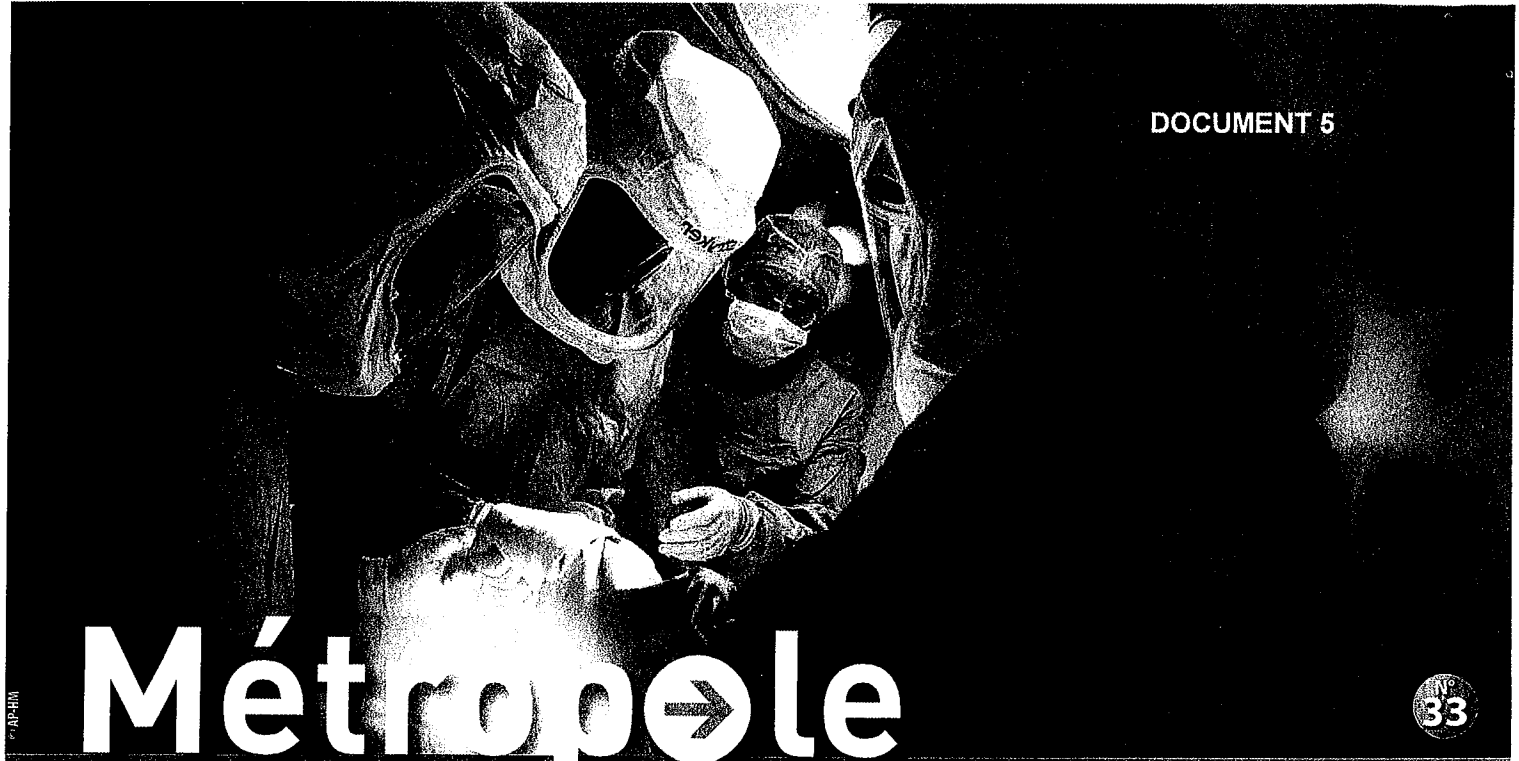
Carole Marie, chercheure en charge de conduire les enquêtes note que la capacité d'agir, ou au moins d'interagir avec son environnement est un facteur de bien-être[4] : *« L'analyse tend à montrer ainsi que l'environnement possède un potentiel d'engagement dont chacun se saisit en fonction de ses besoins et de ses attentes, de sa situation sociale et de son vécu. Dans cette perspective, l'appropriation d'un lieu peut être vue comme un processus permanent d'ajustements, de résistances et d'engagements dans l'espace, qui sont mis en place par les individus dans leurs pratiques des lieux, en vue de s'y sentir bien… Au-delà d'un rapport fonctionnel et affectif, on en vient donc à lier le bien-être à la possibilité d'interagir avec son milieu spatial et son cadre de vie ».*

Il ne s'agit plus de normer les comportements, mais de multiplier les possibilités d'actions des individus sur leur propre environnement.

A l'issue de l'atelier professionnel, Guillaume Faburel, professeur à l'IUL et pilote scientifique de cette recherche, conclue[5] : *« Il conviendrait ce faisant de sortir de la vision très simplifiée du projet d'aménagement et de la décision publique (distribués en séquences et en catégories d'acteurs), pour considérer que la ville est en permanence co-produite par différents acteurs, qu'ils soient publics ou privés, individuels ou collectifs, humains ou techniques ».*

Ainsi liée à la capacité d'agir, la prise en compte de la santé des individus invite à développer de nouvelles formes d'action publique en collaboration avec des cercles d'acteurs « parties prenantes », et donc co-responsables des résultats obtenus.

Au-delà de créer d'améliorer les services rendus aux populations et aux entreprises, il y serait question « d'enrôler » les acteurs individuels et collectifs (au sens de leur donner un rôle) dans la fabrique quotidienne d'une ville où il fait bon vivre.



Métropole

n° 33

LA LETTRE D'INFORMATION DE L'AGAM ➔ www.agam.org

AGENCE D'URBANISME DE L'AGGLOMÉRATION MARSEILLAISE

mars 2012

LA SANTÉ AU CŒUR DE L'URBANISME DE DEMAIN

Edito

Les enjeux liés à la santé sont multiples. Et le renforcement du lien entre urbanisme et santé interroge des prérogatives exercées à la fois par les autorités locales et nationales et par les professionnels.

Même le vocabulaire s'en mêle avec le recours aux mêmes mots, aux mêmes concepts : à la planification urbaine classique répond aujourd'hui une planification plus récente de l'offre de soins.

Tout le monde est convaincu que le fonctionnement de la ville et son organisation ont des dimensions sanitaires.

Il ne s'agit pas, pour autant, que l'urbaniste s'érige en médecin. Mais toutes les réponses aux questions posées en ce domaine ne sont pas apportées par la médecine. Beaucoup le sont, aujourd'hui, par (ou en partenariat avec) les collectivités locales. Il en va ainsi, par exemple, des "Ateliers de santé" qui marquent la volonté d'intervenir sur des territoires infra-communaux que sont les quartiers.

A travers son investissement dans la relation entre ville et santé, l'Agam entend prendre l'exacte dimension de la filière sanitaire. Et apporter son expertise à ses partenaires, qu'il s'agisse de déclinaisons spatiales ou de projet urbain, d'enjeux de société (les problématiques liées au vieillissement et à la dépendance notamment), de politique de la ville, de développement économique, d'insertion de l'hôpital dans la ville et de son accompagnement en matière de transports, de services ou de logements.

L'histoire urbaine doit beaucoup au commerce, qui en a été le fait générateur. L'évocation de la richesse des villes hanséatiques reste ainsi imprégnée du rôle des foires dans la constitution d'un réseau de villes puissant.

Qu'en est-il au XXIe siècle ? La santé n'est-elle pas devenue, à son tour, l'un des principaux marqueurs de la ville moderne ? La question paraît d'autant mieux fondée que celle-ci joue un rôle toujours plus important dans la ville, qu'il s'agisse de sa forme urbaine et de son fonctionnement, de son équilibre social, de son attractivité ou de son développement économique. Elle se pose avec d'autant plus de force, à Marseille, que l'impact de la santé y est particulièrement fort dans tous les domaines de la vie collective ou personnelle – l'offre de soins, notamment, s'impose de plus en plus comme un critère d'implantation résidentielle…

La "filière santé" représente ici plus de 46000 emplois et 14% de l'emploi total (330000). Soit un taux bien supérieur à celui de la plupart des autres villes françaises où il oscille entre 8 et 12%. Encore ces chiffres ne correspondent-ils qu'aux emplois d'aujourd'hui. Car de forts gisements existent en ce domaine pour faire face, par exemple, au vieillissement et à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes. Des personnes dont la prise en charge va nécessiter une augmentation significative des places en institution, de l'aide à domicile et des professions de santé elles-mêmes.

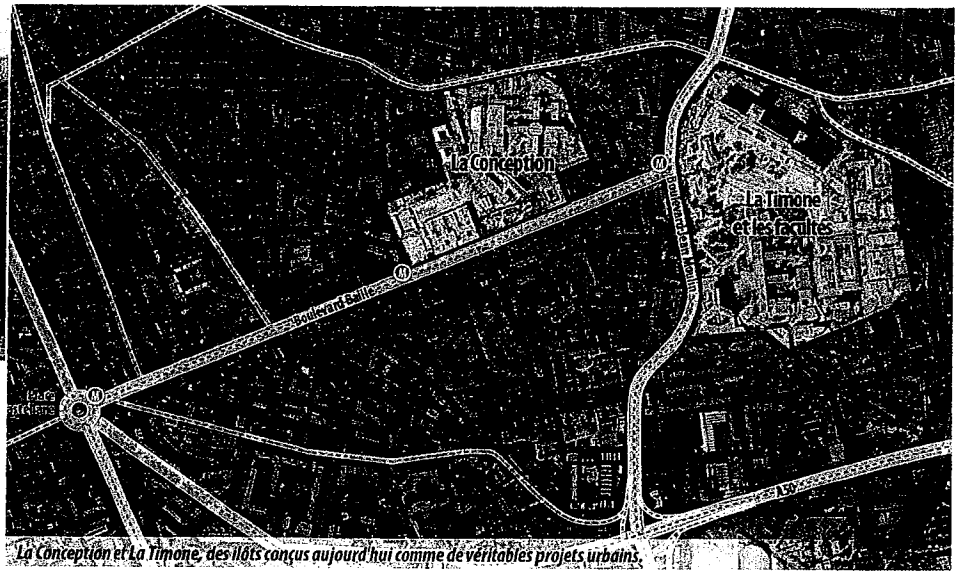
Projet urbain

Cette filière représente aussi un secteur clef d'innovation et de développement pour l'économie de la connaissance. A cet égard, le potentiel local est exceptionnel avec la présence de nombreux laboratoires et instituts de recherche, d'un tissu hospitalo-universitaire parmi les plus denses de France et de nombreuses entreprises.

Ce n'est pas un hasard si Marseille a reçu la principale dotation du grand emprunt dans le

© C+T Architectures et Rigal et Bargos Architectes

Futur hôpital Euroméditerranée Desbief-Paré.



La Conception et La Timone, des îlots conçus aujourd'hui comme de véritables projets urbains.

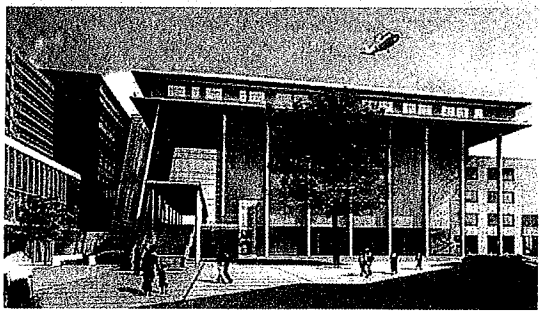
domaine de la santé pour la construction d'un Institut Hospitalo-Universitaire sur plus de 20 000 m². Dédiée aux "maladies infectieuses", cette structure, unique en Europe, sera implantée à la Timone.

En termes d'enjeux spatiaux, la santé occupe aussi une place centrale dans les villes. Les hôpitaux sont en effet des éléments urbains importants, installés sur des îlots entiers. Ils génèrent de part leur fonctionnement, un nombre de flux important. Et notamment pour le transport des personnels, des patients ou de leurs proches.

Cette prise de conscience conduit ainsi à concevoir l'hôpital sous l'angle d'un véritable projet urbain afin de favoriser la continuité avec la ville elle-même. Comme on le ferait pour un véritable quartier, avec ses espaces spécialisés et ses fonctionnalités.

La preuve ? Les établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille dans le secteur Centre (la Timone et la Conception) jouent un rôle structurant majeur dans le fonctionnement des quartiers environnants, qu'il s'agisse de la demande de logements, de l'offre de services et des activités d'accompagnement, mais aussi en matière de circulation et de stationnement.

Projet BMT : bâtiment médico-technique de la Timone –
AP-HM - Samir FARAH architecte et Bureau d'Etudes JACOBS France



Il en ira de même en 2013 avec l'ouverture du nouvel hôpital Desbief-Paré, au cœur d'Euroméditerranée. Édifié sur un îlot entier à l'angle des rues Peyssonnel et Clary. Ce dernier permettra de rééquilibrer l'offre hospitalière dans la partie nord de la ville.

Il jouera aussi un rôle puissant en termes de développement urbain à travers le coût des travaux (près de 300 millions d'euros) et le potentiel d'emplois. On évalue en effet à 1 000 emplois directs environ et à plusieurs centaines d'emplois indirects son "poids" en ce domaine. Sans compter l'école d'infirmière qui sera construite à proximité.

Marseille pionnière avec ses "Ateliers santé ville"

L'accès aux soins constitue de toute évidence l'un des enjeux majeurs de l'organisation et du développement des villes de demain. Car il est "sorti" des seules zones rurales pour gagner aujourd'hui les espaces urbains.

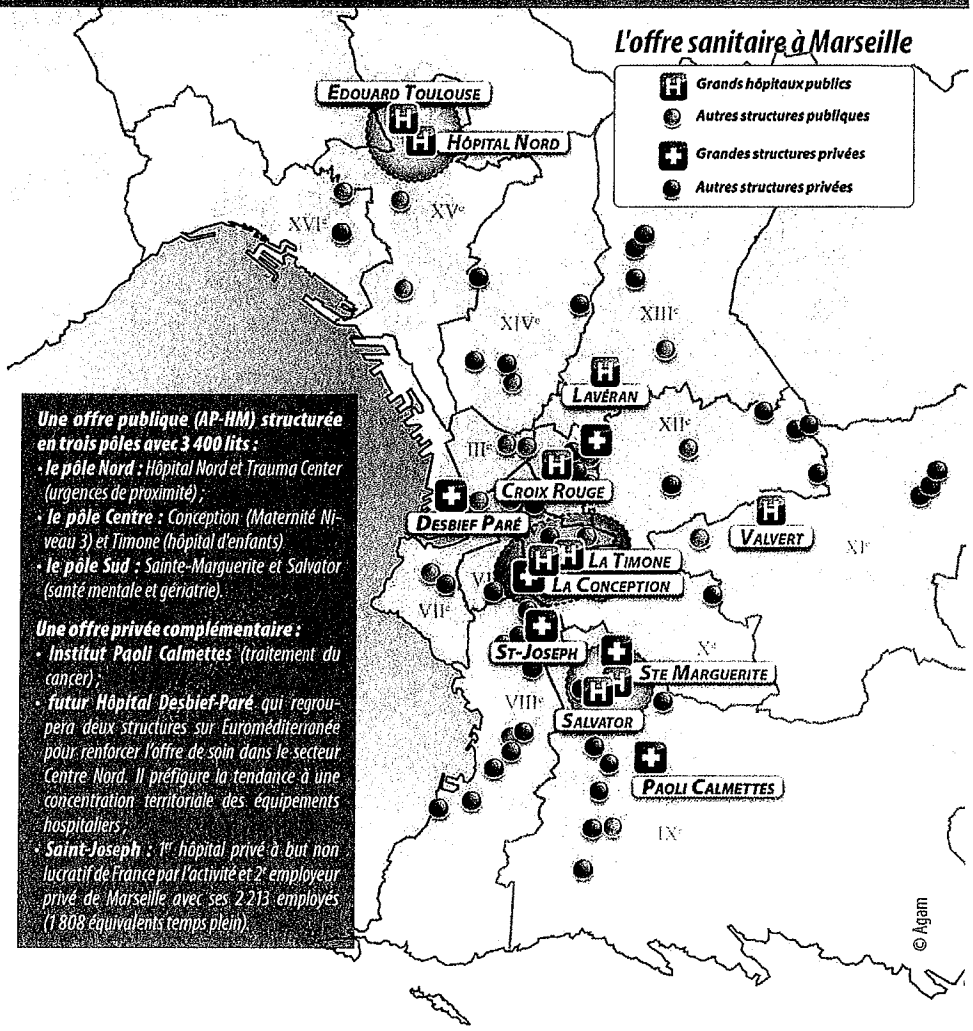
La désertification médicale, au sein de quartiers densément bâtis, est ainsi une réalité que connaît Marseille. Une situation que compliquent encore les problématiques complexes de leurs habitants par la combinaison de facteurs sociaux, urbains, sanitaires, etc. Dans ce contexte, la construction d'un socle de connaissance partagée s'impose pour l'ensemble des acteurs de la politique de la ville. A ce titre, la montée en puissance d'une dimension sanitaire dans celle qui est conduite à Marseille ne doit rien au hasard. La santé est en effet l'une des thématiques prioritaires au sein du Contrat urbain de cohésion sociale.

Au croisement des politiques publiques de santé et des démarches de développement local des quartiers, elle s'appuie largement sur les travaux des "Ateliers santé ville". Une démarche dans laquelle Marseille s'est imposée comme une ville pionnière avec trois ateliers initiés dès 2002. Lieux d'échanges, de veille et de mutualisation des connaissances, ils ont notamment comme mission "d'identifier, au niveau local, les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie". Les champs d'investigation y sont à l'évidence nombreux et les partenariats constitués ouvrent des voies nouvelles.

À l'évidence, la santé constitue un enjeu majeur de cohésion sociale. Si l'équilibre social d'un territoire est une préoccupation historique des politiques publiques, son expression en matière de santé se réinvente en effet. Et les objectifs poursuivis sont de deux ordres : une équité dans l'accès aux soins d'une part et une réponse aux problématiques spécifiques des populations fragilisées d'autre part.

Déterminants

De fait, l'accès aux soins repose d'abord sur la capacité des habitants eux-mêmes à mobiliser l'offre existante. Une capacité souvent réduite du fait, notamment, de freins financiers ou d'une éducation à la santé défaillante. Elle dépend aussi de leur répartition géographique. Cette préoccupation, qui prévalait naguère dans les zones rurales, existe désormais aussi dans les espaces urbains. La désertification médicale dans des quartiers densément bâtis et habités est une réalité que connaît Marseille.



Car les déterminants socio-économiques, culturels, démographiques, politiques et sanitaires influent évidemment sur notre santé. La qualité de l'air, la disponibilité d'une eau potable en quantité et en qualité suffisantes, l'insalubrité des logements, le stress urbain, les risques naturels et anthropiques sont porteurs d'une forte dimension sanitaire. Et dépendent de bien d'autres facteurs que seulement médicaux. A commencer par la réduction de l'habitat insalubre.

La connaissance et la maîtrise des risques à l'intérieur de ces logements constituent des enjeux majeurs pour la sécurité sanitaire des personnes. Le manque d'aération et d'ensoleillement, les problèmes d'humidité ou de saturnisme peuvent entraîner aussi des conséquences directes sur la santé de leurs occupants : allergie respiratoire, crise d'asthme, saturnisme infantile, notamment.

Les Agences régionales de santé au cœur d'un nouveau dispositif

La mise en œuvre de la loi "Hôpital, Patient, Santé et Territoire" du 21 juillet 2009 place au même niveau une meilleure approche territorialisée de l'offre de soins et une plus grande maîtrise des dépenses de santé. La création des agences régionales de santé, au mois d'avril suivant, constitue la clef de voûte de cette nouvelle organisation.

Celle-ci est ainsi devenue pour l'ensemble des partenaires impliqués, l'interlocuteur unique chargé du pilotage du système de santé et de la mise en œuvre de la politique de santé publique dans la région. Une action qu'elle conduit en tenant compte de ses spécificités et de ses territoires. Un diagnostic des inégalités a d'ores et déjà été engagé par un groupe de travail auquel participe l'Agam, afin de définir les objectifs du prochain Contrat local de santé qui sera signé avec les collectivités territoriales.

Par ailleurs, l'agence régionale de santé est chargée d'organiser l'offre de soins. Et donc de coordonner l'action des hôpitaux, des cabinets médicaux de ville et des structures médico-sociales. L'occasion de resserrer les liens entre deux planifications, urbaine d'un côté, spécifique à l'offre de santé de l'autre, et d'ouvrir de nouveaux domaines d'intervention. Sans compter que la santé constitue l'un des trois piliers du développement durable.

Dès 2002, la Ville de Marseille s'est ainsi engagée dans une démarche ambitieuse d'éradication de cet habitat avec l'appui de nombreux partenaires. Les succès significatifs ont permis la reconduction du protocole en 2008. Le Programme Local de l'Habitat (PLH) de MPM, arrêté à la mi-février, en a repris les objectifs. Plus de 700 logements ont ainsi été répertoriés – dans le centre-ville, le IIIe et le sud du XVe arrondissement en priorité.

Organisation urbaine

La forme et l'organisation urbaines constituent un autre levier pour favoriser la prise en compte des questions de santé. À travers sa révision, le Plan local d'urbanisme entend ainsi privilégier la compacité et la proximité en matière de développement, ainsi qu'une approche nouvelle de la nature en ville.

De même affirme-t-il le lien entre déplacements et urbanisme. L'objectif est clair : réduire la vulnérabilité du territoire et limiter l'impact des nuisances urbaines à travers diverses initiatives. À commencer par la constitution de façades urbaines d'activités autour des grandes infrastructures afin de lutter contre le bruit, par la mise en place d'une organisation urbaine susceptible d'optimiser les déplacements de proximité et par une végétalisation permettant d'atténuer les effets de réverbération.

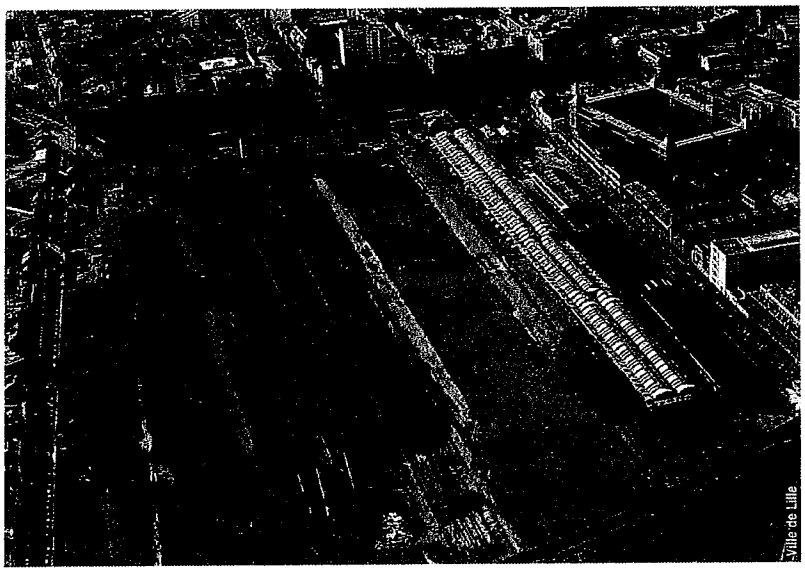
Quant à la pollution de l'air, les moyens pour la combattre sont connus : réduction du trafic automobile, végétalisation destinée à fixer certains polluants, localisation préférentielle des opérations résidentielles en retrait des grandes infrastructures, mixité fonctionnelle pour diminuer le nombre et la longueur des trajets, etc. Leur engagement s'impose d'autant plus ici, que l'espace marseillais reste confronté à un taux d'ozone élevé. Une situation qui est le fruit, exacerbé par les effets du soleil, de la transformation des polluants des industries autour de l'étang de Berre.

Directeur de la publication : Christian Brunner
Conception / rédaction : Agam
Marseille - Mars 2012

Louvre et paix - 491 la canebière - BP 41858 - 13222 marseille cedex 01 - Tél. 04 91 39 22 02 - e-mail : agam@agam.org - http://www.agam.org
AGENCE D'URBANISME DE L'AGGLOMÉRATION MARSEILLAISE

Lille, la santé au cœur des projets d'aménagement

Gaëtan Cheppe[1]
Delphine Forestier[1]
Ville de Lille



La friche Saint-Sauveur, un nouveau quartier en projet intégrant la santé.

Comment prendre en compte la santé dans les projets d'aménagement ? La ville de Lille livre un témoignage intéressant à travers deux exemples : l'évaluation des pressions environnementales dans le cadre d'un projet de requalification urbaine et la mise en place d'une Évaluation d'impact sur la santé (EIS) dans le cadre d'un projet de reconversion industrielle et d'aménagement urbain.

Depuis plusieurs années, Lille s'engage dans l'intégration de la santé-environnement au sein des projets d'urbanisme. La ville a, par exemple, mis en œuvre une opération pilote sur le quartier du Faubourg de Béthune prenant en considération la qualité de l'air et le bruit lors du réaménagement de la zone. Il s'agissait des prémices de la démarche globale que la ville expérimente, aujourd'hui, dans l'aménagement de la friche Saint-Sauveur.

Le réaménagement d'un quartier guidé par des indicateurs santé-environnement

Le quartier du Faubourg de Béthune, aménagé après la Seconde Guerre mondiale, comporte de nombreux immeubles d'habitat à vocation sociale, des écoles et une crèche. Il fait l'objet d'un projet de requalification urbaine qui devrait entrer en phase opérationnelle dans le cadre du NPNRU[2]. La zone, bordée par l'autoroute (construite postérieurement aux logements) et par d'importants axes de transports, est confrontée à des nuisances sonores et à une possible surexposition à la pollution atmosphérique. Ainsi, dans le cadre du réaménagement, il est apparu important de prendre en compte la qualité de l'air et le bruit.

Grâce aux subventions apportées par l'Ademe et le conseil régional Nord-Pas-de-Calais, un projet d'évaluation des pressions environnementales – liées à la qualité de l'air et au bruit – a pu voir le jour. Le dispositif mis en œuvre, s'est articulé en trois phases[3] :

- Dans le diagnostic, des campagnes d'acquisition air et bruit ont été menées sur le site ainsi que la collecte de données utiles à la modélisation. Elles ont permis la réalisation de deux modélisations 3D de l'état initial, l'une pour le bruit et l'autre pour l'air (Cadna pour le bruit et le modèle de dispersion MSS pour l'air).
- Lors de la conception, par la prise en compte de ces facteurs environnementaux dans la définition des usages des secteurs et la réalisation du plan masse par un cabinet d'urbanisme (l'Atelier Ruelle) ;
- Pour l'évaluation de la conception (en cours), une dernière phase de modélisation en 3D (bruit et air) permettra de vérifier que le plan masse répond bien aux enjeux identifiés.

L'étude, par la modélisation 2D puis 3D, a permis d'objectiver les distances et les niveaux de nuisances selon les caractéristiques des logements (hauteur, forme etc.). Ces modélisations 3D ont favorisé la mise en lumière des impacts différents selon les zones étudiées, tant horizontalement que verticalement. Ainsi, des « points noirs bruit » ont été identifiés dans les étages supérieurs de plusieurs bâtiments (5 % des logements). Pour le volet Air, des effets de stagnation de pollution en pied d'immeubles ont été identifiés.

(1) Service Risques urbains et Sanitaires, direction Habitat.
(2) Nouveau programme national de rénovation urbaine.
(3) Pour ces trois phases, la maîtrise d'ouvrage s'est fondée sur l'expertise de trois bureaux d'études techniques (Acouphen pour le bruit ; groupement Cap environnement et Aria Technologies pour l'air).

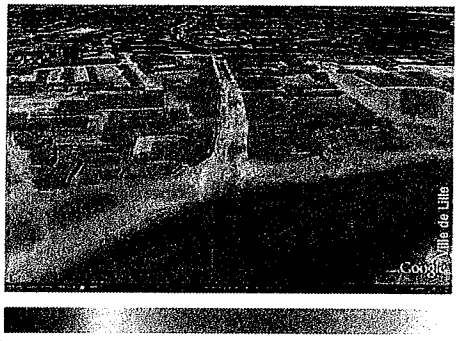
Actuellement en cours de réalisation, la conception urbaine peut, aujourd'hui, tenir compte de cette analyse dans le choix d'orientation des futurs programmes (logements, écoles, crèches) et des dispositifs paysagers. Un des apports des modélisations est en effet de pouvoir « calibrer » des solutions d'aménagement adaptées au regard, à la fois, des nuisances sonores et de la qualité de l'air. Car, si les solutions proposées fonctionnent bien souvent en synergie – la préconisation de garder une distance entre la source et les usages est commune aux deux thèmes –, elles peuvent parfois être antagonistes : confiner les îlots pour réduire la nuisance sonore peut accentuer la concentration de polluants. Enfin, grâce à ce retour d'expérience positif, la ville de Lille – en partenariat avec Lille Métropole Communauté urbaine et la SPL Euralille – envisage de développer une démarche identique sur un autre projet de réaménagement (Euralille 3000) situé, aussi, à proximité immédiate d'une voie routière majeure.

La santé des populations, un enjeu du futur quartier Saint-Sauveur

Les grands projets d'aménagement urbain ont un impact non seulement sur l'environnement, le tissu socio-économique local mais également sur la santé et le bien-être global des habitants et usagers. Consciente de ces impacts, la ville de Lille a souhaité mettre en place et déployer une démarche santé-environnement globale et intégrée[4] à l'échelle de deux de ses projets urbains phares : Euralille 3000 et Saint-Sauveur.
Porté par la ville de Lille et Lille Métropole Communauté urbaine et séquencé pour une durée de 15 ans à partir de 2016, le projet Saint-Sauveur est un projet de quartier de ville intense et plurifonctionnel : 2400 logements, 40000 m² d'espaces de travail, 30000 m² de commerces et d'activités. Friche industrielle de 23 ha issue de l'exploitation d'une gare de fret, le projet[5] se caractérise par une mixité programmatique et des ambitions fortes en termes de sobriété et de qualité de vie.
Ainsi, la maîtrise d'ouvrage a souhaité mettre la santé des futurs habitants au cœur des enjeux de l'aménagement de la friche Saint-Sauveur. Dans ce contexte, la mise en place d'une Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est apparue pertinente. Cette approche transversale – encore très peu répandue en France – permet d'étudier les projets d'aménagement sous l'angle des bénéfices pour la santé et le bien-être des populations.
Encore au début de sa phase de création, le projet présente une temporalité adéquate au lancement d'une telle démarche. Pour ce faire, la ville de Lille a choisi de s'entourer de partenaires experts pour son montage et sa mise en œuvre : L'École des hautes études en Santé publique (EHESP) – en tant que laboratoire référent pour le développement de la méthodologie d'EIS en France – et l'Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais, pour l'élaboration des outils d'évaluation, les premières phases d'évaluation, ainsi que pour la formulation de recommandations à différentes étapes du projet d'aménagement.
La finalité de cette EIS est multiple. Il s'agit, avant tout, de maximiser les impacts positifs du projet Saint-Sauveur sur la santé des populations (futurs habitants et usagers, mais également riverains), et de s'assurer que le projet ne sera pas générateur d'inégalités mais, bien au contraire, de mixité et d'articulation de quartiers socialement et économiquement contrastés. De manière plus globale, cette première expérience de collaboration et ce travail itératif mené avec l'aménageur et le concepteur, permettra de déterminer le possible déploiement de cette démarche à plus large échelle, pour les futurs projets d'aménagement du territoire lillois.

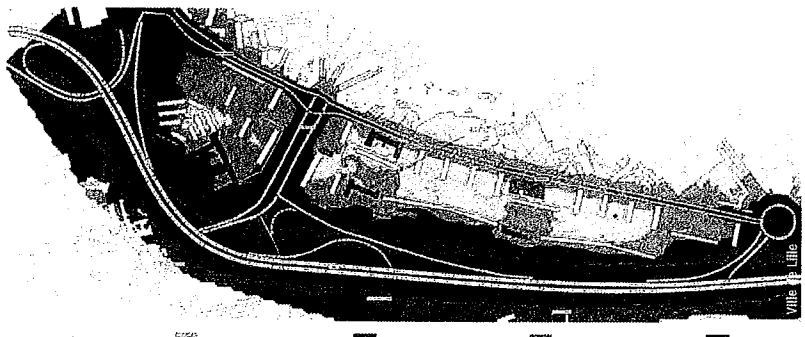
(4) Cette démarche répond aux axes prioritaires en matière d'urbanisme et santé du 2e plan national Santé Environnement (PNSE) et du 2e plan régional Santé Environnement (PRSE). Elle s'inscrit, également, dans les engagements de l'Agenda 21 Santé de la ville de Lille et fait l'objet d'un soutien financier de l'ARS Nord-Pas-de-Calais.
(5) Le projet est confié à l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine Gehl Architectes.

Modélisation 3D de la qualité de l'air pour l'état initial pour le NO_2



40 30 20 10 0 µg/M³

Modélisation 2D du bruit pour l'état initial pour l'indicateur LAeq



> 55.0 dB > 60.0 dB > 65.0 dB > 70.0 dB > 75.0 dB

DOCUMENT 7

Le territoire au service de la santé ? Aménagement, urbanisme et santé publique. L'exemple de la santé infantile à Villeurbanne.

Les Cafés Géo, 23 septembre 2014 -
http://cafe-geo.net

Céline Broggio, géographe, Université Jean Moulin Lyon 3
Virginie Chasles, géographe, Université Jean Moulin Lyon 3
Sophie Pamiès, médecin, Direction de l'écologie urbaine (Lyon)

Les Cafés Géo de Lyon accueillent le 26 mars 2014 à 18h au Café de la Cloche, deux maîtres de conférences en géographie Virginie Chasles et Céline Broggio de l'Université Jean Moulin Lyon 3 et Sophie Pamiès, médecin territorial, médecin directeur de l'Ecologie urbaine à Lyon. Ce Café Géo vise à articuler des discours scientifiques et une pratique de terrain. Il s'agit d'articuler un champ de la géographie (la géographie de la santé) et un terrain d'action (le quartier des Buers à Villeurbanne), et de voir s'il est possible de mobiliser le territoire pour préserver et améliorer la santé des populations concernées. Cette question est ancienne mais est renouvelée par des enjeux de santé, notamment le surpoids et l'obésité. Ce propos vise alors à relier les facteurs individuels mais aussi le rôle du territoire comme déterminant de santé. De ce fait, l'intervention s'organise en trois temps : en premier lieu, il s'agit de présenter le territoire comme un élément déterminant de la santé ; ensuite, l'objectif est d'expliquer pourquoi l'obésité (et plus particulièrement infantile) est un enjeu de santé publique majeur et enfin, la présentation du terrain d'action ouvre la réflexion sur la problématique de l'urbanisme favorable à la santé.
Virginie Chasles nous propose un aperçu théorique de la géographie de la santé face à un déterminant de santé : le territoire. Elle s'appuie sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour s'extraire d'une approche purement médicale et mettre en lumière le rôle de l'individu et des contextes : « *la santé est un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition de la santé invite à s'intéresser à la multiplicité des facteurs qui l'influencent. Parmi eux, peuvent être cités : le patrimoine biologique, les facteurs sociaux et les déterminants territoriaux (qualité du logement, qualité des équipements, aménités environnementales, pollutions, mais aussi offre de soins et de services).

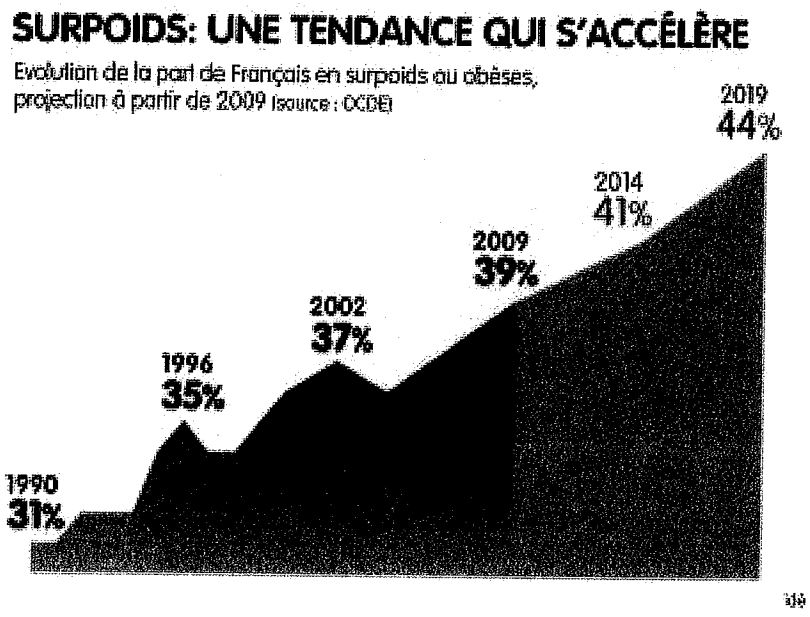
Ainsi, le territoire influence à la fois la santé des individus. Le territoire influence par exemple l'activité physique : il peut soit faciliter, soit contraindre l'adoption de comportements favorables à la santé. Il s'agit là d'un enjeu de santé publique majeur puisqu'il concerne les enfants (prévention de l'obésité), les adultes (prévention des maladies chroniques et cardio-vasculaires) et les personnes âgées (lutte contre la dépression et la perte d'autonomie). Ainsi, si la pratique d'une activité physique est liée à des motivations individuelles, elle est aussi liée aux aménagements proposés aux individus. De ce point de vue, la propension à marcher pour se déplacer est associée à trois facteurs de l'environnement urbain : la densité bâtie (l'augmentation de la densité accroît l'importance de la mobilité piétonne), la proximité des services et la mixité des usages (la mixité résidentielle et commerciale est favorable à la mobilité). D'autres éléments jouent aussi un rôle comme les espaces verts, la qualité des cheminements, l'accessibilité, la sécurité notamment ressentie... La combinaison de ces facteurs permet de mesurer le niveau de marchabilité des espaces. Il a été montré qu'une augmentation de 5 % de ce niveau de marchabilité était associée à une hausse de 30 % du temps individuel de transport actif (marche, vélo...), participant à la réduction des risques sanitaires liés à l'insuffisance d'activités physiques et, aussi, à la réduction des émissions de

gaz à effet de serre. En effet, plus les modes de transports actifs augmentent, moins les autres modes de transports sont mobilisés.

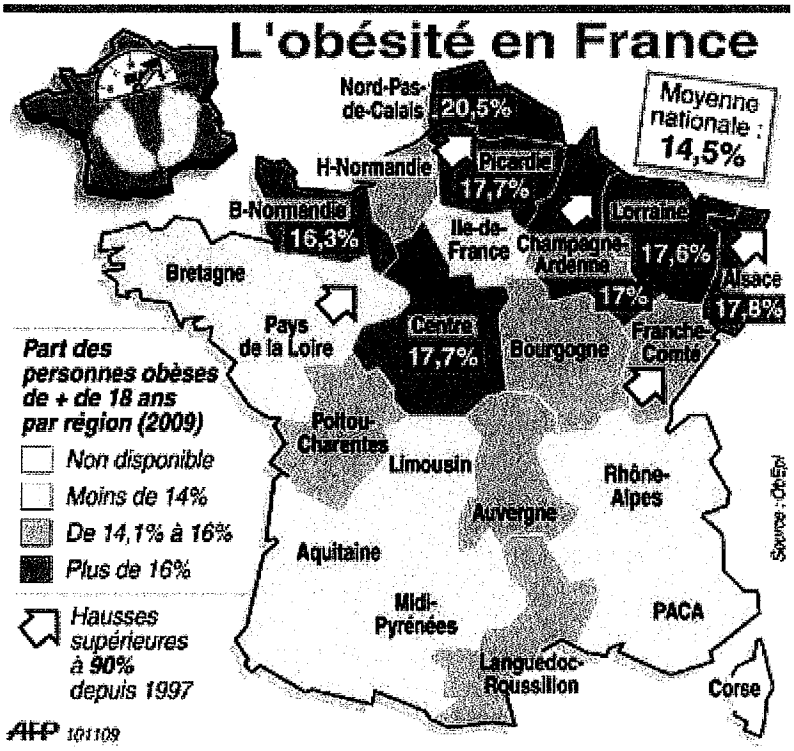
L'aménagement du territoire joue également un rôle sur la santé des populations à travers les bienfaits sanitaires de la nature en ville. La nature en ville encourage la mobilité physique, mais elle réduit aussi les nuisances sonores et réduit ainsi les troubles extra-auditifs comme les troubles du sommeil, l'hypertension et les troubles dépressifs. La nature en ville favorise aussi la régulation thermique de l'îlot de chaleur urbain et atténue ainsi certains risques sanitaires, et notamment en cas de pollution ou de canicule (hyperthermie, déshydratation...).

Un deuxième exemple peut être évoqué : l'impact de la dégradation (sociale, fonctionnelle) des lieux sur la santé mentale. De ce point de vue, la qualité des environnements sociaux influence les relations sociales. Or, l'isolement ou la marginalisation sont des facteurs dégradants de la santé (adoption de comportements à risque, moindre recours aux soins). Cet aspect est particulièrement important pour les personnes vulnérables (personnes à mobilité réduite, âgées, précaires...), qui ont un faible capital mobilitaire, et peuvent percevoir leur environnement comme anxiogène et incapacitant. A ce sujet, l'étude RECORD menée en Ile-de-France a montré que les habitants de quartiers défavorisés souffrent davantage d'hypertension. De même, la cohorte SIRS souligne que les troubles dépressifs sont plus importants dans les Zones Urbaines Sensibles.

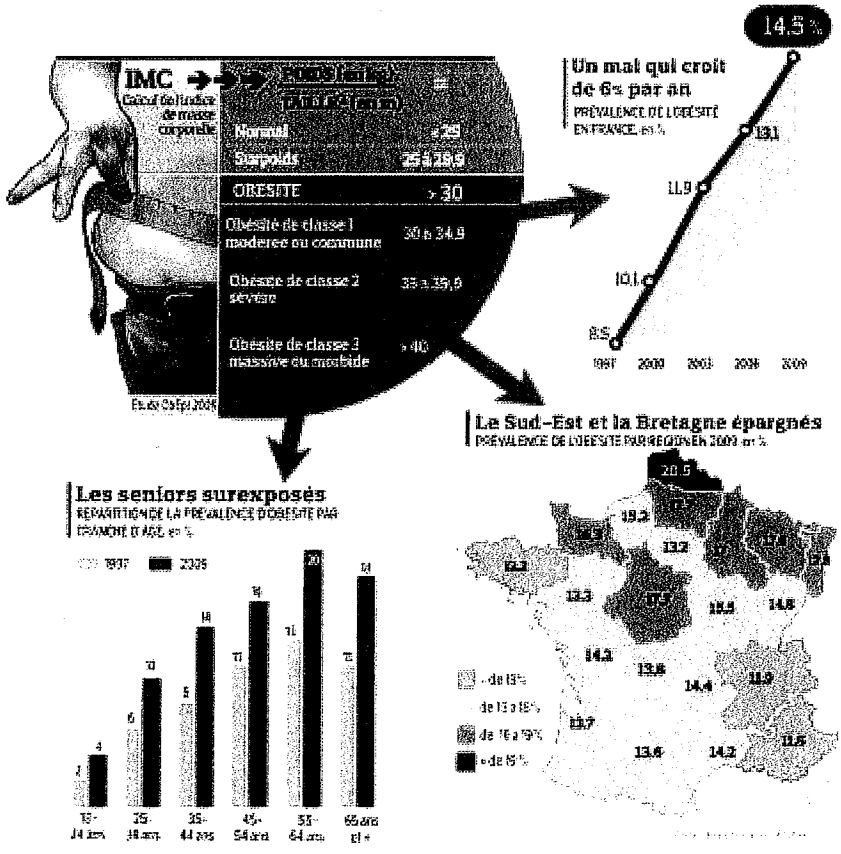
A partir de ce cadrage général sur le rôle du territoire dans les enjeux de santé, un zoom est maintenant proposé sur les problèmes liés à l'obésité qui sont, eux aussi, en partie des problèmes liés à l'aménagement des territoires. Ce deuxième temps de l'exposé est proposé par le docteur Sophie Pamiès. Elle commence par rappeler les chiffres de l'obésité de l'enfant en France : en 1980, 6% d'enfants obèses, en 1995, 13%, en 2000, 16% et en 2013, 12 à 14% d'enfants obèses (dont 3% en obésité maladive). Une étude de l'INSERM et du laboratoire Roche estime à 15% le taux d'obésité chez les adultes, alors que l'obésité est aujourd'hui vue comme une maladie de l'enfant. Les études en grande section de maternelle et en CM2 montrent un gradient social de surpoids. Les enfants de cadres sont moins touchés par l'obésité (1% contre 7% pour les enfants dont au moins un parent est ouvrier). Dans les établissements en ZEP, il y a aussi une surreprésentation des enfants obèses. Les écarts tendent à croître, comme les inégalités sociales.



© OCDE



© AFP



© Obépi

Quelles sont les causes du surpoids et de l'obésité chez les enfants ? De manière générale, l'augmentation de la prévalence de cette pathologie est liée à l'urbanisation et à la modification des modes de vie qu'elle a entraînée : consommation d'aliments riches en graisses et en sucres, diminution de l'exercice physique en lien avec le développement des transports et des nouvelles formes de travail et de loisirs (sédentarité). Deux questions sont

alors centrales : quel est le rôle du territoire dans l'augmentation de la prévalence de cette maladie ? et comment mobiliser le territoire pour réduire les risques de surpoids et d'obésité ?

L'activité physique semble alors une solution mais comment la promouvoir ? L'OMS recommande 60 minutes d'activités physiques quotidiennes. L'activité physique recouvre les jeux, le sport, les déplacements, les tâches quotidiennes, les activités récréatives, l'éducation physique... Ces activités permettent de développer un appareil locomoteur sain, un bon appareil cardiovasculaire, une conscience neuromusculaire (coordination et contrôle des mouvements), un poids approprié et aussi de profiter de meilleures relations sociales et de bénéficier d'un bon état psychologique. Cependant, en moyenne, 37% des enfants de grande section passent plus d'une heure devant un écran (d'après *La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006, Etudes et résultats* n° 737, septembre 2010, DREES). Un enfant sur deux a accès à un écran dans sa chambre. Devant un écran, l'enfant est dans une activité sédentaire qui ne consomme pas suffisamment d'énergie. Une politique tournée vers l'activité physique doit donc viser d'une part à réduire la sédentarité et d'autre part à promouvoir l'activité physique.

Ainsi, la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité sont des leviers pertinents dans le cadre d'une politique de prévention. L'action sur l'environnement de l'enfant est recommandée dans le cadre du PNNS, notamment dans le cadre de la promotion de l'activité physique. Les modes de vie urbains et l'aménagement des villes peuvent donc constituer des ressources pour l'activité physique et donc participer à la réduction de certains risques sanitaires.

Céline Broggio présente alors l'étude menée avec des étudiants de l'Université Jean Moulin Lyon 3 (parcours Aménagement) dans le quartier des Buers à Villeurbanne, une des communes limitrophes de Lyon. Cette étude est fondée sur un partenariat : trois écoles, la municipalité de Villeurbanne, les animateurs de quartier, le bailleur social Villeurbanne Métropole Habitat, l'agence régionale de Santé et le Grand Lyon.
A Villeurbanne, le service municipal de santé scolaire suit les enfants scolarisés, avec une attention particulière sur les quartiers défavorisés. Ce travail de suivi a permis de mettre à jour, dans le quartier des Buers, des taux d'obésité chez les enfants à la fois élevés (comparativement à la moyenne communale) et stables. L'objectif de cette étude est de voir comment la structure du territoire influence l'adoption de comportements non favorables à la santé (sédentarité, vulnérabilité sociale) et contribue à la stabilité du taux d'obésité. Ainsi, comme l'obésité tient pour partie aux comportements (TV, jeux vidéo, modes d'alimentation...) mais aussi au territoire (appartement, manque de mixité fonctionnelle de la ville), l'aménagement peut-il contribuer à réduire cet enjeu de santé publique ?

Pour répondre à cette question, le travail se fonde sur une étude sur le terrain, dont l'objectif est de faire un diagnostic des espaces pratiqués par les enfants (6-9 ans) et d'envisager les potentiels de mobilité. L'analyse se focalise sur les pratiques spatiales dans les espaces dédiés aux enfants, dans les espaces avec du potentiel de mobilité et, inversement, dans les espaces défavorables à l'activité physique des enfants. Trois méthodes sont mobilisées : l'observation des espaces publics (selon les jours et les heures), un carnet de témoignages pour des observations qualitatives et un questionnaire sur la mobilité passé au sein des écoles (par les enseignants, les infirmières scolaires et les étudiants).

Le quartier des Buers présente l'intérêt d'être concerné par une politique de renouvellement urbain. Ainsi, les résultats de cette étude, en cours d'élaboration, devraient être pris en compte dans les projets d'aménagement.