

PERSPECTIVES

OBSERVATOIRE PARTENARIAL ENVIRONNEMENT / JUIN 2017

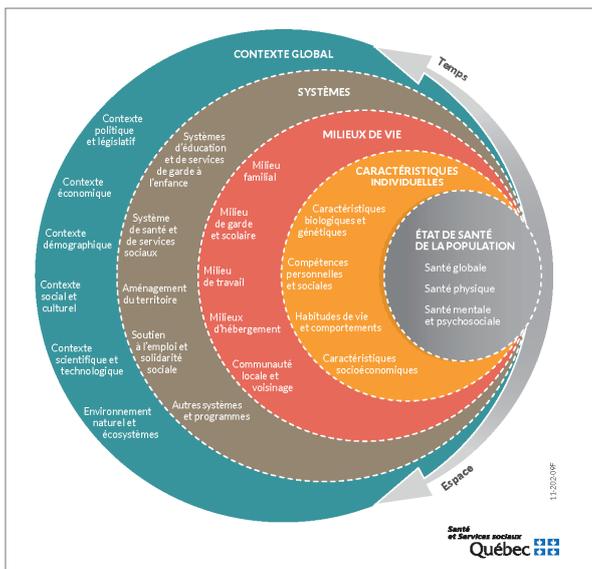
VILLES

Vers un urbanisme favorable à la santé

La question de la santé s'appréhende désormais dans une vision globale et renouvelée, qui ouvre l'approche purement médicale à la promotion de la santé et du bien-être. Influencée par différents facteurs associés, la santé constitue de fait un enjeu important d'aménagement du territoire, qui incite les urbanistes à réorienter les processus de conception et de décision des projets territoriaux.

©Jean Falguière

Carte de la santé et de ses déterminants



De la santé au bien-être

Dans le langage courant, la santé est fréquemment associée à la notion de maladie.

L'Organisation Mondiale de la Santé propose néanmoins dès 1946 d'élargir cette définition vers la notion de bien-être : «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Cette approche renouvelée est à la fois «positive», en ne parlant plus uniquement de «soin», et «globale», décloisonnée, en associant aux déterminants individuels l'ensemble des déterminants environnementaux, sociaux et économiques.

Des déterminants de santé multiples

En santé publique, un déterminant de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une population, de façon isolée, ou en association avec d'autres facteurs.

On en distingue différentes catégories :

- individuels (âge, sexe, patrimoine génétique, comportement, ...),
- socio-économiques (accès au logement, à l'emploi, à la culture, à l'éducation, ...),
- environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, de l'environnement sonore, ...)
- et politiques urbaines (habitat, transport, emploi, ...).

Ces différents facteurs jouent un rôle majeur et peuvent favoriser un bon état de santé ou contribuer à sa dégradation.

Différents modèles de représentation des déterminants de santé se sont succédés : Whitehead et Dahlgren (1991), le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010) pour citer les plus récents. Tous soulignent bien que les différents niveaux de déterminants de santé ne sont pas indépendants les uns des autres, mais interagissent les uns avec les autres. Ils motivent ainsi une approche intersectorielle de la santé, incluant de nombreux acteurs, tous impliqués dans la promotion de la santé.

Santé et urbanisme : un lien ancien, à revisiter

L'analyse historique des liens entre santé et urbanisme fait distinguer trois périodes, qui correspondent à autant de doctrines urbaines : l'urbanisme hygiéniste du XIXème siècle, l'urbanisme fonctionnaliste et de planification du début au dernier tiers du XXème siècle, et la période actuelle dite d'"urbanisme durable". Pour chacune de ces trois périodes, des choix d'aménagement du territoire ont été / sont réalisés, susceptibles d'agir sur un certain nombre d'enjeux sanitaires.

D'un urbanisme durable vers un urbanisme favorable à la santé

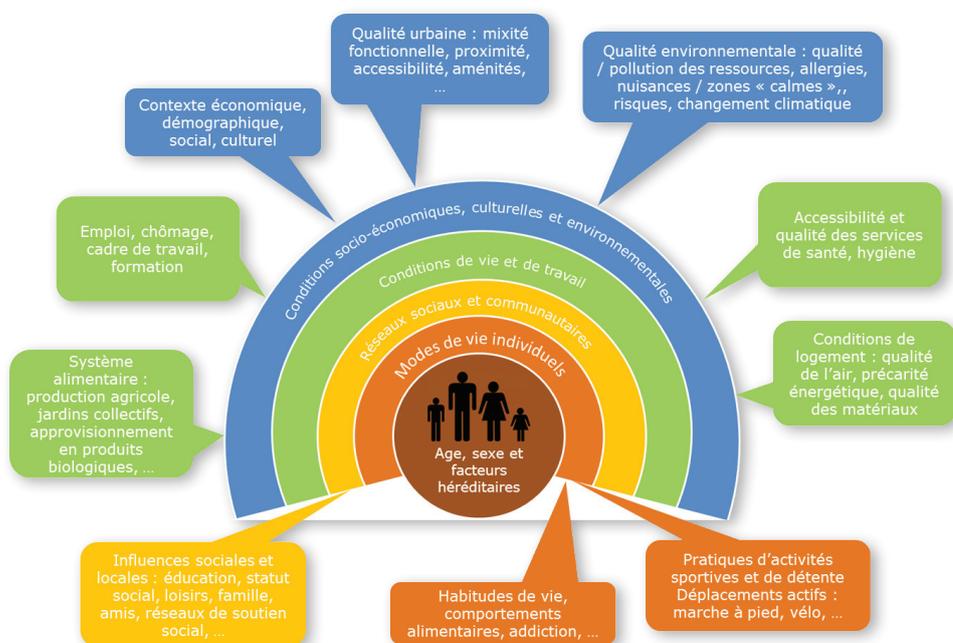
Recouvrant des réalités sociales, environnementales, économiques et politiques, la santé devient un objet géographique et, de ce fait, constitue un enjeu d'aménagement du territoire. Les villes et territoires urbains, de par la complexité des interactions qui s'y produisent, peuvent avoir ainsi des impacts positifs – mais également négatifs – sur la santé des populations qui y vivent, grandissent, étudient, travaillent... Les politiques publiques qui y sont mises en œuvre modèlent aussi leurs conditions de vie.

En écho à la définition donnée par l'OMS en 1946, la santé sort du domaine exclusif des professionnels de la médecine. Ceux-ci reconnaissent désormais que la production de soins n'est pas le seul moyen d'assurer la santé des populations.

Traitant des questions de mobilités, d'enclavement / désenclavement, d'accessibilité et d'aménités environnementales, d'équipements publics,... dans la perspective de limiter les disparités territoriales, l'urbaniste joue de fait un rôle fondamental dans l'établissement d'un environnement favorable à la santé, qui ne se limite plus à des actions correctrices et réparatrices. La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, adoptée lors de la première conférence internationale sur la Promotion de la Santé en 1986, reconnaît elle aussi que construire des sociétés favorables à la santé ne dépend pas uniquement de la responsabilité du secteur de la santé. Le développement durable, promu en 1992 par la Conférence des Nations unies sur l'environnement et le développement, peut être considéré comme une démarche permettant d'améliorer la qualité de vie, le bien-être et de fait la santé des êtres humains.

Allant plus loin, le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS) a été initié par le programme Ville – Santé en 1987. Ce programme a, depuis lors, évolué et s'est développé en un mouvement à l'échelle européenne, doté d'un large dispositif permettant la mise en œuvre de la santé et du développement durable au niveau local.

Un urbanisme favorable à la santé se focalise sur les aspects positifs, ce qui implique que les urbanistes réorientent alors leur travail en fonction de la santé et de la qualité de vie, et s'attachent particulièrement à ce que ces objectifs « santé » soient réellement pris en considération dans le processus de conception et de décision.



D'après Whitehead et Dahlgren, 1991, aua/T 2015

La Ville de Toulouse est membre du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS depuis 1990. Toulouse est également membre du Conseil d'Administration du RFVS.

Un enjeu d'observation

La connaissance sur le lien santé – ville se traduit encore le plus souvent par une juxtaposition :

- d'observations sur les disparités sociales et territoriales, avec une notion de « gradient » ou de « concentration » des phénomènes, sur des mailles géographiques de plus en plus fines,
- de données environnementales, plus nombreuses et précises, mobilisées selon des notions d' « exposition » ou d' « accessibilité »,
- de données sanitaires, généralement utilisées dans des diagnostics spécifiques (analyse des besoins sociaux, plan santé, politique de la ville...),

... pourtant toutes peu prises en compte finalement dans la conception et l'évaluation des projets.

Des indicateurs composites, plus transversaux, sont également utilisés, avec pour premier objectif d'attirer l'attention sur la statistique produite, en visant une « vue d'ensemble » ou un « résumé » de la situation.

On peut citer l'IDH (indicateur de développement humain), l'IPH (indicateur de pauvreté humaine), le BIP40 (baromètre des inégalités et de la pauvreté) ou encore les indicateurs écologiques de défavorisation sociale, tel que l'EDI (indice de défavorisation sociale, à visée européenne).

Des leviers identifiés pour une meilleure intégration de la santé en urbanisme

Quelle conception envisager en urbanisme pour réduire les inégalités sociales, environnementales, sanitaires ? Quels leviers cibler pour favoriser la cohésion et le bien-être, réduire les polluants, les nuisances et autres agents délétères, promouvoir des comportements et des modes de vie sains, gérer les antagonismes et les possibles synergies lors de la mise en œuvre des projets ?

L'ensemble des politiques publiques est interpellé :

- Politique de la ville : réduction des écarts, accès à la ville et aux droits, non-discrimination, égalité hommes-femmes, jeunes des quartiers ;
 - Habitat : prise en compte de la pollution intérieure, du bruit..., expositions des populations ;
 - Déplacements : modes actifs, lutte contre les concentrations de polluants ;
 - Espaces publics : zones de tranquillité, aménités, trame verte et bleue ;
 - Cohésion sociale : enfance et parentalité, jeunes, personnes âgées, ...
- Cependant, au-delà de ces actions ciblées, l'enjeu aujourd'hui est bien de construire des démarches plus intégrées autour du sujet « santé ».

Différents outils sont mobilisables dès à présent pour mieux intégrer la santé et le bien-être en urbanisme.

La démarche d'évaluation environnementale des projets d'urbanisme

Introduite par la loi de 1976 sur la préservation de la nature, elle a été modifiée par la loi ENE en 2010 et trois décrets d'application en 2011 et 2012, pour mieux intégrer la notion d'impact du projet sur la santé humaine. Reste que la santé publique est souvent considérée au titre des risques et niveaux d'exposition « mesurables » dans les études d'impacts et les évaluations environnementales. Qu'en est-il des conditions de vie, des niveaux de sensibilité ou de vulnérabilité des publics ? Comment identifier puis réduire les facteurs et situations d'inégalités autant sociales, environnementales que sanitaires, observables sur les territoires ?

Les ateliers Ville - Santé

L'Atelier santé ville (ASV) est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé, dont l'objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Mise en place par le Comité interministériel de la Ville en 1999, la démarche Atelier santé ville s'inscrit dans la loi relative à la lutte contre les exclusions, qui a pour objectif d'améliorer la santé de la population et en particulier des plus démunis. L'ASV s'insère dans le dispositif contractuel de la politique de la ville entre la collectivité territoriale (commune, EPCI) et l'Etat. Il anime, renforce et adapte les différents axes de la politique de santé publique au niveau local.

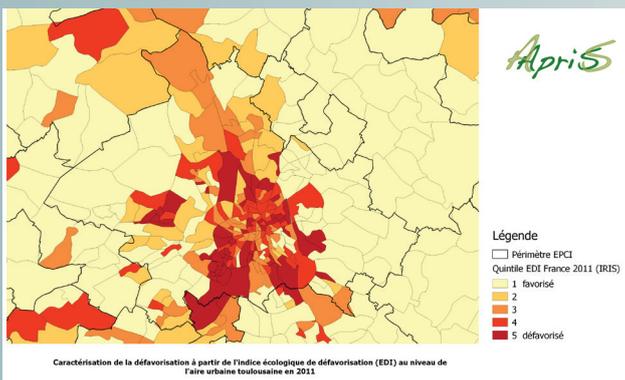
La démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

En émergence en France depuis 2010, elle offre, hors de tout processus réglementaire, un cadre méthodologique pour incorporer des objectifs de santé dans le processus d'élaboration des projets. S'appuyant sur une vision holistique de la santé, l'EIS favorise la prise de conscience des acteurs quant aux répercussions de leurs activités sur la santé des populations. Elle joue donc un rôle de responsabilisation. L'EIS est un outil d'aide à la décision. Elle a pour objectif de proposer des recommandations afin de maximiser les impacts positifs pour la santé et de minimiser les impacts négatifs. Enfin, l'EIS est prospective, en permettant d'évaluer un programme, une politique, un projet... avant sa mise en œuvre dans le but d'influencer une décision en faveur de la santé.

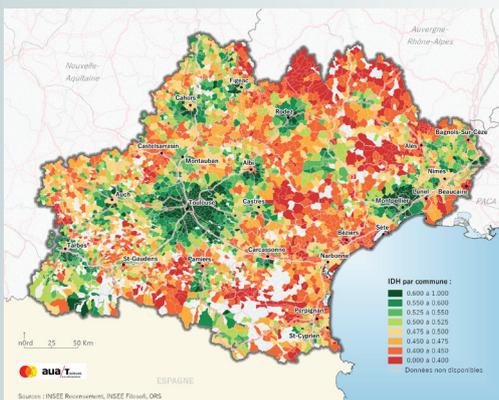
Les démarches EcoQuartier

Un EcoQuartier est un projet d'aménagement urbain qui respecte les principes du développement durable tout en s'adaptant aux caractéristiques de son territoire. Il contribue de ce fait à l'amélioration du quotidien, par la mise en œuvre d'un cadre de vie sain et sûr pour tous les habitants et usagers de l'espace public ou privé, et qui favorise le vivre ensemble. Douze priorités ont été redéfinies en 2016 pour impulser un nouvel élan à la démarche EcoQuartier, parmi lesquelles la promotion de la santé, associée à celle de la biodiversité et de la nature en ville, afin de faire des EcoQuartiers des espaces de bien vivre et de qualité de vie.

L'indice de défavorisation écologique (EDI) à l'échelle de la grande agglomération toulousaine



Le développement humain (IDH) en Occitanie



Vers la notion d'inégalités de santé

Les modèles cités décrivent une multitude de facteurs destinés à caractériser l'état de santé des populations, mais également à identifier de potentielles inégalités de cet état de santé.

Usuellement abordé(e) sous l'angle des inégalités sociales et environnementales de santé, la réduction ou la non-aggravation de ces inégalités constitue un enjeu de santé publique reconnu. Celui-ci nécessite, d'une part, de conserver une approche systémique de l'ensemble des déterminants de santé et de la population et, d'autre part, de toujours avoir à l'esprit la distinction des besoins spécifiques de chaque type de public.

Trois angles sont proposés pour approcher les inégalités de santé d'un territoire ¹ :

- l'approche par public, qui permet de cerner certains groupes de populations plus particulièrement concernés (personnes âgées, enfants, publics vulnérables ou précaires) ;
- l'approche par environnement
 - milieux ressources, qui permet d'identifier là où le territoire concentre des taux de polluants ou de nuisances importants ;
- l'approche par environnement
 - cadre de vie, qui permet d'identifier là où le territoire est faiblement doté ou organisé en équipements et services.

Pour autant, aucun des trois angles d'approche n'est indépendant l'un par rapport aux autres ; leur analyse globale permet d'identifier un éventuel cumul de facteurs d'inégalité.

Les inégalités sociales de santé relèvent de déterminants sociaux (stabilité économique, éducation, contexte familial et professionnel, environnement de résidence, ...), pouvant être liés à des choix politiques. Elles sont susceptibles de concerner l'ensemble de la population (notion de gradient social), et pas seulement les plus précaires.

Les expositions environnementales sont également susceptibles de contribuer à générer des inégalités sociales de santé ; deux paramètres principaux sont alors examinés conjointement : le degré de vulnérabilité des populations concernées et le degré d'exposition à des nuisances qu'elles subissent.

La mesure des inégalités environnementales peut répondre à deux objectifs :

- croiser et construire des indicateurs épidémiologiques, sociaux et environnementaux (ex. : Programme Equit'Area, UMR Inserm 1085-IRSET),
- associer l'évaluation de la qualité environnementale à la réflexion sur le bien-être (ex. : IAU Île-de-France), à partir d'indicateurs synthétiques ou de panels d'indicateurs (ex. : INSEE, OCDE, ...).

Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples

Cyrille Depierre et al., UMR 1027

Les déterminants des inégalités sociales de santé

Multiples, intersectoriels, liés aux disparités territoriales, sociales, politiques, ...

Profession + habitat + zone de résidence + habitudes de vie

Accumulation tout au long d'une vie

Vie intra-utérine + enfance + jeune + adulte

La «double peine» des ouvriers : plus d'années d'incapacité et une vie plus courte

Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine, *Population et Sociétés*, N° 441, janvier 2008, n° ISSN 01847783

En France : le niveau le plus mauvais d'Europe de l'Ouest

A 35 ans : un ouvrier peut espérer vivre 24 ans sans incapacité, contre 34 ans pour un cadre

Un urbanisme pour la santé, c'est un urbanisme pour les habitants. Il met en valeur l'idée que la ville, c'est autre chose que des constructions, des rues et des espaces publics, c'est un organisme qui vit, qui respire ; son état de santé est étroitement lié à celui de ses habitants.

Hugh Barton et Catherine Tsourou, *Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur ses habitants*, 2000

¹ Angles d'approche issus d'une enquête réalisée en 2013 par l'EHESP auprès de professionnels exerçant dans des ARS, DREAL et collectivités territoriales de quatre régions françaises

Pour en savoir plus

« Urbanisme et santé – Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants » ; OMS ; Barton Hugh, Tsourou Catherine, 2000

« Agir pour un urbanisme favorable à la santé – Concepts et outils » ; Guide EHESP/DGS, Roué-Le Gall Anne, Le Gall Judith, Potelon Jean-Luc et Cuzin Ysaline, 2014

« Territoires, incubateurs de santé ? » ; Les Cahiers de l'IAU, 2014

« Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé », Denis Ducros et al., *Santé Publique* 2015/3 (Vol. 27), p. 383-394 ;

« La qualité de vie dans les territoires français », Robert Reynard, *Revue de l'OFCE* 2016/1 (N° 145), p. 33-48. DOI 10.3917/reof.145.0033

« L'Initiative du vivre mieux de l'OCDE – Mesurer ce qui compte pour les citoyens et la société », Martine Durand, OCDE, *Revue Futuribles* n° 412, mai-juin 2016

« Les liens entre ville et santé – Réflexions sur le bien-être et la qualité de vie urbaine à partir de l'exemple toulousain », Bruyez Mélanie, 2014

Séminaire chercheurs – acteurs Institut de la Ville – aua/T : Ville, bien-être, santé, un lien qui s'affirme : <http://www.aua-toulouse.org/sites/www.aua-toulouse.org/IMG/pdf/idv-seminairesante-actes.pdf>