

URBANISME ET SANTÉ

DE L'OBSERVATION À L'ACTION

QU'EN SAVONS-NOUS ?



Photo : Aucame

L'appréhension des questions de santé dépasse aujourd'hui l'approche strictement biomédicale. En effet, le bien-être des populations est déterminé par des facteurs individuels, génétiques, culturels mais également contextuels et environnementaux. Ceux-ci interagissent de manière complexe. La ville comme cadre de vie et reflet du système socio-économique participe donc, favorablement ou non, à la santé des populations. Le bien-être physique, social et mental de ceux qui vivent en ville et la pratiquent est un des enjeux de la ville d'aujourd'hui et de demain. L'intégration de cet enjeu dans les politiques publiques de conception et de gestion de la ville est donc primordiale et s'articule avec les enjeux de la ville durable.

La santé, qu'est-ce que c'est ?

Un bon état de santé ne se caractérise pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité. Le bien-être est une notion faisant partie de la santé. Le bien-être physique, mental et social compte tout autant (OMS, 1946). De plus, la notion de bonne santé est relative et dépend de normes et de perceptions.

POURQUOI LIER URBANISME ET SANTÉ ?

La responsabilité de « la ville » dans la santé

Malgré des avancées considérables dans la réduction des maladies infectieuses et transmissibles, on note une augmentation continue des pathologies non-transmissibles et chroniques, liées à l'environnement, au cadre et mode de vie « urbain » : asthme, diabète, certains cancers, etc. L'organisation actuelle de la ville en est en partie responsable. Par exemple, l'emploi et le commerce, concentrés dans les pôles urbains et l'habitat dilué dans la périphérie induisent que les déplacements motorisés, majoritairement carbonnés, soient quasiment la norme. La pollution qui en résulte confronte la ville à des enjeux de santé considérables. A l'inverse, la présence d'espaces verts et de voies de circulations cyclables et piétonnes, encourage la pratique d'activités physiques et joue sur le bien-être mental. La ville est le lieu où à la fois environnement « naturel » (eau, air, faune, flore, etc.), contexte socio-économique et cadre bâti interagissent. De cette interaction très complexe est déterminé un cadre de vie favorable ou non au bien-être des populations.

L'intégration des déterminants de santé dans les politiques d'aménagement du territoire est encore émergente en France. La diffusion de l'idée d'une « responsabilité » de la ville dans le bien-être des habitants, au-delà des questions de pollution, avait été un peu masquée lors de

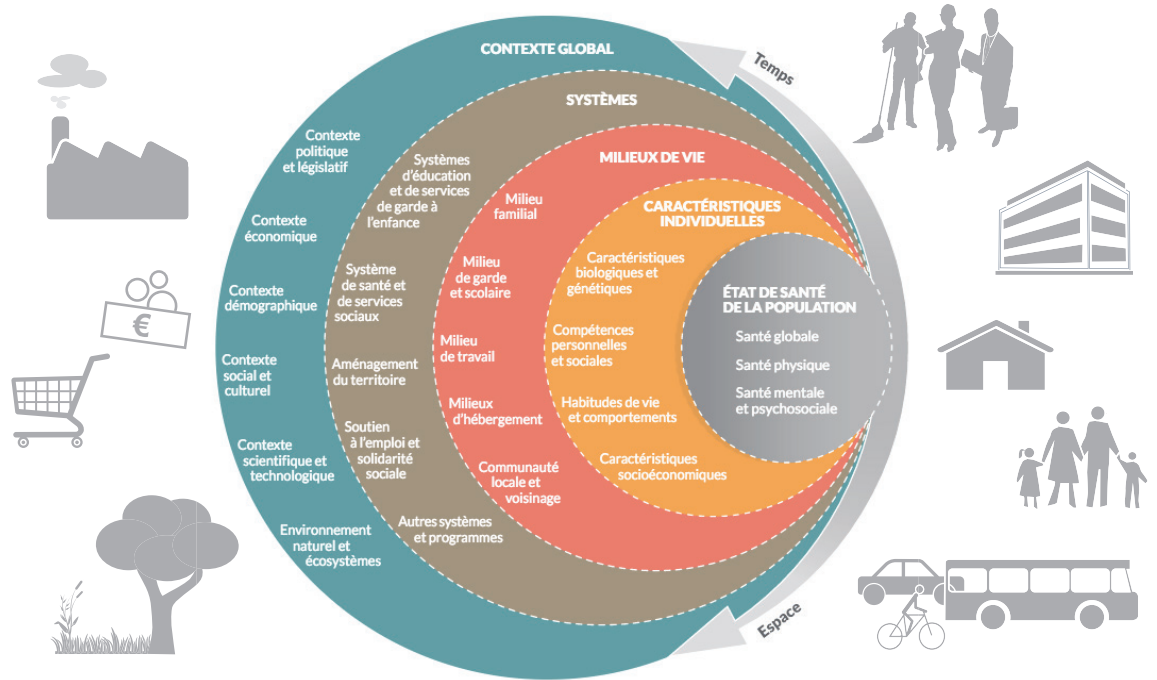
l'urbanisme fonctionnaliste, après le mouvement hygiéniste. Le renouveau du lien est encore récent. La collaboration entre les acteurs, publics notamment, de l'aménagement et ceux de la santé est plutôt rare et complexe. La sectorisation des politiques publiques, la technicisation de l'urbanisme et l'approche encore trop médicale des questions de santé ont limité pendant des dizaines d'années un travail commun.

Un jour d'alerte à la pollution aux particules fines à Caen



Photo : Aucame

La santé et ses déterminants



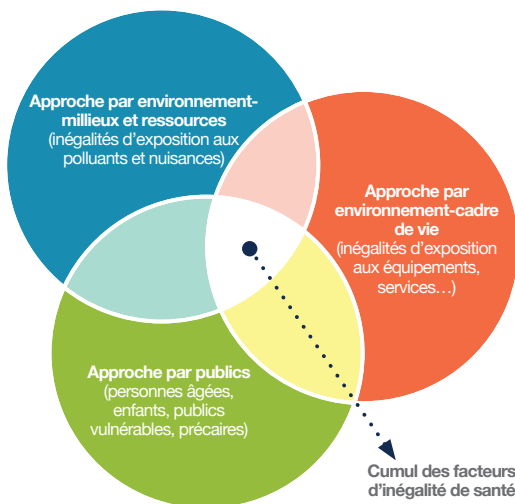
Source : Gouvernement du Québec

Inégalités sociales de santé (ISS)

Agir pour la santé nécessite de distinguer les publics. Les populations les plus désavantagées socio-économiquement sont plus vulnérables face aux risques et ont, globalement, un état de santé jugé moins bon. Ces populations sont doublement pénalisées. Elles sont souvent plus exposées à des nuisances et / ou à des niveaux plus élevés (pollution de l'air, nuisances sonores, etc.). Elles subissent également des inégalités quant à l'accès à un cadre de vie de qualité et aux aménités urbaines.

L'instabilité de l'emploi, l'enclavement territorial, la mauvaise qualité du logement, un revenu modeste, etc. sont les facteurs qui expliquent en partie ces inégalités sociales face à la santé. Par manque de cadre conceptuel et d'outils de diagnostic, ces inégalités sont peu appréhendées par les acteurs de l'urbanisme. Pourtant, elles sont jugées évitables car l'aménagement du territoire est susceptible de les réduire ou de les aggraver.

Angles d'approches des inégalités



Source : EHESP

QUELQUES REPÈRES CHRONOLOGIQUES DES ENJEUX SANTÉ/URBANISME/ENVIRONNEMENT :

1946 :
Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : acceptation de la notion de bonne santé avec des critères subjectifs comme le bien-être mental.

1976 :
1ère loi relative à la protection de la nature : études d'impact environnementales

1986 :
Charte d'Ottawa – première conférence internationale pour la promotion de la santé

2000 :
Loi SRU promulguant, entre autres, l'urbanisme de projet, l'imposition d'un quota de logements sociaux et une stratégie foncière

Publication par l'OMS de « Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur l'habitant »

2009 :
Création des DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement) : l'environnement est intégrée en partie aux autres politiques déconcentrées

2010 :
Loi dite du Grenelle 2

2011-2012 :
Décrets augmentant la prise en compte des impacts sur l'environnement et la santé humaine dans les schémas / plans ou programmes d'aménagement

COMMENT AGIR POUR UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

De l'amont, la création de connaissance, à l'aval, la mise en place d'un projet urbain, des outils et méthodes existent afin d'agir pour un urbanisme favorable à la santé. L'aménagement du territoire peut être un véritable levier pour créer un environnement favorable à la santé.

Planifier pour la santé

La santé peut être incluse dans les différents documents d'urbanisme. Cependant, aucun cadre réglementaire ne l'impose directement. Bien que les questions environnementales soient intégrées dans les SCoT (via les évaluations environnementales), la santé n'est pas directement visée. Par exemple, l'avis de l'ARS pour un SCoT n'est pas prescriptif et intervient le plus souvent en phase quasi-finale. De plus, l'environnement « naturel » est le seul pris en compte, laissant dans l'ombre les facteurs comme le cadre de vie ou le contexte socio-économique. Beaucoup plaident pour que la santé soit intégrée en objectif fil rouge dans les documents de planification, ou qu'il y ait au minima des objectifs fixés par chapitre thématique. Les avancées réglementaires comme les Grenelles, ou plus récemment la réflexion engagée par le Haut Conseil de la Santé Publique sur la prise en compte de cette question dans les documents d'urbanisme laisse présager des évolutions positives.

Au-delà de la planification, l'application des principes du développement durable répond en grande partie aux objectifs de santé :

- Cohésion sociale** : l'urbanisme doit permettre à tous de vivre sainement. Il doit lutter contre l'enclavement de certains quartiers, favoriser les lieux de rencontre ou encore la pratique sportive (SCoT / PLU).
- Logement et habitat** : l'accès à un logement pour tous (donc abordable) est primordial pour

le bien-être mental et social. Les politiques doivent lutter contre l'insalubrité, la précarité énergétique ou encore la surpopulation (PLH).

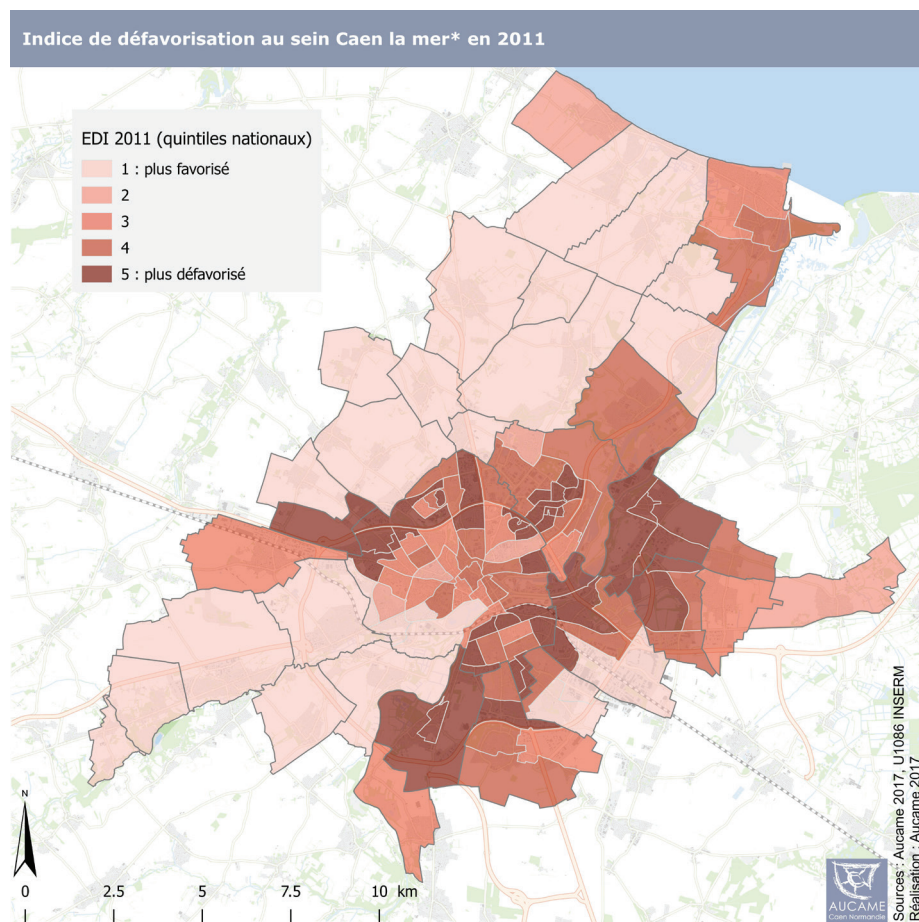
- **Transport** : une ville favorable à la santé et à l'environnement est une ville des courtes distances et tout du moins écomobile. Cela implique de penser l'urbanisme en lien avec les déplacements et de rapprocher lieux de vie et lieux de travail (PDU).

Les EcoQuartiers sont des projets urbains qui, s'ils n'intègrent pas directement des objectifs liés à la santé, en répondant aux enjeux du développement durable permettent un environnement favorable à la santé (Cf. QSN n°59).

Observer pour comprendre

L'observation peut avoir un spectre large et différentes entrées. Elle peut, par exemple, consister en l'analyse de l'état de santé général d'une population, le recours aux soins ou les impacts éventuels d'une dégradation de l'environnement. La CAF, l'Assurance Maladie ou encore les ORS peuvent être des partenaires pour ces analyses. L'observation peut ainsi fournir des moyens de pilotage de contrats locaux de santé via un diagnostic partagé ou servir dans le cadre de l'élaboration de documents d'urbanisme.

Pour une connaissance partagée et compréhensible par l'ensemble des acteurs, des indices simples et synthétiques ont été construits, tels l'IDH (Indice de Développement Humain) ou l'EDI (Indice de défavorisation humaine). Ils peuvent être produits à différentes échelles, notamment locales, afin de nourrir des Plans Locaux de Santé (PLS). Ils nécessitent de travailler avec les ORS et ARS. Ils se combinent avec des données socio-démographiques ou économiques. Le diagnostic peut, par exemple, permettre de repérer les quartiers où la population souffre d'inégalités de santé par le cumul de facteurs économiques et sociaux.



Les indices

L'IDH - 1990

Historiquement composé de :

- PIB par habitant
- espérance de vie à la naissance
- niveau éducation des enfants de 15 ans et plus

Modulable selon les données disponibles et les objectifs de l'étude, notamment en intégrant des données larges sur la santé

L'EDI

Cet indice permet de catégoriser une population selon un gradient avantage-désavantage face aux besoins fondamentaux.

Pour la composante matérielle, on utilise trois indicateurs :

- la proportion de personnes sans diplôme secondaire,
- la proportion de personnes occupant un emploi,
- le revenu moyen par personne.

Pour la composante sociale, on utilise trois autres indicateurs :

- la proportion de personnes vivant seules dans leur ménage,
- la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves,
- la proportion de familles monoparentales.

Toutefois, la mise en place d'outils d'observation se confronte à plusieurs difficultés. Les données concernant la santé sont parfois liées au secret statistique et professionnel. De plus, elles ne sont pas produites à des fins d'observation, notamment par un tiers acteur : elles ont d'abord vocation à améliorer la gestion des hôpitaux ou assurer les remboursements aux malades par exemple.

Enfin, l'interrelation complexe entre les déterminants de santé fait qu'il est très difficile de mesurer des impacts et des relations de causalités de manière rigoureuse.

*Ancien périmètre de Caen la mer
Réalisation : Aucame 2017, données U1086 INSERM

Un exemple d'outil dans le cadre d'un projet : l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

L'EIS est une méthodologie qui a émergé à partir de 2010 en France mais qui est en plein essor dans le reste du monde, notamment au Canada ou en Suisse. Elle n'a pas de cadre réglementaire et est très différente des outils habituels d'évaluation des politiques. Elle se présente comme un outil d'aide à la décision qui consiste en un ensemble de procédures et d'outils qui permet aux acteurs d'un projet urbain de mesurer les effets prévisibles, positifs ou négatifs, sur les populations. L'EIS s'élabore le plus en amont possible d'un projet. Les effets sur l'air, l'habitat, les réseaux sociaux, l'accès aux soins, etc. sont ainsi identifiés, permettant aux décideurs d'améliorer leur projet. Une EIS peut aussi permettre d'argumenter en faveur d'un projet qui améliore la qualité de vie. La démarche s'effectue en six étapes (cf. schéma ci-dessous).

Plusieurs villes, souvent membres du Réseau Villes-Santé de l'OMS, ont ainsi introduit une EIS à l'occasion d'un projet : renouvellement urbain à Villeurbanne, aménagement de berges à Valence, implantation d'une maison de santé dans un quartier prioritaire à Nantes, etc. Une fois que les impacts sur la santé sont identifiés, les porteurs de projet peuvent engager des actions concrètes pour répondre aux enjeux soulevés : prise en compte des logements, concertation avec les habitants, etc.

« Il faut donc opérer un changement de paradigme et intégrer toutes les composantes du développement durable et tout particulièrement de la santé et de la qualité de vie des habitants et des usagers dans la mise en œuvre de projets urbains et d'aménagement du territoire, le tout dans une perspective de réduction des inégalités. » (Guide Agir pour un urbanisme favorable à la santé - Concepts & Outils, EHESP, 192 p., 2014)



Illustration : 66millionsdimpatients.org

Étapes simplifiées d'une EIS



Schéma : Aucame

La mise en place d'un urbanisme favorable à la santé couplé à la réduction des inégalités sociales de santé ville est un défi qui impose une collaboration entre les acteurs du champ de l'aménagement du territoire –collectivité et agences d'urbanisme par exemple- et ceux du champ médical – dont les ORS et les ARS. Au-delà du champ institutionnel, la prise en compte du bien-être comme objectif de la ville enjoint à prendre en compte la parole des habitants pour un urbanisme plus soucieux des pratiques et dépassant les considérations purement techniques.

- Guide *Agir pour un urbanisme favorable à la santé - Concepts & Outils*, EHESP, 192 p., 2014
- *Vers un urbanisme favorable à la santé*, AUA/T, 4 p., 2017
- *Urbanisme et aménagements favorables à la santé - La santé en action*, INPES, 56 p., 2015
- www.villes-sante.com

Directeur de la publication : Patrice DUNY

Contact : ludivine.collette@aucame.fr

Réalisation et mise en page : AUCAME 2017

Illustrations : AUCAME, sauf mention contraire

DÉPÔT LÉGAL : 4^e TRIMESTRE 2017

ISSN : 1964-5155



Agence d'urbanisme de Caen Normandie Métropole
19 avenue Pierre Mendès France - 14000 CAEN
Tel : 02 31 86 94 00
contact@aucame.fr
www.aucame.fr



LICENCE OUVERTE
OPEN LICENCE



Pour + d'info sur l'Open Data, flashez ce QR Code