

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Prévention
Informier sur
le monoxyde
de carbone,
danger ignoré

Handicap
Enquête sur
la santé des
personnes sourdes

Dossier

Urbanisme et aménagements favorables à la santé

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). The navigation bar includes: ACCUEIL | L'INPES | ACTUALITÉS | ESPACES THÉMATIQUES | ENQUÊTES ET ÉVALUATION | NOS PUBLICATIONS | ESPACES PROFESSIONNELS | PRESSE. The main content area features several news items with dates and titles, such as '19.10.2015 Protection de la jeunesse ou publicité en faveur de l'alcool', '21.10.2015 Présentation de l'édition 2015 du guide Comede', and '26 novembre, Journée nationale de l'Inpes'. A red box highlights the 'SANTÉ EN ACTION' magazine link, with a red arrow pointing to it. The right sidebar contains sections for 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'LES RESSOURCES', 'Tweets', and 'NOS PUBLICATIONS L'INPES'.

la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Jennifer Davies, Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (InVS), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Inpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Jacques Fortin** (professeur), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Stéphane Idrac** (Mildeca), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Inpes), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Inpes), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies : **Agence Vu : B. Desprez ; AKW Image : V. Castro, J. Ramello ; Godong/BSIP ; Tendance Floue : Thierry Ardouin, Denis Bourges, Jérôme Brézillon, Gilles Coulon, Patrick Tourneboeuf, Alain Guillaume**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 49 33 23 07)
sante-action-abo@inpes.sante.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 4^e trimestre 2015
Tirage : 10.000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Éditorial

4 _ **Hommage à Jacques Fortin**

Yves Sihrener

Prévention

5 _ **Monoxyde de carbone : inodore, mortel**

Agnès Verrier

6 _ **Monoxyde de carbone : enquête auprès des personnes intoxiquées**

Agnès Verrier, Colette Ménard

9 _ **Informé sur le monoxyde de carbone, danger parfois ignoré**

Félicie David

10 _ **Monoxyde de carbone : « informer et prévenir au plus près les publics concernés »**

Entretien avec Flore Taurines

Dossier

URBANISME ET AMÉNAGEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Coordination : Zoë Heritage, Anne Roué-Le Gall et Christine César

Introduction

12 _ Zoë Heritage, Anne Roué-Le Gall et Christine César

Développer un urbanisme favorable à la santé : une obligation morale

14 _ Hugh Barton



« Intégrer la santé dans l'urbanisme et l'aménagement »

18 _ Entretien avec Lionel Brard

ARS Pays de la Loire : pour que la santé soit prise en compte dans l'urbanisme

20 _ Gwénaëlle Hivert, Corinne Lécluse, Damien Le Goff, Valérie Vial

Le Grand Paris peut-il être favorable à la santé ?

22 _ Nicolas Notin, Luc Ginot

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

24 _ Stéphane Rican, Zoé Vaillant

ANRU : rénover pour améliorer les conditions de vie des populations

26 _ Anne-Sophie Hainsselin

Urbanisme favorable à la santé : l'apport de l'anthropologie

28 _ Sandrine Manusset

Santé et échelles territoriales

30 _ Julie Vallée

Des inégalités socio-spatiales croissantes dans les grandes villes

32 _ Entretien avec Guillaume Faburel

Transports : un facteur-clé pour améliorer la qualité de vie des populations

34 _ Laurent Jardinier, Martine Meunier-Chabert

HEAT : un outil de l'OMS pour encourager la pratique du vélo et de la marche

36 _ Zoë Heritage

« Le plan vélo de Nantes a permis de doubler le nombre de cyclistes entre 2008 et 2012 »

37 _ Entretien avec Marion Gassiot

Aménager des espaces de jeux favorables à la santé

38 _ Anne Milvoy, Anne Roué-Le Gall

Les espaces publics : un déterminant du bien-être des populations

40 _ Marcos Weil

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

42 _ Anne Roué-Le Gall, Thierno Diallo, Émile Tremblay, Françoise Jabot

« Le quartier Nancy Grand Cœur a été conçu avec les habitants »

44 _ Entretien avec Malika Dati

Pour en savoir plus

45 _ Laetitia Haroutunian

Handicap

50 _ **Enquête sur la santé des personnes sourdes et malentendantes**

Audrey Sitbon

52 _ « Accompagner les sourds vers l'autonomie personnelle »

Entretien avec Jean-François Labes

Lectures

54 _ Olivier Delmer, Laetitia Haroutunian, Manon Jeuland

Jacques Fortin est décédé le 1^{er} décembre 2015. Professeur, médecin de santé publique, pédiatre, il était membre du comité de rédaction de *La Santé en action*. Très actif, il écrivait régulièrement pour la revue et a participé à la coordination de nombreux dossiers centraux. Engagé, rigoureux, sans concession avec l'éthique, à l'écoute et au service des professionnels de terrain, Jacques était un « passeur » de connaissances. À nous désormais de continuer dans cette voie, avec le sens de l'exigence qui le caractérisait.

La rédaction

« Jacques était un véritable humaniste »



« J'ai commencé à travailler avec Jacques Fortin au rectorat de Lille en 1984. Il avait été nommé médecin-conseiller et l'une de ses premières missions était de mettre en place des réponses aux nombreuses situations appelées à l'époque "conduites déviantes", dans les établissements scolaires du Nord-Pas-de-Calais. J'étais alors enseignant dans un lycée de la banlieue lilloise, mais j'avais en parallèle fondé une association qui proposait des réponses à ces questions auprès de la Métropole. Jacques m'a proposé de travailler avec lui sur ces questions et nous avons mis en place une équipe de plusieurs personnes, sous sa direction. Le groupe s'est appelé le Gaspar (Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risques), nous avons réalisé de nombreuses interventions dans les établissements du second degré de l'académie. Nous allions sur le terrain, au contact de nos collègues confrontés à toutes les difficultés liées aux comportements des jeunes, pour tenter de trouver des solutions pérennes dans les collèges et lycées qui demandaient notre intervention.

Je me souviens de ces échanges entre nous, en présence de Jacques Fortin, dans une petite salle annexe du rectorat. Nous faisons le récit de nos interventions, nous imaginions des réponses adaptées et concrètes

pour aider les établissements. Jacques se contentait d'abord de prendre des notes, en nous écoutant avec beaucoup d'attention, puis il mettait en ordre nos remarques, effectuait les synthèses que nous ne savions pas faire, donnait du sens à ce que nous avions développé, et toujours en lien avec ses convictions et ses idées force. Il faisait ressortir les valeurs essentielles qui dirigeaient sa pensée : l'importance de la cohérence entre les adultes, la nécessité de comprendre l'enfant, sans faillir à l'obligation de la rigueur et de l'exigence. Il restait en permanence au cœur de l'humain, nous amenant à trouver les pistes de travail à proposer aux équipes, dans le cadre de l'éducation et dans un souci constant d'harmonie et de tolérance.

De nombreux ouvrages et nombre de conférences, en France et à l'étranger lui ont permis, obstinément, de proposer une véritable organisation de l'éducation dans l'École ; son programme pour le premier degré, intitulé « mieux vivre ensemble », appliqué dans de nombreuses écoles et repris à l'étranger, montre bien la cohérence de son approche éducative. Jacques a donné du sens à ce que j'expérimentais sans organisation et sans support. Il a voulu ensuite m'accompagner dans mon action associative, venant chercher dans notre travail auprès des jeunes des quartiers les éléments susceptibles de nourrir sa propre réflexion et nous donnant en échange les bases théoriques dont nous avons besoin pour la consolider. C'était un homme de grande qualité intellectuelle et un véritable humaniste. »

Yves Sihrener¹

1. Yves Sihrener était proche de Jacques Fortin. Sidéré par l'« invisibilité » de certains jeunes en très grande difficulté et qui échappent à tout accompagnement social, il a créé une association qui favorise leur insertion par la pratique des sports à risques. Voir à ce propos l'article : Entretien avec Yves Sihrener, enseignant et responsable de l'association CAS (Centre d'activités sportives) à Roubaix. « Ces jeunes qui refusent tout viennent pratiquer un sport rigoureux et contraignant ». *La Santé de l'homme*, mai-juin 2012.

QUELQUES ARTICLES DE JACQUES FORTIN

Parmi les articles publiés par Jacques Fortin au cours des dernières années dans la revue :

- Comment réussir un projet mobilisant les compétences psychosociales. *La Santé en action*, mars 2015, n° 431 : p. 17-19. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/431.asp>
- Stigmatisation, discrimination, étiquetage : de quoi parle-t-on ? (avec A. Fayard). *La Santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 12-13. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/419.asp>
- Stigmatisation : quelques points de vigilance pour les professionnels (avec A. Fayard). *La Santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 13. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/419.asp>
- Un programme pour développer l'estime de soi chez les enfants. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2007, n° 389 : p. 18-20. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/389.asp>
- Pr Jacques Fortin, pédiatre : « On peut aider très tôt les enfants à se réinscrire dans le lien social ». *La Santé de l'homme*, juillet-août 2003, n° 366 : p. 29-30. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/366.asp>

Monoxyde de carbone : inodore, mortel

Agnès Verrier,

épidémiologiste, chargée de projet
Surveillance des intoxications,
Institut de veille sanitaire (InVS),
Saint-Maurice.

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz toxique, inodore, incolore et non irritant, produit par la combustion incomplète de composés carbonés : gaz, fioul, bois, charbon, essence. Ce défaut de combustion survient lorsque l'apport en air frais est déficient, en raison d'un appareil de chauffage encrassé ou d'une mauvaise évacuation des gaz brûlés. Tout appareil utilisant ces matières peut donc produire du CO. Une fois inhalé, le monoxyde de carbone prend la place de l'oxygène dans l'organisme, se fixe sur l'hémoglobine pour former la carboxyhémoglobine (HbCO) et provoque une hypoxie tissulaire (un manque d'oxygène dans les tissus). L'intoxication se manifeste par des signes cliniques communs : nausées, vertiges, perte de conscience, voire coma... et entraîne le décès dans les cas les plus graves.

● À l'aube des années 2000, trois cents décès accidentels par le CO survenaient chaque année en France. La lutte contre ces intoxications a donc été inscrite dans la loi de santé publique de 2004 et concrétisée notamment par la mise en place d'un système de surveillance destiné à dénombrer les cas d'intoxication, à décrire leur répartition spatio-temporelle, leurs circonstances de survenue et les caractéristiques des personnes intoxiquées. Cette surveillance épidémiologique, confiée à l'Institut de veille sanitaire (InVS), repose sur le signalement, majoritairement transmis par les pompiers, le Samu ou le Smur – services d'urgence hospitaliers –, de toute suspicion d'intoxication par le monoxyde de carbone à l'autorité

sanitaire. Suite à ce signalement, une enquête environnementale est effectuée par des techniciens sanitaires, sur les lieux de l'intoxication, pour en identifier la source et pour décrire le lieu de survenue et les facteurs associés à la production de CO. En parallèle, une enquête médicale est menée pour recueillir les caractéristiques démographiques, médicales, de prise en charge thérapeutique et de gravité des victimes.

● Chaque année, environ mille foyers sont intoxiqués, c'est-à-dire trois mille personnes. Bien que le Nord-Pas-de-Calais soit la région la plus concernée pour diverses raisons – utilisation du charbon pour le chauffage, type d'habitat et longue période de chauffe –, l'ensemble du territoire est touché par ces intoxications. Dans la moitié des cas, l'intoxication survient chez des propriétaires occupant une maison individuelle. La présence de monoxyde de carbone est le plus souvent la résultante de plusieurs facteurs en lien avec la source, la ventilation du local ou des événements météorologiques. Quel que soit l'appareil à l'origine de la défaillance, un défaut de ventilation est, dans plus de la moitié des cas, identifié.

Il existe deux catégories de source d'intoxication : les appareils raccordés à un conduit d'évacuation (les installations) et les appareils non raccordés. Chaque année, trois quarts des foyers intoxiqués le sont par une installation défaillante au niveau de l'appareil – chaudière, poêle, chauffe-eau, cheminée – ou du conduit d'évacuation – conduit de raccordement, de fumée ou étanche. En particulier, le fonctionnement défaillant d'une chaudière raccordée à un conduit de fumée concentre 22 % des cas. Une intoxication sur quatre est due à un mésusage d'un appareil non raccordé de chauffage, de cuisine ou de fourniture d'électricité : l'utilisation prolongée d'un chauffage

mobile d'appoint, d'un brasero, d'un barbecue en intérieur ou encore d'un groupe électrogène. Une augmentation massive du nombre d'intoxications causées par les émanations de CO d'un groupe électrogène peut survenir lors de coupures prolongées en alimentation électrique, au décours d'événements météorologiques exceptionnels (vents violents, neige, etc).

Tout appareil à combustion peut émettre du monoxyde de carbone ; les lieux recevant du public sont donc également concernés. Chaque année, des intoxications collectives surviennent dans des églises, chauffées par des panneaux radiants au gaz, ou dans des patinoires, après utilisation de surfaceuses.

● La mise en place de campagnes de prévention, sous l'égide de l'Inpes (lire l'article de F. David p. 9), et le renforcement de la réglementation ont été les deux autres axes de la lutte contre les intoxications. L'ensemble des actions de prévention est guidé par les obligations réglementaires et les circonstances de survenue. Les messages ont donc porté sur l'obligation réglementaire d'entretenir son installation de production de chauffage ou d'eau chaude sanitaire (appareil et conduit d'évacuation) et sur le respect des consignes d'utilisation des appareils à combustion. Toutes ces mesures ont joué un rôle dans la réduction du nombre annuel de décès en France imputables à ce type d'intoxication, passé en moyenne de trois cents à cent en quelques décennies. ■

Pour en savoir plus

- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyde-de-carbone>
- http://inpes.sante.fr/10000/themes/sante_environnement/moноxyde-carbone/outils-information.asp

Prévention
Monoxyde de carbone : inodore, mortel

L'enquête InVS/Inpes pointe une méconnaissance du danger du monoxyde de carbone, en particulier parmi les ménages les moins favorisés. Elle met en exergue des situations d'intoxication spécifiques selon les caractéristiques socio-économiques.

Monoxyde de carbone : enquête auprès des personnes intoxiquées

Agnès Verrier

Chargée de projet surveillance des intoxications, Département Santé Environnement, Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice,
Colette Ménard,
Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction des Affaires scientifiques, Inpes, Saint-Denis.

La lutte contre les intoxications par le monoxyde de carbone (CO) est inscrite dans la loi comme une priorité de santé publique depuis 2004. Elle prévoit notamment la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique par l'InVS [1] et l'élaboration de campagnes de prévention par l'Inpes [2]. En 2007, le Baromètre santé environnement (BSE) de l'Inpes avait mis en évidence le fait que, si la population générale dans sa grande majorité considérait le CO comme un risque sanitaire important, seul un enquêté sur dix estimait courir personnellement un risque d'être victime d'une intoxication au cours de sa vie [3]. Toutefois, aucune étude n'avait jusqu'à présent été conduite auprès des ménages ayant subi une intoxication. Par ailleurs, les données épidémiologiques du système de surveillance, centrées sur les facteurs environnementaux, avaient montré la nécessité d'appréhender d'autres déterminants de l'intoxication pour cibler des actions de prévention. Ce double constat a conduit l'InVS et l'Inpes à s'associer pour mettre en place une enquête sur les déterminants socio-économiques des ménages intoxiqués, leurs connaissances en la matière avant l'intoxication et leurs attitudes au moment de l'événement.

L'enquête, financée par l'Inpes, a été conduite par téléphone par l'institut de sondage BVA auprès des foyers accidentellement intoxiqués par le CO entre le 1^{er} septembre 2013 et le 31 mars 2014,

déclarés au système de surveillance épidémiologique, selon des modalités définies auprès de la Cnil. Parmi les 886 ménages intoxiqués, 771 ont pu être contactés. Au total, 507 personnes, désignées comme référentes du ménage, ont accepté de participer.

Caractéristiques socio-économiques et facteurs environnementaux

Pour la grande majorité des ménages interrogés (93 %), l'intoxication a eu lieu dans leur résidence principale et deux tiers des ménages occupaient une maison. Par ailleurs, 68 % étaient satisfaits du confort de leur logement. Les principales sources d'intoxication étaient une chaudière (33 %), un poêle (11 %), un barbecue ou un brasero (8 %) ou un groupe électrogène (7 %) (Tableau 1).

Environ la moitié des ménages intoxiqués étaient composés d'un couple avec enfant (51 %), 17 % d'une seule personne et 14 % une famille monoparentale. Au regard de l'emploi, 60 % des ménages intoxiqués travaillaient et 11 % étaient au chômage. Si plus de la moitié des ménages percevaient leur situation financière comme satisfaisante, près d'un ménage sur cinq (18 %) déclarait avoir des difficultés à payer ses factures ou être dans une situation financière difficile et 38 % estimaient importantes les dépenses liées au chauffage. Une langue africaine était parlée dans 13 % des foyers intoxiqués (Tableau 1).

D'importantes disparités socio-économiques apparaissaient selon la source d'intoxication. Deux tiers des ménages intoxiqués par un barbecue ou un brasero parlaient une langue africaine au sein du foyer, un tiers était au chômage et

58 % jugeaient leur situation financière juste ou difficile avec, pour 53 % des dépenses en chauffage jugées importantes et 63 % déclarant un habitat dégradé. Les ménages intoxiqués par une chaudière ou son conduit d'évacuation étaient plus fréquemment des actifs occupés (63 %) déclarant une situation financière satisfaisante (52 %), locataires du secteur privé (34 %) et habitant un appartement (45 %). La majorité des intoxications par groupe électrogène est intervenue dans une maison (94 %), en accession à la propriété (53 %), parmi des personnes jugeant leur situation financière satisfaisante (69 %) et parmi lesquels seuls 7 % déclaraient être au chômage (Tableau 1). Par ailleurs, 40 % de ces ménages n'avaient pas occupé ce logement l'hiver précédent.

Quelle que soit la source d'intoxication, dans 41 % des cas un défaut de ventilation était identifié au travers du système de surveillance par les techniciens sanitaires. Parmi les intoxications par chaudière, un défaut d'installation était signalé dans plus des deux tiers des cas (68 %) et un ménage sur quatre (27 %) déclaraient ne pas avoir entretenu l'appareil. Parmi les intoxications par barbecue/brasero ou par groupe électrogène, un défaut d'utilisation de l'appareil – comme par exemple une utilisation dans un local non ventilé – était rapporté, dans respectivement 92 % et 81 % des cas.

Niveau d'information au sujet du CO

Près d'un quart (22 %) des personnes référentes d'un foyer concerné par une intoxication par le CO ont déclaré n'avoir jamais entendu parler du CO, et près d'un tiers (32 %) être « plutôt mal

informées » sur le sujet avant l'incident. La proportion de personnes qui n'avaient jamais entendu parler du CO avant l'incident reste nettement supérieure aux 4 % observés en population générale dans le cadre du BSE 2007 (Figure 1). Les personnes les plus faiblement qualifiées (47 %), les personnes au chômage (47 %), les locataires (29 %), ainsi que les ménages ayant subi une intoxication par barbecue ou brasero (40 %) étaient les plus nombreux à n'avoir jamais entendu parler du CO.

Parmi les personnes ayant déjà entendu parler du CO, les principales sources d'information spontanément évoquées ont été la télévision (52 %), la presse (28 %), la famille et les proches (28 %) et la radio (12 %). Par ailleurs, seuls 4 % déclaraient avoir entendu parler du CO par un professionnel qualifié que ce soit un chauffagiste, un fumiste ou un ramoneur.

Connaissance des dangers et des risques liés au CO

Une large majorité (82 %) des référents des ménages intoxiqués avait conscience, avant l'incident, que le CO pouvait avoir des effets sur la santé ; c'est notamment le cas des cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que des professions intermédiaires (93 %), des plus hauts revenus (88 %) et de ceux se déclarant « plutôt bien » informés (94 %).

Concernant les sources d'émission de CO, la chaudière et le gaz étaient bien connus (par plus de 80 %). En revanche, les braseros ou barbecues, les groupes électrogènes n'étaient connus que de 53 % et 48 % des référents des personnes intoxiquées. Seuls 47 % avaient connaissance, avant l'incident, de l'ensemble des combustibles pouvant produire du CO et 17 % de l'ensemble des appareils pouvant émettre du CO. Les femmes (respectivement 38 % et 11 %) et les personnes « mal informées » (respectivement 32 % et 10 %) moins que les autres. Par ailleurs, seuls 38 % estimaient, avant l'incident, que leurs appareils de chauffage présentaient des risques d'émission de CO ; ils étaient 23 % parmi les personnes intoxiquées au CO par un barbecue ou un brasero et 29 % parmi les moins bien informés.

Tableau 1 : Répartition des caractéristiques socio-économiques des ménages et des types d'habitat selon les principales sources d'intoxication (sur un échantillon (N) de 507 ménages, France métropolitaine)

	Chaudière (N=169)	Poêle (N=56)	Barbecue/ Brasero (n=41)	Groupe élec-trogène (N=36)	Total (N=507)
Situation familiale					
Seul	17 %	27 %	8 %	7 %	17 %
Couple sans enfant	20 %	18 %	11 %	31 %	18 %
Couple avec enfant	52 %	36 %	64 %	59 %	51 %
Foyer monoparental	11 %	13 %	17 %	3 %	14 %
Situation professionnelle					
Travail	63 %	48 %	36 %	76 %	60 %
Chômage	9 %	10 %	33 %	7 %	11 %
Formation	3 %	2 %	11 %	0 %	4 %
Inactivité	24 %	36 %	19 %	17 %	24 %
Perception de sa situation financière					
Difficile/Dettes	16 %	21 %	41 %	11 %	18 %
Juste	31 %	30 %	17 %	17 %	27 %
À l'aise/Ça va	52 %	48 %	41 %	69 %	53 %
Autre langue parlée à la maison					
Aucune ou européenne	87 %	93 %	24 %	92 %	84 %
Du continent africain	11 %	4 %	66 %	6 %	13 %
Type de résidence					
Principale	98 %	92 %	95 %	75 %	93 %
Secondaire	1 %	4 %	0 %	6 %	2 %
Autre	1 %	4 %	5 %	19 %	5 %
Type d'habitat					
Maison	55 %	89 %	56 %	94 %	63 %
Appartement	45 %	9 %	44 %	0 %	35 %
Autre	0 %	2 %	0 %	6 %	2 %
Confort du logement					
Satisfaisant	68 %	62 %	56 %	75 %	68 %
Acceptable	18 %	14 %	22 %	8 %	18 %
Insatisfaisant	13 %	20 %	15 %	11 %	13 %
Non spécifié	1 %	4 %	7 %	6 %	2 %
Statut d'occupation					
Propriétaire sans emprunt	22 %	32 %	12 %	22 %	23 %
Propriétaire avec emprunt	31 %	20 %	32 %	53 %	30 %
Locataire secteur privé	34 %	24 %	30 %	17 %	26 %
Locataire secteur social	6 %	7 %	20 %	3 %	14 %
Gratuit	5 %	14 %	2 %	0 %	5 %
Qualité du logement					
Avoir eu froid l'hiver passé	18 %	25 %	37 %	19 %	21 %
Isolation thermique déficiente	34 %	34 %	37 %	22 %	33 %
Habitat dégradé	46 %	54 %	63 %	22 %	44 %
Perception des dépenses liées au chauffage					
Beaucoup trop importantes	12 %	5 %	13 %	9 %	11 %
Trop importantes	27 %	32 %	40 %	17 %	27 %
Moyennement importantes	43 %	34 %	23 %	20 %	38 %
Pas trop importantes	14 %	25 %	18 %	21 %	17 %

Source : Enquête CO 2013-2014, Inpes/Invs

Comportements d'entretien

Parmi les ménages disposant d'une chaudière individuelle, 71 % déclaraient avoir fait vérifier leur chaudière par un professionnel qualifié au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, parmi les ménages disposant d'un mode de chauffage raccordé à un conduit de fumée individuel, 43 % déclaraient avoir fait ramoner leur conduit de fumée par un professionnel qualifié au cours des douze derniers mois ; des disparités relatives au statut de l'occupant et au type d'habitat étaient

observées : les personnes vivant en appartement (26 %) ou les locataires (26 %) faisant moins ramoner mécaniquement le conduit de fumée que les personnes vivant en maison (49 %) ou les propriétaires (50 %).

Plaintes et gestes d'urgences lors de la survenue de l'incident

Lors de l'incident, 88 % des personnes présentes ont indiqué qu'une ou plusieurs personnes s'étaient plaintes de symptômes : 60 % de fatigue, 75 % de maux de tête, 61 % de vertiges, 56 %

Figure 1 - Répartition du sentiment d'information selon l'enquête BSE 2007 et l'enquête CO 2013-2014

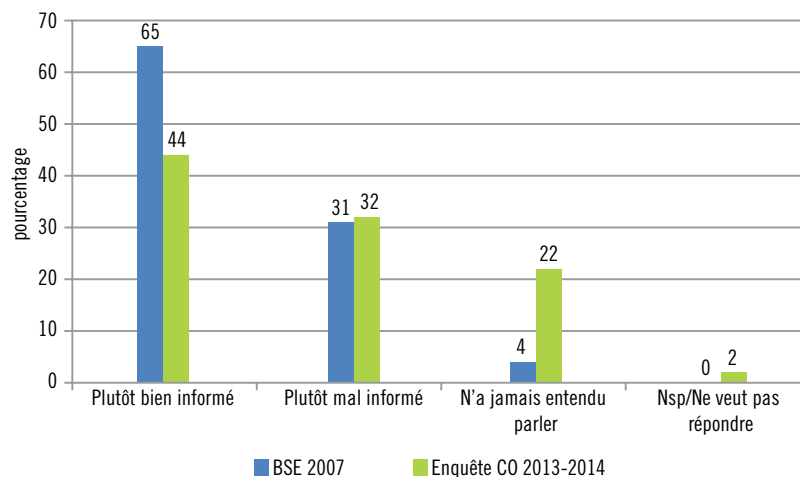
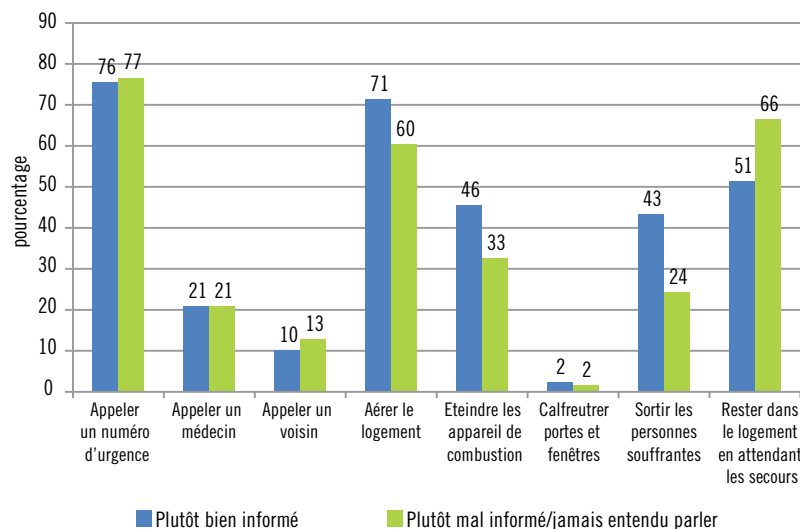


Figure 2 : Gestes d'urgence adoptés lors de l'intoxication en fonction du niveau d'information selon l'enquête CO 2013-2014



de nausées, 35 % de vomissement et 37 % de perte de connaissance. Pour autant, 61 % des personnes présentes (et 72 % des personnes les moins bien informées) n'ont établi aucun lien entre ces symptômes et une intoxication en cours.

Les gestes d'urgence adaptés effectués par les personnes présentes ont été d'appeler un numéro d'urgence (76 %), d'aérer le logement (65 %), de faire sortir les personnes souffrantes à l'extérieur du logement (38 %) et d'éteindre les appareils à combustion (38 %). Néanmoins, 60 % déclarent être restées à l'intérieur du logement intoxiqué, cette proportion étant plus importante chez les personnes les moins bien informées (66 %) (Figure 2).

Conclusions

L'enquête montre que, au niveau national, les intoxications par le CO touchent l'ensemble des catégories socio-économiques. Elle a cependant permis d'identifier des populations spécifiques pouvant faire l'objet d'actions de prévention adaptées et ciblées. En particulier, deux appareils ont été associés à des caractéristiques socio-économiques spécifiques des ménages : les intoxications par barbecue ou brasero qui ont touché plus particulièrement des ménages parlant une langue africaine, locataires d'un logement de mauvaise qualité, souvent sans emploi et mal informés; les intoxications par groupe électrogène qui se sont produites le plus souvent parmi des ménages accédant à la propriété, déclarant une situation financière satisfaisante et qui se sentent

par ailleurs bien informés sur le CO; ces dernières caractéristiques évoquent le lien entre des travaux nécessitant l'utilisation d'un groupe électrogène et l'intoxication.

Cette enquête fait état d'un net déficit d'information sur le CO au sein des foyers intoxiqués; un quart n'en avait jamais entendu parler avant l'incident. Les foyers « mal informés » sur le CO relèvent davantage d'une situation sociale défavorisée, ont une moins bonne perception des risques et déclarent des comportements moins adaptés. Nos données rapportent également la difficulté des personnes à faire l'association entre l'apparition de symptômes et l'éventualité d'une intoxication en cours.

L'ensemble de ces résultats invite à renouveler l'information sur les messages de prévention des intoxications au CO et les gestes d'urgence. En outre, les conditions d'intoxication montrant des spécificités selon la source d'intoxication, il convient d'adapter les supports en fonction des sous-populations concernées et de rendre accessible l'information. Au-delà des supports, des actions de prévention conduites à domicile par les professionnels qualifiés (chauffagiste, etc.) pourraient permettre, lors des moments de vérification et de mise en conformité des appareils, de délivrer une information personnalisée et adaptée aux équipements et aux caractéristiques du logement. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut de veille sanitaire. *Intoxications au monoxyde de carbone*. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyde-de-carbone/Surveillance-des-intoxications-au-monoxyde-de-carbone>

[2] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Monoxyde de carbone : les règles simples de vigilance pour se protéger et protéger les autres*. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/12/cp120130.asp>

[3] Girard D., Léon C., Gourier-Fréry C. Monoxyde de carbone. In : Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. dir. *Baromètre santé environnement 2007*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2008 : p. 190-211.

Informez sur le monoxyde de carbone, danger parfois ignoré

Félicie David,

chargée de communication,
direction de l'Information
et de la Communication, Inpes.

Chaque année, avant la période hivernale, l'Inpes met en œuvre un dispositif de communication sur la prévention des intoxications par le monoxyde de carbone (CO), pour informer et sensibiliser les populations sur les dangers du CO et indiquer les moyens de s'en protéger.

Le monoxyde de carbone peut être émis dans des espaces d'habitation ; toute la population est donc concernée par les risques d'intoxication qui y sont liés (lire l'article de A. Verrier p. 5). Compte tenu des résultats de l'étude menée conjointement par l'Inpes et l'Institut de veille sanitaire (InVS) (lire l'article de A. Verrier et C. Ménard p. 6) sur les déterminants socio-économiques des ménages intoxiqués, de nouveaux supports ont été conçus en vue de rendre l'information accessible au plus grand nombre. Ils s'adressent aux publics en situation précaire ou ayant des difficultés de compréhension du français.

● Une brochure et une affiche ont été réalisées avec l'aide des publics destinataires : le texte est court et



accessible, une place importante est accordée aux visuels. Ces documents font partie de la collection « Pour comprendre ».

● Un roman-photo aborde les gestes de prévention à suivre en cas d'utilisation d'un brasero. Ces supports complètent ceux déjà existants (voir ci-après). Ils sont diffusés aux acteurs locaux pour relayer l'information sur le terrain : préfectures, agences régionales de santé, médecins généralistes, centres communaux d'action sociale, centres de protection maternelle et infantile, mutualités, caisses d'allocations familiales, associations, professionnels du bâtiment, du gaz et de l'immobilier, etc.

● Une vidéo pédagogique d'un format court (deux minutes quarante) complète le dispositif et présente le monoxyde de carbone, les moyens de s'en protéger et les gestes à accomplir en cas d'urgence.

● Ce dispositif de prévention comporte également deux courtes fiches pratiques, destinées aux associations d'aide aux familles en situation de précarité et

L'ESSENTIEL

■ Pour améliorer le niveau d'information de la population sur les intoxications au monoxyde de carbone, l'Inpes a conçu un ensemble de supports, incluant des documents simplifiés, accessibles aux personnes pour lesquelles la lecture est difficile.

aux responsables des lieux de culte. Elles sont également mises à la disposition des agences régionales de santé.

● Pour la presse écrite, trois articles prêts à être insérés informent sur les mesures de prévention.

● Un dossier de presse sonore est envoyé pour diffusion à huit cent cinquante radios locales ; il est constitué de dix chroniques de format court (une minute trente), sous forme d'interviews, et expose l'origine du CO, les symptômes d'une intoxication, les risques pour la santé et les principaux gestes de prévention.

● Quatre spots radio sont mis à disposition des relais les plus importants, en particulier des agences régionales de santé ; ils sont également disponibles sur Internet. Ces derniers traitent de l'aération des logements, de la vérification des installations de combustion avant l'hiver, de l'utilisation des chauffages d'appoint à combustion et des mesures à suivre lors de grands froids, prodiguant des conseils sur l'utilisation appropriée des groupes électrogènes et des chauffages d'appoint, en cas de coupure d'électricité notamment. ■

● L'ensemble des supports est téléchargeable sur le site Internet de l'Inpes à l'adresse : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante_environnement/monoxyde-carbone/outils-information.asp



Prévention

Informez sur le monoxyde de carbone, danger parfois ignoré

Monoxyde de carbone : « Informer et prévenir au plus près les publics concernés »

Entretien avec Flore Taurines,

ingénieur d'études sanitaires,
département
Santé-Environnement,
direction de la Santé
publique,
agence régionale de santé
Île-de-France.

La Santé en action :
**En Île-de-France,
quelles sont
les populations
touchées par
les intoxications
au monoxyde
de carbone
et comment celles-ci
surviennent-elles ?**

Flore Taurines : Tous les ménages peuvent être concernés, mais le profil des épisodes d'intoxication varie d'un département à l'autre. Ainsi, à Paris et dans la petite couronne, on note une proportion plus importante d'épisodes en lien avec un appareil à tirage naturel (chaudière, chauffe-eau), que dans la grande couronne.

Les premiers résultats d'une étude en cours, menée par la cellule de l'InVS en région (Cire) Île-de-France, soulignent le caractère multifactoriel de ces épisodes. De nombreux facteurs et circonstances sont en jeu.

Ainsi, l'habitat ancien et concentré en petite couronne, le plus souvent équipé à l'origine de cheminées dans chaque pièce, peut expliquer la survenue de nombreux épisodes en lien avec des conduits anciens ou fragilisés par des travaux répétés dans l'immeuble.

Autre exemple, les appartements ou maisons équipés de conduits mal isolés, notamment ceux construits en Fibrociment, sont les plus concernés par la survenue d'épisodes d'intoxication lors de grands froids. À l'inverse, durant les fortes chaleurs, ce sont les appartements plus anciens, dans le centre de Paris, qui sont le plus susceptibles d'être à l'origine de refoulement de gaz de combustion et, donc, d'intoxication.

Pour en revenir au chauffage des habitations en période hivernale, une grande partie des intoxications provient d'un cumul de pratiques à risques : des chaudières mal entretenues et des logements mal ventilés. À Paris et dans la petite couronne, ce sont plutôt des locataires qui sont concernés. Cependant, nous observons un phénomène croissant : les populations précaires, se chauffant avec des moyens de fortune, sont de plus en plus touchées. Ce qu'on appelle « brasero » est d'ailleurs parfois une simple casserole ou un pot de fleurs remplis de charbon. Une intoxication sur cinq est liée à l'utilisation d'un brasero en Île-de-France, contre une sur dix il y a deux ans. En Seine-Saint-Denis, 40 % des épisodes d'intoxication sont causés par des braseros.

S. A. : **Comment l'ARS prend-elle en charge ce problème ?**

F. T. : L'ARS joue un grand rôle dans la lutte contre ces intoxications, en lien avec l'Inpes et l'InVS¹. Un des points majeurs est l'information du public, notamment par le biais de la presse, des mairies et des associations. Nous rappelons d'abord les gestes essentiels de la prévention : faire vérifier et entretenir les installations de chauffage et les conduits de fumée chaque année par un professionnel qualifié, de préférence avant l'hiver ; aérer quotidiennement son logement et ne surtout pas boucher les grilles de ventilation ; res-

pecter les consignes d'utilisation des chauffages d'appoint, qui ne peuvent être allumés en continu ; proscrire les appareils à combustion non adaptés à l'intérieur, comme les barbecues et les braseros.

Le second volet de l'information porte sur les gestes d'urgence à effectuer en cas d'intoxication ou de suspicion. Quand sont constatés des maux de têtes, des nausées, des vertiges ou des troubles visuels, qui sont les premiers symptômes évocateurs, il faut : aérer les locaux, arrêter si possible les appareils, quitter les lieux et appeler les secours. Nous avons également un système d'alerte, lors de grands froids ou d'un pic d'intoxications : des messages sont diffusés via la presse locale et régionale, notamment via les présentateurs de météo pour lancer des appels à la vigilance.

Nos techniciens (en grande couronne) ou ceux du laboratoire central de la préfecture de police (pour Paris et la petite couronne), intervenant dans la lutte contre l'habitat insalubre, rappellent également les conseils de prévention lors de leurs enquêtes et se rendent sur le lieu de chaque intoxication pour en déterminer les causes et éviter qu'elle ne se reproduise.

**« EN PÉRIODE HIVERNALE,
UNE GRANDE PARTIE
DES INTOXICATIONS PROVIENT
D'UN CUMUL DE PRATIQUES
À RISQUES : DES CHAUDIÈRES
MAL ENTRETENUES
ET DES LOGEMENTS
MAL VENTILÉS. »**

L'ESSENTIEL

En région Île-de-France, les populations précaires, se chauffant avec des moyens de fortune, sont de plus en plus touchées par les intoxications au monoxyde de carbone.

S. A. : Ne rencontrez-vous pas des difficultés à faire passer vos messages de prévention auprès des personnes les plus précaires ?

F. T. : En 2014, les intoxications au monoxyde de carbone ont encore touché, en Île-de-France, quatre cent soixante-treize personnes, dont douze sont décédées². Atteindre les popu-

lations en précarité demande effectivement des outils spécifiques. Avec l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA), nous venons de concevoir un support visuel d'une page, titré « Brasero : attention danger ». C'est une mini bande dessinée sans texte, dont le contenu est compréhensible par tous, y compris par les personnes ne parlant pas le français. Des focus groups ont été organisés en amont pour donner la parole au public visé. Ces échanges ont conduit à simplifier encore le message.

Nous commençons la diffusion de cet outil auprès des structures qui sont en contact avec les ménages en difficulté : les centres communaux d'action sociale, les maisons de quartier, les associations comme Les Restos du cœur ou

le Secours catholique, les réseaux de visiteurs à domicile accompagnant les personnes défavorisées dans le maintien ou l'accès au logement. La transmission des messages préventifs passe par une communication sur le terrain, pour informer et prévenir au plus près les publics concernés.

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Chaque année, une circulaire interministérielle précise les conditions de diffusion notamment des outils de prévention développés par l'Inpes.
2. <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Intoxications-au-monoxyde-de-c.184966.0.html>

Monoxyde de carbone
Informez et prévenez au plus près les publics concernés

BRASERO ATTENTION DANGER ⚠️

18 POMPIERS

15 SAMU

112 NUMÉRO D'URGENCE EUROPÉEN

En cas de symptômes (Mal à la tête, envie de vomir, malaise...)

Logos: appa, ars

Urbanisme et aménagements favorables à la santé



Dossier coordonné par Zoë Heritage,

directrice, Réseau français
des Villes-Santé (RFVS) de l'OMS,

Anne Roué-Le Gall,

enseignant-chercheur,
département Santé-Environnement-
Travail et Génie sanitaire, École
des hautes études en santé publique
(EHESP), Rennes,

Christine César,

chargée d'expertise scientifique,
direction de l'Animation
des territoires et des réseaux, Inpes.

Le développement très rapide des technologies et des transports pourrait nous faire croire qu'il est possible dans notre société de s'abstraire de l'ancrage territorial, de l'espace que l'on occupe. C'est inexact. Nous sommes enracinés sur un territoire. La concentration, tant des populations en milieu urbain que des activités, n'a d'ailleurs jamais été aussi importante ; à titre d'exemple, les forces vives des hautes technologies et d'Internet se recrutent à l'échelle mondiale dans l'étroite Silicon Valley en Californie !

Au-delà de ces concentrations extrêmes, le territoire reste un lieu qui recèle – dans des proportions variables – des possibilités d'échanges pour les populations et qui participe à leur bien-être. L'urbanisme, l'aménagement sont des déterminants majeurs de la santé et ont un impact sur les inégalités sociales de santé. Le cadre de vie, les transports, le bâti, les espaces verts, les équipements publics, etc. participent – ou non – à la santé physique et au bien-être psychique, et rendent possible – ou non – le lien social.



© Denis Bourgas / Fondation Floue

Urbanisme et santé : une synergie délicate

Entre les connaissances et les politiques mises en œuvre sur le terrain, il existe un fossé. En effet, les institutions très sectorisées et les procédures administratives cloisonnées sont la cause d'une collaboration trop rare entre les champs de la santé et ceux de l'urbanisme. Pourtant, ce dialogue est indispensable afin que, dans les faits, les territoires soient en tout premier lieu placés au service des habitants.

Ces dernières décennies ont laissé place à un urbanisme majoritairement pensé en termes de construction architecturale et de protection de l'environnement – bâtiments fonctionnels écologiques, organisation des transports, densification de l'espace, etc. La dimension humaine et les fonctions fondamentales – habiter, travailler, etc. – sont souvent oubliées, alors qu'elles constituaient les principes de l'urbanisme du milieu du siècle dernier.

Le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS), créé à partir des années 2000 – notamment par le Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS [1] –, repose sur des choix d'aménagement et d'urbanisme qui promeuvent la santé et le bien-être des populations.

Alimenté par des travaux d'équipes anglaises et australiennes, le champ de la santé publique en France a récemment réinvesti ce concept, avec les objectifs suivants : identifier des solutions concrètes pour remettre l'humain au cœur des préoccupations et déterminer les leviers permettant la création d'un urbanisme favorable à la santé. L'une des étapes a consisté à établir un cadre d'action qui se structure autour de six axes à considérer simultanément :

- réduire les polluants, nuisances et autres agents délétères ;

- promouvoir des comportements sains chez les individus, surtout l'activité physique et une alimentation saine ;

- contribuer à changer l'environnement social pour favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants ;

- réduire les inégalités de santé entre les différents groupes socio-économiques et soutenir les personnes vulnérables ;

- mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité (en particulier entre professionnels de l'urbanisme et de la santé) et l'implication de l'ensemble des parties prenantes, y compris celle des citoyens ;

- prendre en compte et gérer les synergies et les possibles antagonismes entre les différentes politiques publiques (environnementales, d'aménagement, de santé, etc.) [2]. Cette structuration offre un cadre d'action permettant d'aborder les questions d'urbanisme et d'aménagement selon une approche systémique et positive de la santé.

Concrétiser la participation des habitants

La mise en œuvre de ce concept nécessite une forte collaboration de plusieurs secteurs. Au XIX^e siècle, les professionnels de santé ont eu une

grande influence sur la conception des villes, la largeur des rues, les espaces verts, les types de logements. Aujourd'hui, les projets d'urbanisme restent malheureusement trop souvent centrés sur les aspects techniques et environnementaux. Ils ne prennent pas suffisamment en compte – avec les habitants – les enjeux de santé, qui permettraient de dépasser la concertation institutionnelle pour tendre vers des processus de co-élaboration.

En effet, sur le terrain, l'urbanisme et l'aménagement n'accordent pas une place suffisante à la parole des usagers et ne considèrent pas assez leur vécu. En général peu associés aux décisions, ces derniers ne sont donc pas en capacité de se les approprier. Ceci renvoie aux insuffisances de la démocratie sanitaire et citoyenne : ainsi, nombre d'enquêtes d'utilité publique restent invisibles pour les citoyens, et certains comités de quartiers ne fonctionnent pas de façon satisfaisante.

Ce dossier identifie les leviers pratiques et les espaces institutionnels disponibles afin que les acteurs de tous les secteurs puissent agir pour un environnement et un urbanisme favorables à la santé. C'est en accompagnant les choix d'urbanisme et d'aménagement que l'on maximisera les bénéfices sur la santé des populations, tout en tentant d'éviter le cumul des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Barton H., Tsourou C. *Urbanisme et Santé – Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. Rennes : S2D/OMS Europe, 2004 : 178 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf?ua=1

[2] Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.-L., Cuzin Y. *Agir pour un urbanisme favorable à la santé – Concepts & Outils [Guide]*. Rennes : EHESP, 2014 : 191 p. En ligne : <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>

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. Ramelbr / AKW/Imago

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. Ramello / ANW 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.

« Intégrer la santé dans l'urbanisme et l'aménagement »

Entretien avec Lionel Brard,

adjoint au maire de Valence en charge de la Santé, de l'Écologie urbaine et de la Participation, président du syndicat mixte du Schéma de cohérence territoriale (SCoT) du Grand Rovaltain Drôme-Ardèche (300 000 habitants).

aménagement du territoire à l'horizon des vingt-cinq prochaines années. C'est une démarche de concertation et de programmation en continu, à la fois prospective (2040) et immédiatement opérationnelle (2015), qui s'impose aux autres documents d'urbanisme. Le schéma façonne le devenir du territoire, indique ce qui est nécessaire, souhaitable ou à proscrire.

Les enjeux de santé publique étant cruciaux, il appartient bien évidemment au SCoT de s'en emparer : facilitation des implantations (plateformes et réseaux de télé-médecine, maisons de santé pluri-professionnelles), prise en compte des incidences sur la santé des infrastructures de transport et des formes d'habitat, etc.

« LE SCHÉMA DE COHÉRENCE TERRITORIALE DÉTERMINE LES ORIENTATIONS D'URBANISME ET D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE À L'HORIZON DES VINGT-CINQ PROCHAINES ANNÉES. »

La Santé en action : Par quels biais intégrez-vous la santé et la prévention dans le Schéma de cohérence territoriale ?

Lionel Brard : Le Schéma de cohérence territoriale (SCoT) détermine les orientations d'urbanisme et d'aménagement

Le SCoT traduit des choix d'urbanisme, qui ont un impact profond et durable sur la santé : forme urbaine et d'habitat, interface ville-campagne, densité, infrastructure de transports, mobilité douce et active, service écosystémique favorable à la santé, qualité et disponibilité de la ressource en eau, protection de l'air, intégration de la nature en ville.

Aussi, il est essentiel que le SCoT comporte de multiples marqueurs « santé », notamment à destination des plans locaux d'urbanisme (PLU) et des futurs plans locaux d'urbanisme intercommunaux (PLUi) pour soutenir, infléchir ou corriger les tendances qui le nécessitent.

S. A. : Dans quelle mesure Valence, membre actif du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, met-elle en œuvre un urbanisme prenant en compte la santé des habitants ?

L. B. : Nous avons décidé de mettre en place des études d'incidences sanitaires (EIS) en appui des grands projets d'aménagement. Nous initiions actuellement une démarche d'évaluation – avec l'appui de l'agence régionale de Santé – d'un projet de requalification urbaine portant sur l'aménagement des berges du Rhône en lisière de la ville et de l'autoroute A7 : centre aqua-ludique intégré, parcours santé et nature, jardin thérapeutique, vergers pédagogiques, arboretum.

Autre illustration : nous avons mis en place des bandes arborées et paysagères, pour faire tampon entre des infrastructures à forts impacts et de futures zones d'habitation. Les mobilités douces et actives sont également développées (voie verte intra-muros, création de parkings-relais, station de

recharge pour véhicules à hydrogène) de même que les énergies à bas carbone, comme la géothermie (chauffage urbain).

Valence, ville d'eau, possède un réseau de 17 km de canaux d'eaux libres, alimentés par des sources naturelles situées en pleine ville. Un havre de nature en ville, de biodiversité au fil de l'eau et de ressourcement, qui participe au bien-être des Valentinois. Nous réfléchissons à la mise en place d'une signalétique ludique, afin de sensibiliser les piétons aux bienfaits de la marche : indication de la distance, du temps de trajet et aussi du bénéfice retiré pour un parcours à pied (calories consommées, secondes d'espérance de vie épargnées, grammes de carbone évités).

S. A. : Comment les services de l'urbanisme, du cadre de vie et ceux en charge de la santé se concertent-ils ?

L. B. : Ma délégation recouvre fort opportunément la santé publique, l'écologie urbaine et la participation, et ce choix de notre municipalité n'est pas un hasard. Les démarches simultanées et croisées – Agenda 21, plan climat-air-énergie territorial, plan de déplacement urbain, zones soumises à contraintes environnementales (eau), plan d'exposition au bruit –, engagées depuis un an et demi, sont propices à la concertation et à la prospective.

Pour accompagner la dynamique, nous avons mis en place des appuis exécutifs transversaux, regroupant *a minima* autour du maire les adjoints en charge de l'Urbanisme et des Grands Travaux, de l'Espace public (voirie), des Transports et de l'Énergie, des Espaces verts et de la Nature en ville,



© Gilles Caillon / Tendresse Flore

L'ESSENTIEL

▣ Maisons de santé pluri-professionnelles, plateforme mutualisée d'innovation en toxicologie et en écotoxicologie, jardin thérapeutique, conseil local de santé mentale, aménagement des berges du Rhône, limitation à 90 km/h de la vitesse sur l'autoroute A7: la ville de Valence s'attache à mettre en œuvre un urbanisme favorisant le bien-être de ses habitants.

« UNE PARTICIPATION CONJOINTE DES ÉLUS ET DES SERVICES DÉDIÉS AUX ENJEUX TRANSVERSAUX ET COMPLEXES AYANT UNE INCIDENCE SUR LA SANTÉ EST UN PRÉREQUIS POUR ATTEINDRE EFFICACEMENT UN OBJECTIF D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ. »

de l'Écologie urbaine, de la Santé et de la Participation. Ce mode de fonctionnement participe d'une démarche générale d'Agenda 21 et de management environnemental. Une participation conjointe des élus et des services dédiés aux enjeux transversaux et complexes ayant une incidence sur la santé est un prérequis pour atteindre efficacement un objectif d'amélioration de la santé. La décision du maire Nicolas Daragon, de faire limiter la vitesse sur l'autoroute A7 à 90 km/h dans sa partie urbaine, en est une bonne illustration.

S. A. : Comment les habitants sont-ils associés à la réflexion et à l'action en matière d'urbanisme : bâti, transports, espaces verts ?

L. B. : Valence dispose d'une maison Relais Santé, qui héberge un réseau d'associations extrêmement actives et performantes.

Nous avons, de plus, mis en place, pour accompagner notre action, treize comités de quartier pour échanger avec la population de façon proactive sur les enjeux de la vie quotidienne, dont la santé.

Nous avons également installé, en 2015, un conseil local de santé mentale et ouvert un atelier Valence Santé 21, regroupant professionnels, acteurs institutionnels, élus, associations et services pour échanger autour des enjeux de démographie médicale, d'offre de soins de proximité, de prévention. Là encore, c'est un prérequis pour agir juste et au plus près des attentes parfois antagonistes, afin de les faire converger et de construire des solutions partagées. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérueu, journaliste.

ARS Pays de la Loire : pour que la santé soit prise en compte dans l'urbanisme

Gwénaëlle Hivert, ingénieur sanitaire, département Prévention et Promotion de la santé, direction de la Prévention et de la Protection de la santé,
Corinne Lécluse, ingénieur d'études sanitaires, délégation territoriale de Loire-Atlantique,
Damien Le Goff, ingénieur d'études sanitaires, délégation territoriale de Maine-et-Loire,
Valérie Vial, ingénieur sanitaire, département Veille et Sécurité sanitaire, direction de la Prévention et de la Protection de la santé, ARS Pays de la Loire, Nantes.

L'interaction entre les concepts d'urbanisme et de développement durable (environnement) est largement prise en compte par les urbanistes. Toutefois, un travail pédagogique d'information reste à mener pour souligner l'interaction entre l'urbanisme et les facteurs déterminants de la santé des populations. Il convient d'expliquer comment l'environnement naturel, physique et social – et, par conséquent, les choix d'aménagement – influent sur leur santé. Partant de ce constat, l'agence régionale de santé (ARS) des

Pays de la Loire, dont la mission est d'intégrer la santé dans toutes les politiques – ici, celles d'aménagement et d'urbanisme –, pilote avec la direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (Dreal) un travail réunissant les acteurs de la santé et de l'urbanisme, pour qu'ils s'approprient une culture commune et des outils partagés.

Insuffler la santé dans l'urbanisme

Dans un premier temps, l'ARS a, via un groupe de travail, regroupé ses techniciens et ses ingénieurs dont le rôle est d'émettre des avis sur les

documents d'urbanisme. Ensemble, ils ont défini les thématiques concernées, au-delà de la qualité de l'environnement physique (par exemple la protection de la ressource en eau) et en prenant en compte les orientations du projet régional de santé. L'ARS intègre progressivement à ses avis, sur les documents d'urbanisme à l'échelle intercommunale (schémas de cohérence territoriale – SCoT) et communale (plans locaux d'urbanisme – PLU), de nouveaux paramètres relatifs à l'offre de soins et aux données d'observation de la santé. En d'autres termes, elle incite les structures locales à prendre en considération, dans l'aménagement du territoire, les dispositifs ayant une forte composante de santé globale (contrats locaux de santé, actions autour du logement, de l'habitat indigne, du « parcours santé » de publics fragiles, etc.).

Ce travail commun sur les déterminants de la santé dépendants de l'urbanisme s'est aussi traduit par l'implication de l'ARS dans la conception du guide publié par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en lien avec la Direction générale de la santé, intitulé *Agir pour un urbanisme favorable en santé*. L'ARS a également développé ses premiers échanges sur ce sujet avec les services déconcentrés de l'État concernés : la Dreal et la direction départementale des Territoires et de la Mer (DDTM).

En parallèle, les porteurs du futur Plan régional santé environnement (PRSE 3) des Pays de la Loire ont retenu, après concertation, parmi les cinq axes stratégiques : « l'aménage-

L'ESSENTIEL

- ▶ Pour intégrer la santé dans toutes les politiques, l'ARS Pays de la Loire mobilise des professionnels de l'urbanisme, de l'aménagement et de la santé.
- ▶ L'objectif est que le facteur « santé » soit concrètement inclus dans les pratiques d'aménagement et d'urbanisme.

ment, l'urbanisme et la santé », pilotés en partage par l'ARS et la Dreal. Concrètement, un groupe de travail – composé de collectivités, de services de l'État, d'agences d'urbanisme et de conseil, d'organismes de recherches, d'associations – élabore actuellement un plan d'actions. Il a déjà identifié les principaux besoins : partage de connaissances, appropriation des liens entre urbanisme et santé grâce à la diffusion de retours d'expériences aux collectivités et aux services qui les accompagnent.

Formation et réseau Urbanisme et Santé

Première pierre à la construction d'une culture partagée, une formation « urbanisme favorable à la santé » a été dispensée à Nantes avec l'EHESP, réunissant les agents de l'ARS, la Dreal, les DDTM, Nantes et Nantes Métropole. Par ailleurs, un réseau Urbanisme et Santé, associant la Dreal, les DDTM et l'ARS, mène actuellement un travail conjoint sur les informations des services de l'État, destiné aux collec-

tivités locales, dans le cadre d'une procédure d'élaboration ou de révision de documents d'urbanisme. L'objectif est de bien identifier le rôle des plans locaux d'urbanisme (SCoT et PLU) et, en particulier, leur capacité à influencer sur les déterminants de la santé, en mettant l'accent sur toutes les thématiques favorisant des comportements de vie sains, sur l'accessibilité aux services, sur l'habitat et le cadre de vie, les milieux et les ressources (*guide EHESP/DGS cité ci-avant*). Ce réseau définit également les modalités de sensibilisation et de mobilisation des collectivités territoriales, des bureaux d'études... afin que le facteur « santé » devienne un élément intrinsèque des pratiques d'aménagement et d'urbanisme.



© Jérôme Brézillon / Tendence Floue

Évaluations d'impact sur la santé

Parallèlement, l'ARS a décidé, à partir de 2014, de promouvoir le document de l'EHESP traitant de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) des politiques publiques (*lire l'article d'A. Roué-Le Gall et al. dans ce dossier*) et de l'expérimenter dans un premier temps sur deux

projets d'urbanisme, d'aménagement du territoire ou de transports, sélectionnés en partenariat avec des collectivités (*lire encadré*). Une formation assurée par l'EHESP a permis une présentation des évaluations d'impact sur la santé à des agents des collectivités, de l'ARS

et de l'Observatoire régional de santé, de profils différents : espaces verts, gestion urbaine de proximité, urbanisme, santé publique, animation des politiques de territoires, etc.

Ces deux EIS feront l'objet d'un retour d'expérience dans le cadre du PRSE 3, sur les cinq items suivants :

- analyse des déterminants de la santé sur lesquels le projet a un impact ;
- pluridisciplinarité (santé, urbanisme, social, etc.) nécessaire autour du projet d'aménagement ou d'urbanisme ;
- approche prospective pour infléchir le projet dans un sens favorable à la santé et au bien-être des usagers ;
- attention particulière portée aux inégalités sociales de santé existantes ou générées par le projet ;
- prise en compte de l'expertise des usagers.

Forte demande d'accompagnement

En conclusion, cette dynamique impulsée en Pays de la Loire en est pour l'instant à ses débuts. Elle reçoit un accueil plutôt favorable des urbanistes, pour lesquels la santé apparaît comme une opportunité de replacer l'humain au cœur de leur pratique. Pour autant, il est nécessaire de prendre en compte les réserves de certains élus et décideurs, qui craignent la complexification de la décision publique et attendent des outils très concrets pour les accompagner afin d'intégrer la santé dans leurs projets. ■

NANTES, ANGERS : MAISON DE SANTÉ ET ESPACES VERTS

Les villes de Nantes, Saint-Herblain et Nantes Métropole accompagnent la création d'une maison de santé pluri-professionnelle et de son projet de santé (dimensions de soins, de prévention, sociale, etc.) dans un quartier prioritaire, au titre de la politique de la ville. Une étude a décrit les comportements et les freins actuels de recours aux soins dans ce secteur géographique. Dans ce contexte, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) aura pour objet d'envisager l'intégration de la maison de santé au projet de renouvellement urbain du quartier ; elle s'intéresse également aux populations riveraines, futures utilisatrices de la maison de santé. Modes d'accès à la maison de santé : transports, accessibilité, visibilité, attractivité pour les publics les plus éloignés du soin, etc. ; qualité du bâti ; synergie avec les acteurs de la prévention du quartier ; accès à l'information et aux droits ; sécurité... sont autant d'axes de réflexions

dans lesquels les acteurs et la population seront impliqués durant cette étude.

À Angers, le quartier Montplaisir, qui cumule les indicateurs sociaux les plus sensibles (28 % de la population active en situation de demande d'emploi, un tiers des ménages sous le seuil de pauvreté, etc.), fait l'objet d'un programme de renouvellement urbain. La ville identifie un facteur-clé de cohésion sociale et de réduction des inégalités sociales de santé autour des espaces publics du quartier – espaces verts, cheminements, abords des établissements recevant du public – et de leur appropriation. Lors du diagnostic Atelier santé ville (ASV) en 2008, les habitants avaient pointé cette réalité. L'EIS concernera ces sites et, de façon plus approfondie, un espace vert majeur en cœur de quartier et l'aménagement d'équipements sportifs. Elle permettra d'évaluer l'adaptation de ces lieux à tous les publics, quels que soient l'âge et le sexe, les enjeux de sécurité, de lien social, de bien-être, l'accessibilité aux différents services structurants du quartier, l'offre d'activité physique adaptée à tous, etc.

Le Grand Paris peut-il être favorable à la santé ?

Nicolas Notin, chargé de projet Grand Paris, pôle Besoins, Réductions des inégalités, Territoires, direction de la Santé publique, ARS Île-de-France, Paris,

Luc Ginot, directeur du pôle Besoins, Réductions des inégalités, Territoires, adjoint au directeur de la Santé publique, ARS Île-de-France, Paris.

Le Grand Paris¹, c'est aujourd'hui quatre axes structurants : le Grand Paris des transports, un réseau de nouvelles gares ; celui du logement, une densification majeure non seulement autour de ces gares mais aussi dans d'autres zones ; celui des territoires, les contrats de développement territoriaux ; et enfin, le Grand Paris institutionnel, avec

l'émergence d'une immense métropole regroupant Paris et sa petite couronne, aux fortes compétences en matière d'urbanisme, d'habitat et d'environnement. Ces quatre axes sont bien sûr interconnectés, et l'ensemble est traversé de contradictions et d'enjeux – socio-urbains, économiques, politiques – d'une rare ampleur.

Une opportunité pour réduire les inégalités

Au sein de cette réforme de l'administration des territoires et de ces grands travaux, déjà en cours pour certains d'entre eux, la santé est à la fois absente et omniprésente : elle n'y fait l'objet d'aucun affichage politique, d'aucun objectif stratégique ; pourtant, l'expérience francilienne montre que les inégalités sociales et territoriales de santé, considérables dans une région où l'espérance de vie varie de plusieurs années – de deux à trois ans, tant chez les hommes que chez les femmes – selon les territoires, sont en particulier liées à l'habitat, à l'urbanisme, aux transports, et à leur

traduction en termes de ségrégation sociale et de relégation urbaine. La situation constatée en Île-de-France démontre aussi que le système de soins lui-même, faute d'adaptation aux besoins territoriaux et sociaux des populations, peut creuser les écarts.

Ainsi, pour l'agence régionale de santé (ARS), la logique du projet Grand Paris présente le risque d'une aggravation de ces inégalités ou, à l'inverse, une opportunité unique de les réduire en intervenant à la source et à une échelle structurante.

Une approche stratégique : le plaidoyer

En l'absence de cadre *ad hoc* et dans un contexte où, finalement, personne n'avait songé à solliciter les acteurs de la santé, c'est une stratégie de plaidoyer que met en œuvre l'ARS.

Ce plaidoyer doit rapprocher des cultures différentes. Il faut ainsi montrer aux élus, urbanistes, aménageurs, en quoi l'organisation des nouveaux quartiers dans les communes défavorisées du nord-est de la future métropole pourrait ou non contribuer à réduire – à moyen et long termes – la forte prévalence d'obésité et de diabète qui caractérise ces territoires. Mais il faut aussi mobiliser les établissements de santé proches des futures gares, pour qu'ils s'approprient un Grand Paris encore abstrait, qui aura pourtant un impact sur leur accessibilité. Un double risque menace : déployer un discours incantatoire général ou, à l'inverse, s'enfermer dans une approche locale omettant la dimension régionale et donc source d'inégalités.

Ainsi, plutôt qu'une démarche systématique ou qu'une communication de grande ampleur, le choix est fait de

L'ESSENTIEL

- ▣ Le vaste chantier du Grand Paris réorganise le territoire de la capitale et son pourtour proche.
- ▣ Ces travaux auront un impact en termes de santé des populations.
- ▣ L'implication de l'agence régionale de santé Île-de-France est prépondérante, car des alliances sont indispensables pour promouvoir la santé et réduire les inégalités.

concrétiser d'abord ce plaidoyer par des alliances avec de grands intervenants dans le processus.

Un exemple : le travail avec la Société du Grand Paris

Un enjeu important est celui de la création de quartiers dits « de gare » : ce processus urbain va conduire à la construction simultanée des gares situées sur les futures lignes du réseau Grand Paris Express et de quartiers nouveaux souvent très denses autour de ces gares. La programmation générale (réseau, gares, quartiers) en est confiée à la Société du Grand Paris (SGP), qui entraîne avec elle d'autres acteurs : élus, bureaux d'urbanisme, administrations, transporteurs, mais dont le cœur de métier n'est pas la santé et encore moins les inégalités de santé. Comment faire alliance entre l'ARS et la SGP ?

Trois premières étapes du travail peuvent être identifiées à ce jour.

- L'élaboration d'un discours commun : le travail de sensibilisation – des élus et des aménageurs – à l'impact de l'urbanisme sur la santé est désormais mené conjointement par la SGP et par l'ARS², ce qui lui assure une forte

légitimité. Ce travail passe par l'explicitation des inégalités territoriales dans la prévalence de pathologies telles que le surpoids et le diabète, et du rôle de l'aménagement urbain dans la lutte contre ces dernières. De la même façon, les deux partenaires rencontrent ensemble des établissements de santé pour aborder avec eux la question des cheminements piétonniers et des ruptures urbaines entre leur site et les futures gares. Ce discours intègre progressivement la dimension des inégalités : il est important de combler le retard d'accessibilité spécifique aux territoires populaires, retard dû notamment aux difficultés de circulation que rencontrent en particulier les piétons, y compris les personnes les plus fragiles.

- Des diagnostics partagés : ils visent, par exemple, à anticiper l'impact des nouveaux quartiers sur les besoins concernant le système de soins. La démographie médicale y est d'autant plus déficitaire aujourd'hui que les territoires rencontrent des difficultés sociales : sans accompagnement, la

densification de population créerait, à terme, des situations inextricables pour l'accès aux soins. Comment s'appuyer sur la dynamique du Grand Paris pour prévenir cette évolution, sans aggraver la situation d'autres quartiers déjà aux prises avec ces difficultés ?

- Des productions concrètes : à l'appui de ce travail, des documents sont produits sous l'égide de la SGP. Ainsi, le guide *Les places du Grand Paris* (portant sur l'aménagement des quartiers de gare) inclut un volet sur la réduction potentielle de certaines pathologies. Un « Cahier santé » est en cours de réalisation par l'Apur³. Il aborde les disparités d'offres de soins le long des lignes de métro du Grand Paris Express, documente l'impact prévisible de la densification et souligne les bonnes pratiques d'aménagement favorisant les mobilités actives.

Ce processus de travail se traduit par une convention entre l'ARS et la SGP, qui sera probablement suivie d'autres cadres de travail avec d'autres intervenants.

Des obstacles demeurent

Urbanistes et aménageurs doivent pouvoir s'approprier les connaissances acquises dans le domaine des déterminants urbains de la santé pour les traduire ensuite en choix opérationnels. Dans la littérature, le lien entre dimension physique de l'aménagement et apparition ou aggravation de pathologies est identifié de façon assez concrète ; en revanche, les différents acteurs ont insuffisamment assimilé d'autres liens tout aussi importants : entre les inégalités de santé et leurs déterminants, à savoir les facteurs sociaux défavorables dépendant des processus urbains (les processus de relégation, le sentiment d'exclusion ou celui d'insécurité). Des outils et des passerelles restent à inventer.

Pour que la confrontation entre acteurs de l'organisation socio-urbaine et de la promotion de la santé débouche sur la mise en œuvre d'une stratégie durable de réduction des inégalités sociales de santé, résistant aux logiques du foncier et de la ségrégation spatiale, les habitants et leurs représentants doivent être associés aux débats et aux évaluations d'impact. De plus, les acteurs de la santé doivent aussi s'emparer des enjeux du Grand Paris à toutes les échelles : celle du territoire de proximité comme celle, moins familière, des grands choix métropolitains structurants. Sur ces deux derniers points, la signature de protocoles de travail interinstitutionnel est une première étape, une fenêtre ouverte. Le chantier ne fait donc que débuter... ■



© J. Ramello / ANW/Imago

1. On entend par Grand Paris un processus politique et urbain, engagé et rythmé sous l'impulsion de l'État. Ce processus se traduit à la fois par des engagements politiques, la mise en place d'institutions territoriales et d'outils d'aménagements urbains spécifiques.

2. Par exemple, dans des réunions thématiques ou des assemblées d'élus.

3. Apur: Atelier parisien d'urbanisme, créé en 1967 par le Conseil de Paris. Ses missions : étudier et analyser les évolutions urbaines et sociétales participant à la définition des politiques publiques d'aménagement et de développement, contribuer à l'élaboration des orientations de la politique parisienne et notamment de ses documents d'urbanisme et de projets à l'échelle de Paris et de sa métropole.

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.

ANRU : rénover pour améliorer les conditions de vie des populations

Anne-Sophie Hainsselin, responsable du pôle Urbanisme durable et International, direction de la Stratégie et du Développement des programmes, Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), Paris.

L'Agence nationale pour la rénovation urbaine¹ est à la croisée de deux programmes nationaux : un programme de rénovation urbaine, lancé en 2003 et en cours d'achèvement, et un nouveau programme de renouvellement urbain, inscrit dans la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Au-delà du traitement des dysfonctionnements urbains, ce nouveau programme vise à inscrire durablement les quartiers concernés dans la dynamique de développement de leur territoire.

La rénovation urbaine représente un programme d'ampleur colossale : quatre millions d'habitants sont concernés dans près de six cents quartiers, entre 2003 et 2020 ; plus de quarante milliards d'euros d'investissement servent à remettre à niveau le cadre de vie dans les quartiers. Dans les quinze années à venir, le nouveau programme porte sur des financements également considérables, d'environ 20 milliards d'euros, qui concerneront plus de quatre cents quartiers.

Offrir un environnement de qualité

Ces projets urbains, portés par les collectivités locales et cofinancés par l'ANRU, visent à améliorer le fonctionnement urbain des quartiers et à offrir un environnement de qualité aux habi-

tants et aux usagers. Il s'agit, au-delà du bien-être des habitants, d'intégrer durablement ces territoires dans la dynamique de leur agglomération, en renforçant leur attractivité résidentielle et leur potentiel de développement économique. Pour mettre en œuvre ces objectifs, les interventions urbaines sont multiples. Elles concernent à la fois les espaces publics : rues, jardins, parcs, etc. ; les équipements publics : sportifs, culturels, sociaux, éducatifs, etc. ; les équipements à vocation économique : commerces, pépinières d'entreprises, etc. ; l'intérieur des logements et les parties communes ; les espaces résidentiels...

La prise en compte de la santé dans le Programme national de rénovation urbaine (PNRU) n'était pas inscrite dans les attendus de départ. Mais les projets menés, par leur nature et les objectifs qu'ils poursuivent, ont un impact sur la santé des habitants.

Prenons plusieurs exemples : l'une des premières interventions possibles dans un projet de renouvellement urbain, sans doute la plus évidente *a priori* pour les acteurs de l'urbanisme, est la réalisation d'une maison ou d'un centre de santé au cœur du quartier afin de favoriser l'accès aux soins des habitants. La création de nouveaux locaux, dans des bâtiments neufs ou existants, doit conforter ou inciter des

« LA REVALORISATION DE L'ESPACE DE VIE LIMITE LE REPLI SUR SOI ET LE SENTIMENT DE DÉVALORISATION. »

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Établissement public, l'ANRU finance la rénovation urbaine aux côtés des collectivités.
- ▣ Cette rénovation porte le plus souvent sur les déterminants – urbanisme, transports, etc. – et a donc un impact direct sur la qualité de vie et la santé des habitants.

professionnels de santé à s'installer dans des quartiers qui en sont très souvent dépourvus. La maison urbaine de Santé du Neuhof à Strasbourg, inaugurée en 2010², a ainsi permis de rassembler au cœur du quartier médecins, infirmiers, orthophonistes, kinésithérapeutes et un laboratoire d'analyses médicales. Cet équipement n'aurait pas pu voir le jour sans la mobilisation de l'ensemble des partenaires du projet : le bailleur social CUS Habitat, qui a accueilli le centre dans un bâtiment réhabilité, la commune et les professionnels de santé.

Renforcer les équipements publics

Outre la réflexion sur les infrastructures de santé, les projets de renouvellement urbain favorisent, par le renforcement des équipements publics, l'accès à des droits et à des services fondamentaux indispensables pour répondre aux difficultés sociales et économiques des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les équipements publics, ainsi améliorés, peuvent de nouveau jouer



© Patrick Tumeheueuf / Tendence Flâne

leurs fonctions sociales, en particulier éducatives et d'épanouissement personnel (culture, sport).

À Amiens, dans le quartier Étouvie, Le Grand Marais est un vaste parc de verdure de vingt-trois hectares, ouvert en 2007 sur un ancien lieu de décharge dépollué. Il dispose de stades d'entraînement de football, de terrains de street basket, de street hockey et de beach volley ou encore d'un parcours de santé, favorisant ainsi la pratique sportive.

La configuration urbaine de l'espace public participe également au bien-être des habitants d'un quartier. L'amélioration et une meilleure organisation des espaces publics contribuent à réduire le sentiment d'insécurité, en rendant plus lisibles les cheminements, en repensant l'éclairage urbain, en sécurisant les accès aux résidences, etc. Ces interventions, inscrites dans tout projet de renouvellement urbain, contribuent à diminuer le stress et l'anxiété et à favoriser les déplacements à pied. La réalisation de pistes cyclables concourt également au développement des modes de déplacement dits « actifs ».

Intervenir sur le logement et l'environnement

De nombreux projets de rénovation urbaine, comme celui de Montauban, ont également permis de réaliser des

jardins partagés ou collectifs, donnant ainsi la possibilité aux habitants de cultiver leurs propres légumes. Cette dimension est particulièrement intéressante au regard de la situation économique des ménages et permet l'accès à une alimentation plus saine. Les projets s'accompagnent systématiquement d'une démarche dite de « gestion urbaine de proximité » visant d'une part à organiser la vie dans le quartier pendant la mise en œuvre du projet, pour limiter les risques et les nuisances engendrés par des chantiers qui peuvent durer plusieurs années, et, d'autre part, à repenser les modes de gestion pour pérenniser les investissements réalisés. Cette démarche, associant fortement les habitants, est un enjeu important sur lequel agglomérations, villes et bailleurs sociaux travaillent au quotidien.

Les interventions sur les logements et leurs abords extérieurs sont également fondamentales. Elles ambitionnent notamment d'accroître le confort par l'amélioration des parties communes, des isolations thermique et acoustique, de la ventilation, etc. Les impacts sanitaires sont indéniables en termes de réduction du bruit ou de l'humidité par exemple. Les bailleurs sociaux mènent également des actions, dans le cadre des relogements notamment, pour résoudre les problèmes

de sur-occupation, avec des effets notables sur les résultats scolaires, entre autres. C'est finalement la revalorisation de l'espace de vie, qui a sans doute le plus d'impact sur la santé psychosociale des occupants, limitant le repli sur soi et le sentiment de dévalorisation.

Pour conclure, si la prise en compte de la santé dans les projets de renouvellement urbain n'a pas toujours été mise en évidence, elle en constitue une donnée intrinsèque, qui va bien au-delà de la seule question de l'offre de soins. Le nouveau programme national porte les mêmes ambitions et encourage les collectivités à élargir davantage les partenariats et à s'engager dans des démarches multicritères de développement urbain durable, pour croiser les approches en phase de conception des projets. Ainsi, les acteurs de la santé publique peuvent être utilement associés pour enrichir les projets locaux, notamment au travers d'une démarche comme l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS). Les travaux menés depuis plusieurs mois à ce sujet par l'agence régionale de santé d'Île-de-France, l'ARS Pays de la Loire (*lire les articles dans ce dossier p. 20 et p. 22, Ndlr*) et d'autres ARS (Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, etc.) seront sans doute à partager, pour favoriser une culture commune autour de ces enjeux. ■

1. L'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) a été créée par la loi n° 2003-710 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003. Établissement public à caractère industriel et commercial (Épic), elle est opératrice de politiques de l'État et accompagne principalement les collectivités territoriales ainsi que leurs partenaires locaux pour définir et mettre en œuvre des projets de renouvellement urbain dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

2. Entretien avec le docteur Élisabeth Pénide. J'accompagne les patients, pour restaurer leurs droits et leur dignité. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2012, n° 418 : p. 7-8. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-418.pdf

Urbanisme favorable à la santé : l'apport de l'anthropologie

Sandrine Manusset,
ethno-écologue.

Pourquoi faire intervenir un anthropologue pour construire un urbanisme durable et favorable à la santé ?

Comment s'assurer qu'un projet urbain sera bénéfique pour la santé des habitants ? Les expériences de terrain abondent pour démontrer qu'il ne suffit pas d'aménager par exemple une piste cyclable devant chaque porte, pour que chacun se déplace en vélo. Pour comprendre cet état de fait et développer des projets porteurs, il nous paraît fondamental de réintroduire le facteur humain, en se posant la question de l'adéquation des actions d'aménagement et d'urbanisme engagées au regard de la diversité des modes d'« habiter » et des nouvelles attentes sociétales, exprimées ou latentes.

Au départ de toute étude urbaine, les urbanistes font de plus en plus équipe avec d'autres disciplines : architecte, paysagiste, géographe et, plus nouvellement, designer, agence de communication, journaliste et sociologue. Soulignons ici que l'anthropologue n'est pas encore cité, alors qu'un territoire – quartier, commune, intercommunalité, agglomération – est avant tout un espace de vie, animé par le vivre-ensemble. Il est habité, vécu, parlé, porteur d'identités multiples ; sa structure et son fonctionnement renvoient aux dynamiques sociales

et culturelles qui le font exister. Un territoire qui « fonctionne » est un territoire où les mesures de gestion et d'aménagement correspondent aux attentes des habitants en termes de qualité du cadre de vie, d'attractivité d'un territoire, d'identités territoriales.

Augmenter l'acceptabilité sociétale d'un projet

Dans toute étude urbaine, coexistent « un scénario d'aménagement optimal », approche technique, et un « scénario d'aménagement acceptable » par tous les acteurs, où se mêlent différents enjeux culturels, économiques, sociétaux, environnementaux, etc. L'anthropologue peut identifier ce « scénario d'aménagement acceptable » et agir pour que l'écart entre le technique et l'acceptable soit moindre.

En partant de l'analyse et de la compréhension des pratiques, des usages et des représentations du territoire incluses à ces usages, l'anthropologue peut identifier les futurs besoins avérés ou latents des habitants, en particulier en matière de cohésion sociale. Ainsi, dans l'étude d'un aménagement de périmètre de captage situé au cœur d'une commune rurale de 2 500 habitants en Finistère, notre approche a conduit à proposer, entre autres, l'aménagement de jardins partagés dans le périmètre du captage, à l'encontre des prescriptions de l'autorité sanitaire ; l'objectif était de créer un lieu de dynamique sociale, en partant des attentes sociétales de nature et des besoins d'appropriation du site par les nouveaux habitants et les anciens. Aujourd'hui, les jardins sont gérés par une association forte d'une trentaine d'adhérents, qui participe activement et avec succès à la vie de la commune.

Un centre-ville repensé avec les habitants

Parce que le projet urbain est un projet collectif – quelle que soit l'échelle de territoire retenu –, qu'il s'agisse d'une approche thématique (les espaces naturels, les déplacements, etc.) ou d'outils de planification (le projet de territoire du plan local d'urbanisme (PLU), du schéma de cohérence territoriale (SCoT), de l'Agenda 21, etc.), l'approche anthropologique permet d'identifier les différentes représentations sociétales du territoire qui sont *in fine* au cœur de l'acceptabilité des projets par la communauté.

Pour exemple, dans le cadre d'un projet d'aménagement de centre-bourg d'une commune littorale de 3 000 habitants en Bretagne, un travail cartographique – réalisé lors d'ateliers publics avec les habitants – a permis de mettre en évidence quinze propositions de périmètre d'aménagement. L'analyse comparative des cartes dessinées par les habitants a conduit à identifier trois variantes du périmètre du bourg : un « bourg élargi », un « bourg restreint » et un « bourg en doigts ». La troisième étape d'analyse a consisté à superposer les périmètres au cadastre napoléonien pour mettre à jour l'armature urbaine primaire du bourg et ainsi matérialiser la définition sociale du cœur du bourg, sur lequel devra porter l'aménagement ; il concentre en effet les attentes de déplacement, de vie sociale et économique.

Faire participer tous les acteurs concernés par le projet urbain

L'intervention de l'anthropologue repose sur la sollicitation d'un panel d'acteurs représentant qualitativement l'ensemble des acteurs concernés pour

L'ESSENTIEL

▣ L'anthropologue est un véritable médiateur entre les habitants et les décideurs.

▣ Il recueille en particulier le vécu des habitants, afin de prendre en compte leurs attentes dans le cadre de tout projet d'urbanisme.

co-construire le projet. Chaque catégorie d'acteurs s'identifie par sa relation au territoire : les habitants dans leurs usages quotidiens de cet espace, les gestionnaires par leur pouvoir de décision et d'impact en lien avec leurs fonctions professionnelles et les experts qui apportent leur regard technique – circonscrit à un champ disciplinaire (architecture, géographie, paysage, etc.) – et objectif, dans la mesure où ils n'ont pas de lien d'influence direct avec l'espace qu'ils analysent. Le processus même de concertation (réunion publique, ateliers, etc.) permet de faire interagir les regards de l'ensemble des acteurs : les habitants et les gestionnaires-experts directs (élus, techniciens municipaux, etc.) et indirects (acteurs économiques, associations, directions départementales des territoires et de la mer, etc.).

Ateliers participatifs et réunions publiques

En fonction des enjeux de l'étude à mener, un certain nombre d'outils peuvent être déployés : entretiens semi-dirigés, ateliers participatifs, questionnaires, réunions publiques, observations sur site, etc. Il s'agit

« L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE PERMET D'IDENTIFIER LES DIFFÉRENTES REPRÉSENTATIONS SOCIÉTALES DU TERRITOIRE QUI SONT IN FINE AU CŒUR DE L'ACCEPTABILITÉ DES PROJETS PAR LA COMMUNAUTÉ. »

d'observer les pratiques et les usages et d'analyser les discours pour mettre en évidence la diversité des enjeux et des représentations sociétales, les corrélations entre « ce que je fais », « ce que je fais réellement » et « ce que je dis que je fais ».

Le protocole d'enquête doit répondre à deux exigences en même temps : l'exigence méthodologique pour mettre en évidence la diversité des pratiques, usages et représentations selon les principes de l'anthropologie sociale ; l'exigence opérationnelle, liée aux demandes de concertation publique unanimement partagées aujourd'hui et aux conditions de déroulement des missions d'urbanisme dans un laps de temps et sur un espace bien définis.

Intégrer les enjeux sociétaux dans l'urbanisme

La plus-value des démarches qualitatives et comparatives, dont relève l'anthropologie, reste sous-estimée. Sur le plan du droit, il est à regretter que le juge administratif ne se prononce pas sur l'intégration réelle des enjeux sociétaux dans un projet d'urbanisme. Pour exemple, un plan local d'urbanisme peut être attaqué par le biais du volet de la concertation, si et seulement si le nombre de réunions réalisées est différent de celui consigné dans la délibération. Il n'est nullement question de la pertinence de la concertation en fonction des enjeux réels du projet. Il reste aux tribunaux à comprendre l'intérêt d'une approche qualitative, qui ne peut se dissoudre dans des indicateurs quantitatifs de processus (tel le nombre de réunions...). ■



© VCastor / RWI Image

Santé et échelles territoriales

Julie Vallée,
chargée de recherche
en géographie,
CNRS - UMR
Géographie-Cités, Paris.

En ville, les approches territoriales de la santé se sont développées depuis une quinzaine d'années et font l'objet d'un intérêt accru auprès de la communauté scientifique et des décideurs politiques. Elles aident en effet à mettre en évidence les inégalités spatiales de santé, à progresser dans la compréhension de leurs déterminants et à lutter contre ces différences en ciblant les zones et les populations prioritaires. Face à cet intérêt nouveau porté au territoire dans le champ de la santé, on remarque cependant une certaine confusion dans les échelles territoriales à mobiliser, selon que l'on cherche à diagnostiquer, à comprendre ou à agir sur les inégalités de santé.

Le territoire : un outil de diagnostic

En France comme dans de très nombreux pays, il est maintenant courant de réaliser des diagnostics de santé qui mettent en évidence les écarts de mortalité et de morbidité entre les quartiers d'une même ville. Ces diagnostics territoriaux, réalisés à l'aide de cartes – souvent bien plus parlantes que des chiffres pour porter un plaidoyer –, permettent d'identifier les espaces où résident des populations pour lesquelles les besoins de santé en termes d'actions préventives ou curatives sont les plus criants.

Ces diagnostics, certes indispensables, ne constituent cependant qu'une première étape à la mise en place d'actions territorialisées pour améliorer la santé des citoyens. Pour pouvoir agir efficacement sur les inégalités de

santé entre groupes sociaux, culturels, générationnels..., il importe de ne pas s'en tenir à une cartographie, aussi fine soit-elle, des indicateurs de santé, mais de considérer les mécanismes à l'origine de ces inégalités.

Le territoire : une clé de compréhension

Que ce soit en épidémiologie, en géographie ou en sociologie de la santé, de nombreux travaux ont mesuré les effets de l'espace, souvent appréhendé au niveau du quartier de résidence, sur des indicateurs de santé, tels que les comportements alimentaires et addictifs, les états de santé physique et psychologique et les recours aux soins des populations [1].

Cinq déterminants majeurs ou éléments de contexte des quartiers – ce que les scientifiques appellent des « structures d'opportunités » – peuvent promouvoir la santé ou, au contraire, lui nuire :

- les caractéristiques physiques de l'environnement ;
- la salubrité et la sécurité des espaces ;
- les caractéristiques sociales de la population, reflétant l'histoire du quartier et son tissu social ;
- la réputation du quartier, telle qu'elle est perçue par les habitants et par les autres acteurs concernés : autorités publiques, promoteurs privés, etc. ;
- les configurations locales des équipements, comme les commerces, le réseau de transports, les écoles, les services de santé et les centres sportifs et de loisirs [2].

Pour ne donner que quelques exemples, des études ont souligné l'influence positive d'une forte densité des services de santé sur la fréquence

L'ESSENTIEL

▣ L'influence du quartier de résidence sur la santé des individus et leur accès aux soins fait aujourd'hui l'objet d'une reconnaissance croissante en géographie de la santé, en épidémiologie sociale et en santé publique.

▣ Toutefois, s'attaquer aux inégalités de santé exige d'aborder le territoire à une échelle plus large que le seul quartier de résidence.

des dépistages des cancers et l'influence de la densité et du type de commerces alimentaires sur les habitudes nutritionnelles. Au-delà des équipements disponibles, les interactions sociales, qui se nouent au sein des quartiers de résidence, façonnent des normes et des valeurs (relatives par exemple aux façons de se soigner, de manger ou de se déplacer) qui favorisent ou contrarient l'adoption de comportements favorables à la santé.

Bien qu'essentiel, le quartier de résidence n'est pas le seul territoire à considérer lorsque l'on cherche à progresser dans la compréhension des inégalités de santé et dans la mise en place d'actions de santé publique et d'aménagement territorial. Restreindre l'analyse au seul quartier de résidence revient à ignorer la mobilité quotidienne des populations – par exemple dans le cadre de leur travail –, qui conditionne pourtant leur façon d'interagir avec leur environnement social et d'accéder aux ressources réparties [3, 4]. De plus, réduire le champ des analyses et des actions au quartier

dans lequel les populations habitent revient à ignorer que la configuration sociale et urbaine des quartiers et leur ségrégation spatiale résultent de processus politiques et économiques à des niveaux supérieurs : municipal, régional, national, voire mondial. L'intérêt récent porté aux territoires ne doit donc pas conduire à commettre des « confusions territoriales » en n'agissant que dans les seuls espaces territoriaux où les besoins de santé sont les plus criants. On rejoint ici plus largement la position critique de certains chercheurs en sciences sociales, qui invitent à ne pas confondre problème *dans* la ville et problèmes *de* la ville [5].

Le territoire : un levier d'action

À l'heure de la territorialisation des politiques de santé (instaurées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 et traduites par l'installation des agences régionales de santé en 2010), une certaine prudence s'impose donc lorsque l'on cherche à concentrer les moyens et les actions dans des territoires spécifiques. Ces modalités d'approches de la santé n'auraient ainsi guère de sens si elles ne donnaient lieu qu'à des actions dans les espaces dits prioritaires, où résident des populations dont les besoins de santé sont les plus élevés.

Il importe ainsi que les acteurs publics se concertent et articulent leurs territoires respectifs d'action, afin que les besoins des différentes populations soient pris en compte, qu'elles habitent le territoire ou bien le fréquentent sans y résider. Si l'on cherche par exemple à améliorer l'accès aux équipements culturels ou de loisirs des populations les plus pauvres, il est nécessaire de mettre en place des mesures incitatives pour densifier l'offre d'équipements à proximité des lieux de résidence et d'activité des populations les plus pauvres et pour faciliter leurs déplacements vers les espaces bien pourvus en équipements [6]. Il y a donc tout intérêt à ce que les actions à mener pour lutter contre les inégalités intra-urbaines de santé s'inscrivent à différentes échelles territoriales : si l'approche locale permet de diagnostiquer efficacement les problèmes et d'analyser les interactions spécifiques, qui se nouent entre les populations et



© Adam Guillaume / TendenceFloue

leur quartier, elle ne permet pas – à elle seule du moins – de faire émerger des solutions. C'est en ce sens que les contrats locaux de santé (CLS) doivent assurer l'articulation entre les politiques locales, régionales et nationales, et permettre de lutter ainsi contre les

cloisonnements intersectoriels [7]. S'attaquer aux inégalités sociales de santé nécessite de coordonner des politiques publiques à différentes échelles territoriales, en adoptant une approche résolument multiscale. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Diez-Roux A. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 11 : p. 1783-1789. En ligne : ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.91.11.1783
- [2] Macintyre S., Ellaway A. Neighborhoods and Health: an Overview. In : Kawachi I., Berkman L.F. (Eds.). *Neighborhoods and Health*. New York : Oxford University Press, 2003 : p. 20-42.
- [3] Vallée J., Chauvin P. Investigating the Effects of Medical Density on Health-Seeking Behaviours Using a Multiscale Approach to Residential and Activity Spaces: Results from a Prospective Cohort Study in the Paris Metropolitan Area, France. *International Journal of Health Geographics*, 2012, vol. 11 : p. 54. En ligne : <http://www.ij-healthgeographics.com/content/11/1/54>
- [4] Vallée J., Frohlich K., Kestens Y., Shareck M. Accès aux ressources et santé mentale à Montréal :

l'importance de la mobilité quotidienne. *Métropolitiques*, dossier « Ville et santé », 2014 : 7 p. En ligne : www.metropolitiques.eu/IMG/pdf/met-vallee-shareck-kestens-frohlich.pdf

[5] Garnier J.-P. *Une violence éminemment contemporaine. Essais sur la ville, la petite-bourgeoisie intellectuelle et l'effacement des classes populaires*. Marseille : Agone, coll. Contre-Feux, 2010 : 256 p.

[6] Vallée J., Commenges H., Perchoux C., Kestens Y., Chaix B. Mobilité quotidienne et accès potentiel aux ressources urbaines en Île-de-France : quelles inégalités sociales ? In : Pumain D., Mattei M.-F. coord. *Données urbaines*. Paris : Economica/Anthropos, 2015, vol. 7 : p. 87-95.

[7] Hashar-Noé N., Salomera E. Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. *La Santé en action*, 2014, n° 428 : p. 14-17. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf

Des inégalités socio-spatiales croissantes dans les grandes villes

Entretien avec Guillaume Faburel, professeur d'études urbaines, université Lyon 2, UMR Triangle et LabEx IMU (Intelligences des mondes urbains).

La Santé en action :
On parle souvent de tri social et de gentrification, dans les ÉcoQuartiers. Qu'en est-il ?

Guillaume Faburel : La gentrification désigne un processus de sélection sociale par concentration spatiale de populations aisées.

Et si cette gentrification se mue en logique insulaire de l'entre-soi, elle participe de la ségrégation, contribuant alors à des inégalités socio-spatiales croissantes, particulièrement dans les grandes villes.

Les ÉcoQuartiers¹ seraient à ce jour considérés parmi les facteurs premiers de gentrification urbaine, du fait d'un coût d'accès au logement renchéri par les nouvelles techniques de construction écologique. De même, ils pourraient être facteur de ségrégation, dans la mesure où les aménagements réalisés ne correspondent pas aux attentes et aux pratiques d'une partie de la population. C'est le cas par exemple de la piétonisation et de la végétalisation de l'espace public, qui

reportent la circulation automobile en marge du quartier ; de même, l'offre commerciale est moins diversifiée au sein d'un ÉcoQuartier.

Toutefois, de tels risques ne deviendront pas partout réalité. Cela dépend en fait beaucoup de la logique économique de l'aménagement et, concomitamment, de

la situation spatiale de tels projets. Si l'on considère le grand nombre d'ÉcoQuartiers engagés en France, les réalisations sont fort disparates et vont de la rénovation urbaine à l'aménagement *ex nihilo* de quartiers centraux (les plus nombreux), de projets de maîtrise d'extension dans le périurbain au desserrement dans le rurbain (bien moins nombreux).

Mais la centralité urbaine et les politiques de densification ont une incidence indéniable sur le tri social. Plus les projets participent de la vitrine architecturale et technologique des métropoles – hissées au rang de locomotives territoriales, avec très souvent une forte implication des opérateurs privés –, plus les coûts d'accès sont prohibitifs... engendrant des ségrégations d'ores et déjà observées (voir l'ÉcoQuartier Ginko à Bordeaux ou Confluence à Lyon).

S. A. : Au-delà des ÉcoQuartiers, quelles sont les politiques publiques visant à contenir cette gentrification ?

G. F. : Face à de tels mécanismes, largement économiques, soutenus par le marketing territorial, les pouvoirs publics se sont aussi logiquement fixé quelques ambitions de régulation.

Il s'agit, au premier chef, d'actions visant à garantir une mixité sociale et fonctionnelle, voire générationnelle, objectifs figurant d'ailleurs parmi les tous premiers critères de labellisation ministérielle. Outre les quotas sociaux habituels, les aménageurs peuvent favoriser une atteinte de cette mixité, *via* l'offre de services à la personne, la diversification des commerces, des lots destinés à l'auto-construction : ces logements faisant l'objet d'une

implication directe des habitants dans leur conception/construction peuvent être de moindre coût.

Cependant, force est de constater que la proximité géographique ne rime pas toujours avec l'inclusion et le mélange social et encore moins avec le partage et l'entraide. Construire, autrement, de la solidarité demeure à ce jour un moyen sous-exploité : achats groupés et entraide alimentaire, covoiturage et services de mobilités, habitats et garages groupés, gestion partagée d'activités et d'espaces communs (recyclage, jardins, bar associatif, etc.). Nous renvoyons notamment à l'ÉcoQuartier de Hédé-Bazouges, à vingt kilomètres de Rennes, pour exemple de telles réalisations [1].

Dès lors, la participation de tous les habitants s'affirme comme l'un des tous premiers enjeux et ce, à différentes échelles spatiales et à tous les moments du projet. Le quartier peut être une construction nouvelle visant à modifier durablement – par l'offre de logements et de mobilités, par l'offre commerciale et la création d'espaces publics, etc. – différentes dynamiques territoriales : en amont pour une réelle co-production du projet, durant la phase de construction et son suivi et, plus encore, après la livraison, pour la vie de quartier et les dynamiques humaines et sociales créées.

S. A. : Pourquoi et comment associer les habitants ?

G. F. : Au-delà des concertations réglementaires – par exemple en mettant en place des ateliers de co-production de projet d'ÉcoQuartiers – très fréquemment fondées sur le désir institutionnel de rendre acceptable les projets, il s'agit plus encore de dépasser

L'ESSENTIEL

▣ Assurer la mixité sociale dans les centres-villes, les quartiers nouvellement construits ou faisant l'objet d'un renouvellement urbain est un véritable défi. Les ÉcoQuartiers en sont une illustration.



© Patrick Toumebeur / Tendances Floue

« CONSTRUIRE DE LA SOLIDARITÉ DEMEURE À CE JOUR UN MOYEN SOUS-EXPLOITÉ : ACHATS GROUPÉS ET ENTRAIDE ALIMENTAIRE, COVOITURAGE ET SERVICES DE MOBILITÉS, HABITATS ET GARAGES GROUPÉS, GESTION PARTAGÉE D'ACTIVITÉS ET D'ESPACES COMMUNS (RECYCLAGE, JARDINS, BAR ASSOCIATIF). »

ces considérations et d'accompagner l'émergence de nouvelles formes de solidarité, pour lutter contre les inégalités et pour garantir la cohésion.

Or, par une participation active et directe, ce sont des modes d'« habiter » du quartier qui s'expriment [2]. Et cet « habiter » manifeste attentes concrètes et imaginaires projectifs, mémoires des lieux et expériences ordinaires. C'est ce qu'enseignent aussi quelques cas. Ceux-ci, éloignés des cœurs de villes aux allures de métropoles, se concrétisent surtout par la mise en place de dispositifs au long cours, renouvelant les formes de l'engagement

pratique des habitants, et pas seulement des populations aisées. C'est notamment le cas de l'ÉcoQuartier de Faux-la-Montagne, dans le Limousin, qui a été primé – comme celui de Hédé-Bazouges –, par le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie en 2013, au titre du label national. Une trentaine de personnes s'est engagée dans un fonctionnement coopératif (avec création de SCIC) pour mettre en œuvre auto-construction, halle et four à pain collectif, ateliers d'écriture architecturale, etc., et proposer des modes de vie que les habitants considèrent écologiques.

Exploiter de tels éléments d'information pour agir serait certainement un moyen d'inscrire les ÉcoQuartiers dans un urbanisme qui prenne mieux en compte les modes de vie des populations. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Projet d'aménagement urbain visant à intégrer des objectifs de développement durable et à réduire son empreinte écologique. De ce fait, il insiste sur la prise en compte de l'ensemble des enjeux environnementaux, en leur attribuant des niveaux d'exigence ambitieux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Faburel G., Vialan D. coord., et al. *La Durabilité et sa prospective sociale, écologique et politique... au prisme des modes de vie. Enquête dans les éco-quartiers d'initiatives habitantes et/ou d'orientation sociale*. Rapport final du bureau de recherches Aménités pour le ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité, DGALH/DHUP/AD4, tome 1, 2013 : 109 p.

[2] Faburel G. *L'habitant et les savoirs de l'habiter comme impensés de la démocratie participative. Cahiers Ramau n° 6, L'implication des habitants dans la fabrication de la ville. Métiers et pratiques en question*, Presses de l'école d'architecture de la Villette, 2013 : p. 31-53.

Transports : un facteur-clé pour améliorer la qualité de vie des populations

Laurent Jardinier,
chargé de mission
Recherche et Approches
nouvelles, direction
technique Territoires et ville,
Cerema, Lyon.

**Martine
Meunier-Chabert,**
chargée de mission
Déplacement et Urbanisme,
direction technique
Territoires et ville,
Cerema, Lyon.

Lorsque l'on aborde la question de l'impact des transports sur la santé, les premiers éléments que l'on met en avant sont les pollutions engendrées par les véhicules motorisés et leurs effets négatifs sur la santé : affections respiratoires, dégradation de la ventilation, etc.

Suivent les conditions de transport : congestion routière, surcharge des transports publics, temps de parcours longs.

Toutefois, les transports peuvent aussi être bénéfiques quand il s'agit de modes actifs (vélo et marche), dont la pratique réduit le risque de mortalité et diminue le niveau de prise en charge des principales maladies chroniques. Autre élément central : l'organisation du territoire et de son système de transports, ainsi que la capacité des décideurs et des responsables techniques à rendre accessibles certains territoires/quartiers. Il est reconnu qu'une mauvaise accessibilité accroît le sentiment d'isolement, d'enclavement. Il est à souligner que toutes ces composantes ont également un impact sur la santé psychique.

Développement des transports collectifs

Pour que les transports soient davantage un vecteur de santé, un enjeu majeur est la réduction de l'utilisation de la voiture au profit d'autres modes, afin d'en limiter les nuisances en termes de qualité de l'air et de bruit.

Ce « report modal » peut se faire : vers les transports collectifs publics, moins polluants et stimulant la pratique de la marche pour se rendre au point de départ du transport ; vers les modes actifs qui ne génèrent pas de pollution de l'air et permettent la pratique de l'activité physique.

Le plan de déplacements urbains (PDU)¹ – créé en 1982 par la loi d'orientation des transports intérieurs (LOTI), puis rendu obligatoire dans les agglomérations de plus de cent mille habitants par la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie² – est l'outil privilégié des responsables d'agglomérations pour rendre plus cohérente l'organisation des transports, en considérant les besoins de déplacements des populations. Le PDU doit être défini en tenant compte du territoire, de son aménagement, de son organisation et de ses habitants qui en sont les usagers. En parallèle, le plan local d'urbanisme (PLU), axé sur les transports, la circulation, le stationnement, doit intégrer une approche globale d'amélioration du cadre de vie : il a pour vocation de répondre aux besoins de mobilité et d'accessibilité des personnes, tout en veillant à la protection de la santé des populations et de l'environnement.

Mobilité : inégalités des territoires

Pour que les transports soient favorables à la santé, le modèle qui s'est imposé est celui de la ville « des courtes distances », qui a plusieurs centres et dont le développement urbain s'organise autour des réseaux de transports publics. Au-delà de ce modèle et dans la réalité, les territoires et leurs habitants restent très inégaux

face à la mobilité. Dans les couronnes périurbaines, de 75 % à 85 % des déplacements s'effectuent en voiture³.

En France, un déplacement sur quatre est réalisé depuis les banlieues. La recherche d'espace et de qualité environnementale conduit les ménages, notamment primo-accédants, à faire construire dans les périphéries toujours plus lointaines où le foncier est moins cher, mais ne disposant pas de desserte en transports collectifs. Dans le calcul des dépenses liées à ces nouvelles installations, la part des transports n'est généralement pas prise en compte, ce qui expose ces ménages dépendants de la voiture aux risques de vulnérabilité énergétique et d'impact négatif sur l'état de leur santé.

Montée en puissance du vélo et de la marche

Dans la plupart des grandes agglomérations françaises, on observe en revanche, depuis les années 2000, une réduction du nombre de déplacements en voiture, comme par exemple à Lille, où le nombre de déplacements en voiture a diminué de 11 % en dix ans. À Lyon, Lille, Grenoble, Marseille, Strasbourg, Rennes, Reims, Rouen..., moins d'un déplacement sur deux se fait aujourd'hui en voiture. Cette contraction profite aux transports collectifs (qui représentent, par exemple, 15 % des transports à Grenoble), à la marche (33 % des transports à Strasbourg, 34 % à Marseille) ou au vélo (7,6 % à Strasbourg, 3,9 % à Grenoble, 1,7 % à Lyon)⁴.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : la réduction du nombre d'actifs du fait du vieillissement de la population, la hausse globale

L'ESSENTIEL

▣ **Le développement des transports collectifs et des modes actifs (marche, vélo) est un facteur de réduction de la pollution et d'amélioration de la qualité de vie.**

▣ **Toutefois, certaines populations – à commencer par celles qui s'éloignent des grandes agglomérations en raison de loyers trop élevés – n'ont pas d'autre choix que de recourir à la voiture.**

▣ **Dans certains territoires, comme l'agglomération lyonnaise, une bonne desserte de transports collectifs permet de réduire le recours à la voiture.**

du prix des carburants depuis 2003, la diminution du pouvoir d'achat et l'augmentation du taux de chômage, l'accroissement de la congestion des voiries urbaines, le stationnement payant sur le lieu de travail, etc. Les politiques de régulation du trafic automobile influencent aussi cette évolution : le partage de la voirie, les sites propres réservés aux transports collectifs et aux modes actifs sont des facteurs d'augmentation des temps de transport en voiture. Le renforcement des contrôles de vitesse par radar peut également, dans certains cas, diminuer le flux de circulation automobile.

Transports innovants : des villes en action

Pour réduire les inégalités sur la santé des habitants dans les territoires, les systèmes de transports devraient être systématiquement conçus en partant d'approches plus globales, qui intègrent la santé. La desserte en transport collectif des centres-villes, centres-bourgs, quartiers sensibles des banlieues, devrait être couplée avec des aménagements d'espaces publics attractifs et confortables pour les piétons et les cyclistes : zone limitée à 30 km/h pour les voitures ; zone de rencontre (vitesse limitée à 20 km/h avec cohabitation des différents flux de déplacements : piétons, voitures, vélos, motos, etc.) ; zones de circulation restreinte (secteurs où l'on limite l'accès de certaines catégories de véhicules polluants), etc.

De nombreux exemples d'aménagements de lignes de tramway (par exemple la ligne T2 Lyon-Perrache-Saint-Priest) ont permis la desserte et le désenclavement de certains quartiers de

banlieue éloignés (par exemple la ZAC Les Allées de la source à Orléans), dont la qualité des espaces publics contribue au changement d'image. D'autres démarches de restructuration des réseaux de transports ont permis de les rendre plus performants, soit en termes de desserte des territoires, soit en offrant un service (fréquence, amplitude, tarif) plus adapté aux besoins des usagers : personnes âgées, étudiants, scolaires, chômeurs, personnes salariées de deux entreprises... Par ailleurs, des lignes de bus à haut niveau de service en rocade permettent de relier directement les banlieues à des secteurs d'emplois périphériques. À Lyon par exemple, la première ligne de rocade réalisée à l'est de l'agglomération a conduit l'opérateur à prévoir la réalisation de quatre à cinq nouvelles lignes de bus de rocade.

D'autres actions – comme le partage de la voirie entre tous les modes de déplacements, avec des lignes de tramway engazonnées, des pistes cyclables et des cheminements végétalisés pour les piétons – peuvent créer des ambiances moins minérales et permettent de lutter contre les îlots de chaleur urbaine. Ces itinéraires peuvent aussi être déconnectés des voies de circulation automobile et faire découvrir aux piétons, cyclistes et usagers des transports collectifs d'autres lieux urbains (traversées de quartiers *via* des voies réservées au tramway longées de pistes cyclables et de cheminements pour les

piétons) plus calmes et moins pollués par le trafic automobile (ligne T3 à Lyon). À Cognin, commune proche de Chambéry, il est prévu de mettre à disposition de chaque ménage de l'ÉcoQuartier de Villeneuve, des vélos avec assistance électrique pour mettre en selle des non-habituels du vélo et limiter les contraintes du dénivelé qui sépare le quartier du centre-ville. Ce nouveau quartier devrait bénéficier aussi du prolongement d'une ligne de bus, véritable colonne vertébrale de l'aménagement, qui rend plus attractifs les logements. À Sathonay-Camp, au nord de l'agglomération lyonnaise, l'ÉcoQuartier Castellane est conçu autour d'un espace public principal : le mail militaire (400 m de longueur, 75 m de largeur), exclusivement dévolu à la détente et à la promenade. La voiture y est exclue. Dans toute la commune, la partie circulée ne correspond qu'au tiers de l'emprise publique, laissant des espaces généreux pour les piétons et les vélos.

En conclusion, d'une façon générale, de telles stratégies obligent à innover en matière de gouvernance et de communication avec tous les acteurs concernés, sans oublier les habitants. ■

1. Voir article L 1214-1 et suivants du Code des transports.

2. Loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996.

3. Insee-Inrets-SoeS: enquête nationale Transports et déplacements (ENTD), 2008.

4. Chiffres 2010.



© Götting / BSIP

HEAT : un outil de l'OMS pour encourager la pratique du vélo et de la marche

Zoë Heritage,
directrice, Réseau français
des Villes-Santé (RFVS)
de l'OMS.

Pour maintenir le capital santé de la population, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise, à partir de fondements scientifiques, de pratiquer au moins trente minutes d'activité physique par jour pour les adultes (soixante minutes pour les enfants). Ceci contribue à réduire les maladies respiratoires, cardio-vasculaires, l'obésité et certains cancers. À souligner que les déplacements actifs – marche et vélo – quotidiens constituent la solution optimale pour atteindre ce niveau recommandé.

À partir de ce constat, le Réseau français des Villes-Santé (RFVS) de l'OMS a expérimenté un outil, intitulé *HEAT* (*Health Economic Assessment Tool*), d'évaluation économique des effets sur la santé des mobilités actives, afin d'évaluer les bienfaits sanitaires de la pratique de la marche ou du vélo. Fondé sur une approche quantitative, *HEAT* a été élaboré par un groupe d'experts internationaux à partir d'une revue approfondie de la littérature concernant la relation entre la mobilité active et la réduction des risques de mortalité.

HEAT permet en particulier d'évaluer la baisse de la mortalité, découlant d'une pratique régulière (quasi quotidienne) du vélo ou de la marche. L'outil permet aussi de se projeter en calculant le nombre de vies sauvées si l'on augmente le niveau de pratique. Il fournit donc, de façon scientifique, des arguments pour développer les mobilités actives. De ce fait, il est destiné aux villes et aux communautés



© J. Ramelet / AKM/Imagine

de communes, bien placées pour agir favorablement sur les déplacements actifs de leurs habitants.

Dans la continuité de ses travaux sur les mobilités actives, le RFVS a lancé une expérimentation de cet outil avec trois Villes-Santé : Grenoble, Nancy et Nantes (*lire article ci-après p. 37*). Par ailleurs, une brochure [1] et un guide pratique [2] sont disponibles sur le site Internet du RFVS. Au final, *HEAT* permet de démontrer l'intérêt sanitaire des investissements en faveur des mobilités actives : nouvelles pistes cyclables bien sécurisées, mails piétonniers, etc. ■

Pour en savoir plus

- www.villes-sante.com/HEAT
- www.HEATwalkingcycling.org (Site de l'OMS, calculatrice HEAT en ligne)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *L'outil HEAT – Évaluation économique des effets sur la santé des mobilités actives*. RFVS-OMS : Rennes, 2015 : 4 p. En ligne : www.villes-sante.com/?wpdmdl=31

[2] *Application de l'outil d'évaluation économique des effets sanitaires liés aux mobilités actives (HEAT) en France. Étapes pour réussir*, RFVS-OMS : Rennes, 2015 : 12 p. En ligne : www.villes-sante.com/wp-content/uploads/HEAT_Etapes_pour_reussir.pdf

« Le plan vélo de Nantes a permis de doubler le nombre de cyclistes entre 2008 et 2012 »

Entretien avec Marion Gassiot,

chargée de projet Nutrition, mission Santé publique, ville de Nantes.

La Santé en action : Pourquoi vous êtes-vous intéressés à cet outil *HEAT*, développé par l'OMS ?

Marion Gassiot : Pour la mission Santé publique, le développement des modes actifs s'inscrit dans les thématiques prioritaires que sont la santé environnementale et la nutrition. Le développement de la pratique du vélo et de la marche est aussi un axe fort pour Nantes Métropole qui a retenu comme hypothèse, dans son plan de déplacements urbains (PDU), d'augmenter la part modale du vélo dans les déplacements de 4,5 % à 12 % à l'horizon 2030. Un Plan vélo 2009-2014 a été élaboré avec un ensemble d'actions volontaristes, qui a déjà permis de doubler le nombre de cyclistes entre 2008 et 2012. Nantes Métropole – particulièrement la mission Déplacements doux – a ainsi été rapidement intéressée par l'utilisation de cet outil, étant déjà sensibilisée aux questions de santé. *HEAT* était l'occasion de traduire en collaborations plus concrètes les enjeux communs à la ville et la métropole des mobilités actives et de la santé.

S. A. : Comment avez-vous mobilisé l'ensemble des services d'une métropole ?

M. G. : Nous nous sommes familiarisés avec l'outil et avons été accompagnés par le Réseau français des Villes-Santé OMS. Nous avons sollicité différents services pour disposer des données nécessaires à son utilisation

(parts modales) et nous avons utilisé les taux de mortalité propres à Nantes. En effet, un observatoire de la Santé des Nantais est développé, en collaboration avec l'Observatoire régional de santé (ORS) Pays de la Loire.

Les hasards du calendrier ont fait qu'au même moment – printemps 2014 –, Nantes prévoyait de mener une enquête pour mieux connaître les cyclistes, leur comportements et explorer leurs représentations et leurs motivations ; nous y avons donc été associés. Or, la santé et le bien-être des cyclistes ont émergé comme étant leur première motivation. L'utilisation de *HEAT* et les croisements avec l'enquête comportementale auprès des cyclistes ont été présentés aux élus de la métropole du groupe d'animation Politique/ Déplacements en janvier 2015. Cette enquête permet de mieux identifier les attentes de la population. Les collaborations ont été facilitées notamment par une implication, déjà existante, de la mission Déplacements doux dans le plan local d'actions en santé environnementale de la ville ; elles ont été renforcées par l'utilisation conjointe de cet outil.

S. A. : Quel est le principal intérêt de *HEAT* ?

M. G. : Ce qui nous a intéressés, c'est le fait que *HEAT* nous a permis de calculer le nombre de morts que l'on peut éviter en accroissant la pratique régulière d'une activité physique comme le vélo et la marche dans le cadre des déplacements. Avec *HEAT*, nous avons objectivé le fait qu'une pratique régulière du vélo et de la marche permettrait d'éviter deux-cent-soixante morts sur dix ans.

Ce gain est à rapprocher du risque que représente la pratique du vélo : sur Nantes Métropole, il y a en moyenne un à deux accidents mortels de vélo par an. Donc, les bénéfices l'emportent très largement sur les risques en termes d'accidentologie. *HEAT* permet aussi d'accélérer la prise de conscience des décideurs ; à Nantes Métropole, cet outil a vocation à nourrir le nouveau Plan vélo.

S. A. : Quelles sont les limites de cet outil et, au-delà, de votre politique de développement des mobilités actives ?

M. G. : *HEAT* ne permet pas de traiter la question des inégalités sociales de santé et n'intègre pas pour l'instant l'accidentologie ni la qualité de l'air. À Nantes, via l'étude comportementale sur la pratique du vélo dans l'agglomération, nous avons constaté – comme partout ailleurs – que la pratique du vélo est l'apanage des catégories moyennes et des cadres, majoritairement masculins. Ils font état du bénéfice qu'ils en tirent pour leur santé et pour leur bien-être. En revanche, les ouvriers n'ont pas la même motivation : pour eux, c'est l'aspect pratique et le gain de temps qui priment. La pratique du vélo ne se développe donc pas de façon égalitaire. En conséquence, le grand enjeu pour Nantes Métropole est de soutenir le développement pour tous de la pratique du vélo, afin de participer à la réduction des inégalités. Cela veut dire, par exemple, développer un environnement plus favorable dans les quartiers prioritaires. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

Aménager des espaces de jeux favorables à la santé

Anne Milvoy,
écologue urbaniste,
Agence d'urbanisme
et de développement
intercommunal de
l'agglomération rennaise,
Anne Roué-Le Gall,
enseignant-chercheur,
département Santé-
Environnement-Travail
et Génie sanitaire,
École des hautes études
en santé publique (EHESP),
Rennes.

Les espaces de jeux (EJ) sont par essence favorables à la santé. Un espace de jeux de qualité est un lieu adapté à son contexte et à son environnement et fréquenté par toutes sortes d'usagers. Qu'est-ce qui peut inciter à sortir de chez soi pour se ressourcer et s'épanouir, seul ou accompagné ? Comment encourager l'exercice physique, le repos, le contact avec la nature, autant que le lien social ?

Le défi est de créer des aménagements de qualité convenant à des publics variés. La conception de ces espaces nécessite de mettre en œuvre une démarche particulière, qui réunit l'ensemble de la chaîne d'acteurs, y compris les futurs usagers. Ceci sous-entend de recueillir les attentes des personnes que l'on souhaite mobiliser – *via* des méthodologies adaptées (enquêtes, ateliers participatifs, animation sur site, relais par les associations ou, comme à Rennes, par les mairies de quartiers) – et de les impliquer tout au long du processus de conception.

Qu'est-ce qu'un espace de jeux favorable à la santé ?

Dans une première approche, un EJ peut être considéré comme :

– une aire de jeux équipée de mobiliers : balançoire, structure pour grimper et escalader, table de ping-pong, jeu d'échecs géant, parcours sportif, terrain de pétanque, etc. ;

– un espace vert incitant aux jeux : espace permettant de se cacher, de se percher, de tenir en équilibre, de

s'inventer des histoires, de se poser, de planter ou de cueillir, de mettre les mains dans la terre ou dans l'eau, de construire, de jouer au ballon, etc. ;

– un mixte des deux.

Il apparaît alors que chaque espace devrait être conçu pour s'adapter à des publics identifiés (âge, sexe, mode de vie, conditions sociales, etc.) et pour répondre à de multiples fonctions complémentaires sans être contradictoires : les espaces famille/calme, personnes âgées/ados, jeux/sports, confort/créativité, etc.

Le mode d'utilisation du lieu devrait également être considéré du point de vue de l'utilisateur. Ainsi, les EJ doivent être aménagés sur des emplacements stratégiques (près des commerces, écoles, logements collectifs et non sur des lieux excentrés). La perception qu'en a le public doit être claire, grâce à une morphologie urbaine et une signalétique paysagère correctement étudiées.

Dans l'idéal, ces espaces sont peu coûteux, souvent rustiques, afin de les renouveler à moindre coût pour suivre l'évolution des besoins de la population. Ils favorisent le rapport à la nature en permettant l'interactivité avec les éléments naturels fondamentaux : l'eau, la terre, le vent et même le feu (à travers le soleil ou un barbecue par exemple) afin d'éveiller les cinq sens.

Au regard des nombreux bénéfices des espaces verts sur la santé (pratique d'activités physiques, ressourcement, cohésion sociale, etc.), des choix d'aménagement éclairés de ces EJ permettront, au-delà de participer au développement de l'imaginaire et de la créativité des enfants, d'agir sur de nombreux autres déterminants de santé (Figure 1).

Revoir la chaîne de conception pour aboutir à des espaces de jeux satisfaisants

Réfléchir en amont des projets urbains

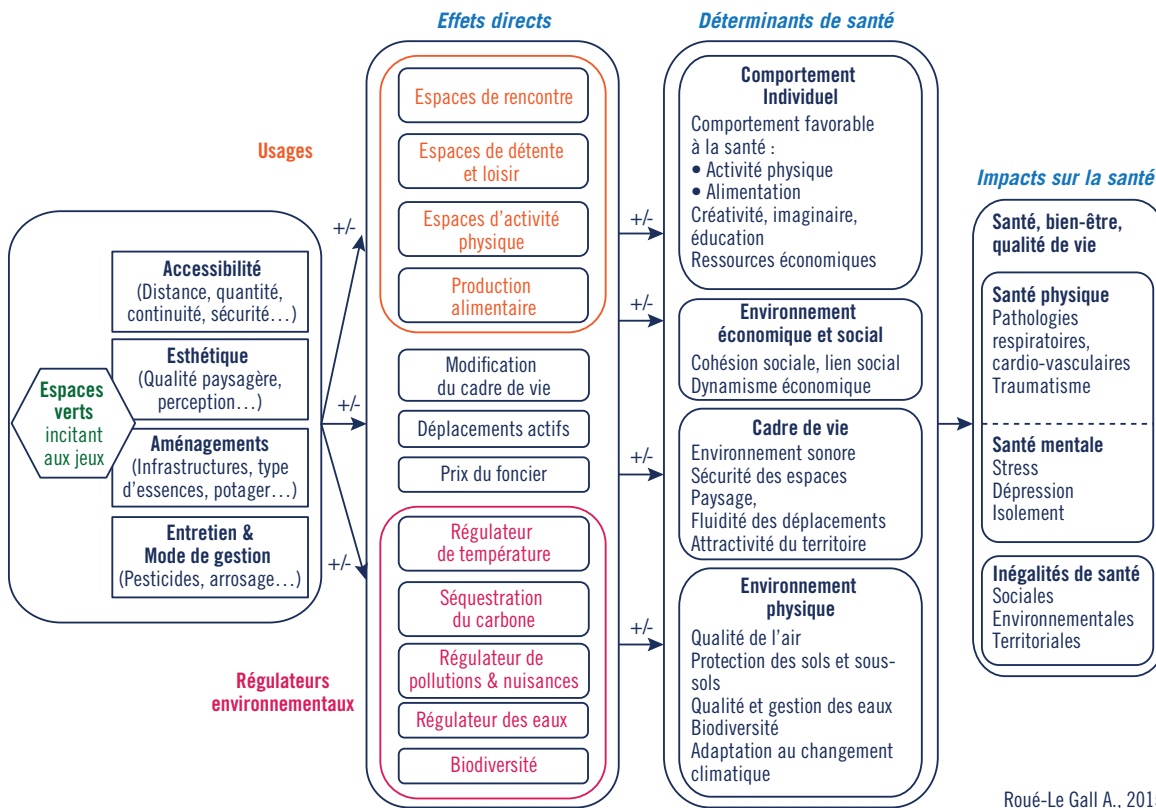
Pour que les EJ soient implantés dans des lieux stratégiques et répondent aux besoins de tous les publics, leur aménagement doit être pensé en amont du processus d'élaboration du projet urbain. Pour cela, la collectivité peut avoir recours à des approches intégrées de type Addou¹, AEU² de l'Ademe, Agenda 21³, EIS⁴.

Lors du réaménagement d'un EJ, la localisation et l'accessibilité seront réétudiées au même titre que les publics ciblés. C'est pourquoi il est primordial que l'ensemble de la chaîne d'acteurs soit présent autour de la table à chaque étape de la conception.

Mieux intégrer une diversité des usages et des usagers

Chaque espace doit accueillir le plus grand nombre de publics spécifiques et compatibles, sans pour autant proposer un aménagement neutre composé du plus petit dénominateur commun, qui ne satisfait personne. Il faut donc connaître ou déterminer les populations visées soit par une étude sociologique ou anthropologique du quartier, soit par une démarche participative plus prospective ou par tout autre moyen selon les capacités budgétaires de la collectivité territoriale concernée. Dans tous les cas, il est nécessaire que les usagers-habitants soient présents ou représentés dans leur diversité, afin que l'équilibre des intérêts soit pris en compte tout au long du projet jusqu'à sa finalité.

Figure 1. Liens de causalité entre espaces verts incitant aux jeux et santé



Roué-Le Gall A., 2015.

Cette figure a été adaptée à partir d'un modèle de causalité entre espaces verts et santé, élaboré pour aider à visualiser les multiples liens existants entre ces deux composantes¹. Le modèle permet d'explicitier comment, en agissant sur quelques variables ciblées, on peut agir sur de nombreux déterminants de santé tant environnementaux, sociaux, qu'économiques. Il a été construit à partir d'un travail de synthèse des connaissances et en s'inspirant de l'outil suisse de catégorisation des résultats (OCR). Cette approche a permis de définir et de structurer les multiples relations existantes. Ce modèle s'organise autour de quatre variables : accessibilité, esthétique, aménagements et mode de gestion, qui vont conditionner la nature, la force et le sens des liens entre espaces verts et santé. Chacune de ces variables est définie par un ensemble de caractéristiques (distance, quantité, qualité paysagère, infrastructures, essences végétales, etc.) qui vont aussi bien influencer l'usage et la fréquentation d'utilisation de ces espaces par les individus, que la capacité de ces espaces à constituer des régulateurs environnementaux (services écosystémiques). Elles constituent en ce sens de véritables leviers de promotion de la santé. C'est précisément en agissant sur ces caractéristiques que le décideur va plus ou moins indirectement influencer l'état de santé et la qualité de vie des populations.

1. Roué-Le Gall A. 5^e Congrès national de la Société française de santé et environnement, « Paysage, urbanisme et santé », 25-27/11/2014 à l'EHESP, Rennes. En ligne : <http://www.sfse.org/article/presentations-congres-2014>

Comment s'engager vers plus d'attractivité ?

Pour être attractifs, les EJ doivent être innovants, singuliers et correspondre aux attentes des riverains. Si les risques pris par les enfants doivent être mesurés, les aménagements leur permettront néanmoins de jouer avec leurs limites, d'approprier certaines peurs [1].

Pour éviter les nombreux points de blocage, il est nécessaire de dépasser la conception linéaire la plus fréquente, où chaque acteur intervient l'un après l'autre, additionnant les contraintes les unes après les autres en oubliant la finalité du projet. Certaines stratégies d'acteurs, s'appuyant sur les normes ou s'abritant derrière l'infaisabilité afin de satisfaire à la pression sociale du risque zéro ou de la « propreté » [2], seront révisées.

Ouvrons le champ des possibles.

La visite sur site d'aménagements remarquables constitue une excellente émulation. La conception « autour de la table », qui rassemble l'ensemble des acteurs : élus, concepteurs, gestionnaires, usagers... permet d'apporter une solution aux contraintes de chacun tout en gardant l'objectif en ligne de mire. Les compromis se font en transparence. ■

1. Approche développement durable dans les opérations d'urbanisme. En ligne : <http://www.audiar.org/etude/addou-une-demarche-pour-co-elaborer-des-quartiers-favorables-au-bien-etre>

2. AEU2: nouvelle génération d'approche environnementale de l'urbanisme, développée par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) et inspirée des Addou, qui renforce la méthodologie, en approfondissant les modalités de définition des objectifs et leur mise en œuvre, tout en l'incluant dans un processus de participation et d'évaluation.

3. Agenda 21: outil opérationnel à l'échelle locale de la mise en œuvre du concept de développement durable. En ligne : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Agenda-21-et-projets-territoriaux-.html>

4. Évaluation d'impact sur la santé (voir l'article p. 42 dans ce dossier).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Paquot T. dir. *La ville récréative : enfants joueurs et écoles buissonnières*. Gollion (Suisse) : Infolio, 2015 : 180 p.
- [2] Van Peteghem W., Dekeyser P., Everaerts F., Vanhaverbeke J., Depreitere K., Dietvorst J. *Sécurité des aires de jeux. Guide pratique à l'intention des exploitants*. Bruxelles : Service public fédéral Économie, 2012, 3^e édition : 206 p. En ligne : http://economie.fgov.be/fr/binaries/Securite_des_aires_de_jeux_3e_edition_1267-01_tcm326-31343.pdf

Les espaces publics : un déterminant du bien-être des populations

Marcos Weil,
urbaniste-paysagiste,
Urbaplan, Genève, Suisse.

Il est tentant d'imaginer que les qualités intrinsèques d'un aménagement en ville ou sur un territoire favorisent de facto la qualité de vie. C'est en partie vrai, mais certainement réducteur, car la qualité de vie est plurielle : certains apprécient l'animation d'une place publique, alors que d'autres aspirent au calme d'un jardin aménagé pour la contemplation. Dans la perspective de favoriser la santé, il ne suffit pas de prendre en compte la qualité d'un aménagement particulier. Il est nécessaire de mettre à disposition de la population une variété d'aménagements qui répondent à la diversité des modes de vie et des aspirations individuels, et qui permettent de satisfaire des besoins multiples (jouer, se reposer, manger, travailler, être seul/ensemble, etc.).

Les espaces publics, en tant que lieux socialement partagés, sont les endroits où l'on se « frotte » aux autres : espaces d'apprentissage de la diversité sociale, d'articulation et de composition de l'individuel et du collectif. C'est dans l'espace public que se déploie la mixité sociale. Ces sites sont donc potentiellement des lieux de sociabilité conflictuelle et de transgression, car leur

rôle dans la cité est d'accueillir tout le monde. La façon dont ils sont aménagés, la place qui est faite à l'accueil de chacun traduisent l'urbanité au sens premier du terme : la politesse des villes.

Partager l'espace

Les espaces publics et collectifs sont par excellence les lieux de cohabitation et de confrontation de différents usages et usagers. L'enjeu est de savoir comment partager l'espace à disposition, quelle place donner aux différents usages. La langue française nous indique deux sens au mot *partager* : on peut partager un espace en le divisant, en le ségrégant, en donnant une place spécifique à chacun ; on peut aussi partager l'espace en le mettant en commun pour tous. Ces façons de partager l'espace public illustrent deux manières de faire communauté, car la place accordée à chacun est le résultat d'un arbitrage, reflet des valeurs de notre société.

On ne peut dissocier aménagement, usages et usagers. Ces trois termes de l'équation sont intimement liés, et changer l'un implique inévitablement des modifications des deux autres. Il faut y ajouter une dimension supplémentaire, celle du mode de production de ces espaces, soit la façon d'intégrer les différents acteurs au choix d'aménagement. Dès lors, les dispositifs pour que les espaces publics soient aussi divers que les situations dans lesquelles les aménagements prennent place. Examinons néanmoins quelques principes généraux selon plusieurs

« LA CONVIVIALITÉ DES ESPACES PUBLICS, LEUR APPROPRIATION PAR LA POPULATION PEUVENT ÊTRE BÉNÉFIQUES POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS SOCIALES ET POUR LUTTER CONTRE LA SÉGRÉGATION, LA SOLITUDE ET L'EXCLUSION. »

optiques : celle des usagers, celle de l'aménagement, lequel peut inclure tout ou partie des souhaits exprimés par les usagers à qui sont destinés ces espaces.

Les piétons, au cœur de l'aménagement

Le principe d'une accessibilité universelle implique de placer le piéton au cœur de l'aménagement des espaces publics. En effet, nul autre mode de déplacement ne permet l'accès au plus grand nombre à un lieu. Mais au-delà de l'aspect quantitatif, c'est la dimension qualitative qui est déterminante. En effet, le piéton n'est pas un simple marcheur qui se déplace d'un point à un autre. C'est sa présence qui confère l'urbanité à un espace public.

En terme de santé, la convivialité des espaces publics, leur appropriation par la population peuvent être bénéfiques pour le développement des relations sociales et pour lutter contre la ségrégation, le fossé générationnel, la solitude et l'exclusion. La

L'ESSENTIEL

- ▣ Lieux symboliques du « vivre ensemble », les espaces publics peuvent favoriser le bien-être psychique, physique et social, comme ils peuvent être source de conflits d'usages et de nuisances qui affectent la santé des usagers.
- ▣ Regard sur les enjeux de l'aménagement des espaces publics en terme de santé et proposition de quelques leviers d'action.



© J. Ramello / AKN Image

cohésion sociale renforce le sentiment d'appartenance à un groupe. À ce titre, elle contribue à améliorer l'estime de soi et favorise la responsabilisation individuelle.

L'aménagement des espaces publics exprime l'art de vivre en société et reflète ainsi l'attention que l'on porte aux usagers les plus fragiles. Faire de la présence des enfants dans l'espace public un indicateur de la qualité d'une ville est l'enjeu auquel les politiques publiques doivent répondre pour que nos villes, villages et quartiers favorisent l'épanouissement individuel et collectif.

La nature, nouvelle urbanité des villes

Le thème de la nature en ville fait l'unanimité. La présence de l'eau, du végétal, d'une faune et d'une flore diversifiées est largement plébiscitée dans les projets d'aménagements urbains. Leurs bienfaits sont nombreux : environnementaux (filtrer les poussières, atténuer les îlots de chaleur, préserver la biodiversité, etc.), de santé (effets positifs du végétal sur la santé mentale, sur le stress, etc.) ou encore esthétiques (couleurs et parfums des floraisons, etc.).

De fait, la présence du végétal répond à une demande croissante de la population et permet non seulement de rendre les villes plus vivables, mais

aussi plus aimables, ce qui constitue un enjeu majeur à l'heure des injonctions de densification du tissu bâti.

La participation, un levier pour le mieux-vivre ensemble

Les espaces collectifs peuvent contribuer d'une façon importante au bien-être individuel et au bien-vivre ensemble, si ces aménagements sont l'occasion de discuter et de débattre avec les habitants. C'est en devenant acteur et porteur de projets, en participant aux choix d'aménagement de son cadre de vie que l'on va favoriser le sentiment d'appartenance à une communauté, en renforçant ainsi sa capacité d'appropriation (*empowerment*) et de solidarité. Les démarches participatives contribuent au bien-être psychique et social et permettent également de lutter contre les phénomènes d'exclusion, de ségrégation, en renforçant les liens de la collectivité.

Bien sûr, ce n'est pas l'aménagement urbain qui crée la cohésion sociale. Ce sont les individus eux-mêmes qui

choisissent de créer ou non du lien. Mais la méthode utilisée lors de la conception d'espaces collectifs qui répondent mieux aux attentes et aux besoins de la population est un levier puissant pour renforcer la cohésion sociale.

L'urbanisme, producteur de qualité de vie

Les espaces publics, et plus largement les politiques d'aménagement urbain, façonnent notre cadre de vie, car ils ont un impact sur la sécurité, la convivialité, le bien-être, le plaisir, l'exposition aux nuisances. Les effets bénéfiques de ces aménagements sont considérablement accrus si les citoyens eux-mêmes sont producteurs de leur environnement et non simples consommateurs d'espaces produits par d'autres. Intégrer l'expertise d'usage aux processus d'aménagement nécessite un changement de paradigme : considérer l'urbanisme non comme une science appliquée, mais comme une expérience impliquée. ■

Pour en savoir plus

● Barton H., Tsourou C. *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

« L'AMÉNAGEMENT DES ESPACES PUBLICS EXPRIME L'ART DE VIVRE EN SOCIÉTÉ ET REFLÈTE AINSI L'ATTENTION QUE L'ON PORTE AUX USAGERS LES PLUS FRAGILES. »

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.

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 politiques¹ 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.

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,

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

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.**

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'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.

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 méthodologiques³.

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. ■

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 iné-

galités sociales de santé. Une dizaine de projets sont actuellement en cours², 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

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*.

« Le quartier Nancy Grand Cœur a été conçu avec les habitants »

Entretien avec Malika Dati,

vice-présidente déléguée à la Participation citoyenne, associative et territoriale, au conseil de Développement durable, aux Mobilités à la communauté urbaine du Grand Nancy.

sur quinze hectares en plein cœur de l'agglomération, au pied de la gare TGV. Dans cet espace sont prévus des logements, des bureaux, des commerces et des espaces publics.

Pour redessiner le cœur de la ville, nous nous sommes fixés plusieurs objectifs : développer un quartier central vivant, avec des programmes qui favorisent le mieux-vivre ensemble et la mixité sociale et intergénérationnelle ; renouveler le bâti en préservant le patrimoine ; atteindre une bonne performance énergétique des constructions ; faire venir la nature en ville et repenser la mobilité, en limitant la place de la voiture.

Ainsi, de nouveaux jardins seront aménagés, avec des bassins d'eau pour offrir aux habitants une respiration et un apaisement. Pour encourager l'usage des transports en commun, du vélo ou de l'auto-partage, nous innovons dans

La Santé en action : Comment avez-vous conçu l'ÉcoQuartier Nancy Grand Cœur, au centre-ville ?

Malika Dati : C'est un projet d'aménagement urbain d'envergure,

application permettant de réserver la voiture en partage ou de louer une bicyclette.

S. A. : Comment les habitants ont-ils été associés à la réflexion ?

M. D. : Nous avons créé La Fabrique, au sein du quartier ; il s'agit d'un lieu ouvert à l'ensemble des acteurs concernés : la ville de Nancy, la SNCF, les promoteurs, le conseil de Développement durable, le conseil de la Vie étudiante, les associations de riverains, etc.

Le nouveau cadre de vie a été conçu dans une démarche collaborative. Le quartier Nancy Grand Cœur a été conçu avec les habitants. Environ deux cents personnes se sont réunies, tous les trois mois, lors d'ateliers thématiques consacrés à l'écomobilité et à l'usage de l'espace public. Des idées ont émergé et, dans un deuxième temps, des petits groupes d'une trentaine de personnes se sont déplacés pour les tester sur le terrain. L'intelligence collective permet de mettre du bon sens en amont des projets et de dessiner des espaces adaptés aux besoins des habitants. Nous avons retenu leurs suggestions de faire des jardins partagés pédagogiques, d'aménager des bassins aquatiques, de faire de la place Charles-III un lieu culturel et populaire, avec des œuvres d'art. Leur expertise nous oblige à réfléchir sur le design du mobilier urbain : comment faire du sport par exemple, en rechargeant son téléphone portable ou encore installer des bancs qui permettent à la fois de se reposer et de faire des étirements.

Cependant, la parole des habitants est à prendre avec précaution. Si nous appliquons l'ensemble de leurs préconisations, il faudrait par exemple un arrêt de bus tous les cent mètres ! C'est

pourquoi l'animation de La Fabrique a été confiée à des professionnels de l'université de Nancy pour poser les règles du jeu, expliquer les contraintes juridiques et techniques, recueillir la parole, trier et hiérarchiser les propositions.

S. A. : Dans quelle mesure ces propositions apportent-elles une amélioration de la qualité de vie ?

M. D. : Ce qui a émergé fortement, c'est de faire de ce nouveau quartier une destination zen et anti-stress. Le piéton y sera donc chez lui. L'espace public est pensé pour permettre le repos et le sport. Les constructions sont volontairement limitées à trois ou quatre étages afin notamment de favoriser l'emprunt de l'escalier. Pour l'usage de la bicyclette, il faut des espaces très sécurisés pour les vélos.

Par ailleurs, Nancy Grand Cœur sera un quartier « basses calories », puisque les habitants et les usagers pourront pratiquement tout faire en quelques minutes à pied. La marche doit redevenir une notion de plaisir, et l'espace public est conçu pour cela. Toutefois, il est nécessaire d'accompagner les personnes dans cette démarche, sans être moralisateur ; c'est pourquoi nous avons un projet de jeu pour 2016 : Les Mollets d'or. L'idée est de créer une application numérique pour favoriser la marche et le vélo. Les déplacements ainsi effectués donneraient des points, transformables en bons d'achat auprès des commerçants du quartier, que nous comptons bien mettre dans la boucle. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

L'ESSENTIEL

■
▶ Immeubles de quatre étages maximum, espaces verts et adaptés à la marche et au vélo : le nouveau centre de Nancy a été pensé pour que l'usage de la voiture soit le plus limité possible.

En complément au dossier de ce numéro consacré à l'urbanisme et la santé, voici un ensemble de ressources, divisé en quatre parties : la première recense des textes de référence sur les questions d'environnement et d'urbanisme (rapports, plans publics, déclarations de l'OMS) ; la deuxième partie, consacrée aux enjeux de l'urbanisme en faveur de la santé, présente une sélection bibliographique, elle-même classée en sous-parties : activité physique et mobilités douces et actives, urbanisme durable, évaluation d'impact sur la santé, gentrification et inégalités sociales de santé. Quelques numéros spéciaux de revues, consacrés à ces thématiques, sont également présentés à la fin de cette séquence. La troisième partie liste les principaux guides ou outils pour l'action, utiles aux collectivités et aux acteurs de terrain engagés dans une réflexion sur ces questions. Enfin, un répertoire des acteurs-clés clôt cette rubrique.

Ce numéro fait écho à trois autres dossiers de la revue : « *Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?* », n° 428. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/428.asp> ; « *Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention* », n° 414. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/414.asp> ; « *Les villes, au cœur de la santé des habitants* », n° 409. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/409.asp>

Laetitia Haroutunian,
Documentaliste à l'Inpes.

À l'intérieur des parties thématiques, les références ont été classées par date de publication (les plus récentes en premier), les organismes par ordre alphabétique. Les liens Internet ont été consultés le 20 août 2015.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Bureau Europe. Déclaration d'Athènes pour les Villes-Santé : renforcer le leadership des villes pour la santé, la réduction des inégalités et le bien-être de tous.** Copenhague : OMS, 2014 (traduit par le RFVS en janvier 2015) : 11 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Athènes_FR.pdf

• **Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan national santé environnement (PNSE 3) 2015-2019.** Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014 : 106 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Bureau Europe. Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être.** Copenhague : OMS, 2013 : 15 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215259/Health2020-Short-Fre.pdf?ua=1

• **Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Les déterminants de la santé – Les actions des Villes-Santé.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2015 : 97 p.

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être.** Genève : OMS, 2010 : 4 p. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/french_adeelaide_statement_for_web.pdf

• **César C., Rostan F., Heritage Z. coord. Les Villes, au cœur de la santé des habitants [dossier].** *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2010, n° 409 : p. 11-49. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/409.asp>

ENJEUX DE L'URBANISME POUR LA SANTÉ

ACTIVITÉ PHYSIQUE, MOBILITÉS ACTIVES ET DURABLES

• **Begaud M., Beiu G., Belaïd A., Capron C., Lopez D., Martinaux V., et al. Modes de vie actifs, mobilité douce et sédentarisation en milieu urbain : la ville favorise-t-elle les modes de vie actifs ?** [mémoire EHESP de module inter-professionnel]. Rennes : EHESP, 2014 : 63 p. En ligne : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/490033/>

• **Jardinier L. coord. Transport et santé. Transflash,** hors-série, novembre 2014 : 36 p. En ligne : www.territoires-villes.cerema.fr/IMG/pdf/Transflash_hors_serie_novembre_2014_cle26b217.pdf

• **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Mobilités actives au quotidien : le rôle des collectivités.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2013 : 80 p. En ligne : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_mobilites_actives1.pdf

- **Perreault M.-C., Voyer C. Urbanisme et promotion de la santé [dossier].** *Bulletin de santé publique*, 2011, vol. 33, n° 1 : p. 1-42. En ligne : <http://www.aspq.org/uploads/pdf/4dcaa2cb78cd7bsp-urbanisme-et-sante-hr.pdf>
 - **Reyburn S. L'urbanisme favorable à la santé : une revue des connaissances actuelles sur l'obésité et l'environnement bâti.** *Environnement Urbain*, 2010, vol. 4 : p. d1-d26. En ligne : www.erudit.org/revue/eue/2010/v4/n/044886ar.pdf
 - **Alart M., Weil M. Aménager un cadre de vie favorisant l'activité physique.** *Actualité et dossiers en santé publique*, juin 2009, n° 67 : p. 37-40. En ligne : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad673740.pdf>
 - **Quincero R. L'urbanisme peut-il nous faire marcher ?** *Habitation*, 2009, n° 81 : p. 24-27. En ligne : <http://retro.seals.ch/digbib/view?pid=hab-001:2009:81::173>
 - **Demers M. Pour une ville qui marche : aménagement urbain et santé.** Montréal (CA) : Écosociété, 2008 : 287 p.
- ENVIRONNEMENT URBAIN ET URBANISME DURABLE**
- **Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe). Urbanisme et qualité de l'air : des territoires qui respirent.** Paris : Ademe, coll. Connaître pour agir, 2015 : 20 p. En ligne : http://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/urbanisme_et_qualite_de_lair_8316.pdf
 - **Urbanisme et santé : prise en compte de la qualité de l'air dans le plan local d'urbanisme** [module interprofessionnel de santé publique (MIP), rapport groupe n° 3]. Rennes : EHESP, 2015 : 71 p. En ligne : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe%203.pdf>
 - **Nikolova T. Santé et bien-être par l'architecture : des cas concrets. In : Territoires, incubateurs de santé ? [dossier].** *Les Cahiers de l'IAU ÎdF*, 2014, n° 170-171 : p. 160-162. En ligne : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2014/articleIAU2.pdf>
 - **Laille P., Provendier D., Colson F., Salanié J. Les Bienfaits du végétal en ville : étude des travaux scientifiques et méthode d'analyse.** Angers : Plante & Cité, 2014 : 31 p. En ligne : http://www.valhor.fr/fileadmin/A-Valhor/Valhor_PDF/CiteVerte_BienfaitsVegetalVille2014.pdf
 - **Manusset S. Impacts psycho-sociaux des espaces verts dans les espaces urbains.** *Développement durable et territoires*, 2014, vol. 3, n° 3. En ligne : <https://developpementdurable.revues.org/9389>
 - **Harpet C., Roué-Le Gall A. Évolution de la prise en compte de l'environnement et la santé dans le champ de l'urbanisme : nécessité d'une approche intégrée.** *Environnement, Risques & Santé*, mai-juin 2013, vol. 12, n° 3 : p. 231-241.
 - **Dussart J. Analyse de la démarche ÉcoQuartier comme outil potentiel d'intégration de la santé dans les projets de renouvellement urbain, en Île-de-France** [mastère spécialisé Santé Environnement]. Rennes : EHESP, 2013 : 115 p. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/msse/2013/dussart.pdf>
 - **Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les Espaces verts urbains et la santé.** Québec : INSPQ, 2011 : 16 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1274_EspacesVertsUrbainsSante.pdf
 - **Société française de santé publique (SFSP), Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Actes du colloque « Ville, santé et qualité de vie », co-organisé par le RFVS et la SFSP, Paris, 4-5/02/2011.** Paris : SFSP, coll. Santé & Société, 2011 : n° 16 : 220 p. En ligne : www.villes-sante.com/wp-content/uploads/Actes_colloque_Villes_Sante_Qualite_de_vie_2011.pdf
 - **Boutefeu E. La demande sociale de nature en ville. Enquête auprès des habitants de l'agglomération lyonnaise.** *Urbia – Les Cahiers du développement urbain durable*, Unil, 2009, n° 8 : p. 21-38. En ligne : http://www.unil.ch/webdav/site/ouvdd/shared/URBIA/urbia_08/urbia_08_p021_038.pdf
 - **Boutefeu E. La nature en ville : des enjeux paysagers et sociétaux.** *Géococonfluences*, avril 2007. En ligne : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/paysage/PaysageViv.htm>
 - **Jutras S. Allez jouer dehors ! Contributions de l'environnement urbain au développement et au bien-être des enfants.** *Psychologie canadienne*, 2003, vol. 44, n° 3 : p. 257-266.
- ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ**
- **L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables.** Saint-Denis : Inpes, 2015 : 12 p.
 - **Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss). Parvu L. dir., et al. L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) : analyse comparée de démarches territoriales et étrangères pour améliorer la santé et l'équité en santé.** Toulouse : Iferiss, 2015 : 285 p. En ligne : http://www.iferiss.org/images/IFERISS/2015_rapport_eis.pdf
 - **Laporte A., Dubreuil M. dir. Évaluation des impacts sur la santé (EIS) de projets transport de Plaine Commune (93).** Paris : Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, 2014 : 340 p. En ligne : <http://www.ors-idf.org/index.php/component/content/article/757>
 - **Jabot F., Roué-Le Gall A. Les premiers pas dans l'évaluation d'impact sur la santé en France.** *La Santé en action*, juin 2013, n° 424 : p. 54-56. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-424.pdf>

• Tollec L., Roué-Le Gall A., Jourden A., Auffray F., Jabot F., Vidy A., *et al.* L'Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) : une démarche d'intégration des champs santé-environnement dans la voie du développement durable. Application à un projet d'aménagement urbain : la halte ferroviaire de Pontchaillou à Rennes. *Développement durable & territoires [en ligne]*, juillet 2013, vol. 4, n° 2. En ligne : <https://developpementdurable.revues.org/9815>

• Trédez G. L'Évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord-Pas-de-Calais. Lille : Observatoire régional de santé (ORS) Nord-Pas-de-Calais, 2013 : 89 p. En ligne : <http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/02/eis12-2.pdf>

• Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable (S2D). *Les Études d'impact sur la santé dans les Villes-Santé*. Rennes : Association S2D, 2006 : 8 p. En ligne : http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Brochure%20EIS.pdf

• European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones (trad.). *Étude de l'impact sur la santé : principaux concepts et méthode proposée. Consensus de Göteborg* [version française du document « Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach, Gothenburg consensus paper, December 1999 »] Copenhague : WHO Regional Office for Europe, juillet 2005 : 15 p. En ligne : <http://www.ssents.uvsq.fr/IMG/pdf/gothenburgpaperfr.pdf>

GENTRIFICATION, INÉGALITÉS DE SANTÉ, PARTICIPATION CITOYENNE

• Combes B., Legendre A.-L., Remvikos Y. Urbanisme et santé : quelle place pour les habitants des quartiers

défavorisés dans la réduction des inégalités ? Retour d'expérience dans le cadre d'une EIS conduite en région parisienne. *Environnement, Risques & Santé*, 2015, vol. 14, n° 4 : p. 327-336.

• Carrel M., Houard N. La participation des habitants : trois pistes pour rénover la politique de la ville. *La note d'analyse*, 2012, n° 278 : p. 1-12. En ligne : http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2012-05-09-participation_des_habitants-na-278_0.pdf

• Levy A. dir. *Ville, urbanisme et santé : les trois révolutions*. Paris : éditions Pascal, 2012 : 320 p.

• Barbonne R. Nouvel urbanisme, gentrification et mobilité quotidienne. In : Sénécal G., Bherer L. *La Métropolisation et ses territoires*. Québec : Presses de l'université du Québec, 2009 : p. 213-234.

• Faburel G. Les inégalités environnementales comme inégalités de moyens des habitants et des acteurs territoriaux. Pour que l'environnement soit un facteur réel de cohésion urbaine. *Espace populations sociétés*, 2008, vol. 1 : p. 111-126.

• Van Crielingen M. Réurbanisation ou gentrification ? Parcours d'entrée dans la vie adulte et changements urbains à Bruxelles. *Espaces et sociétés*, 2008, vol. 3, n° 134 : p. 149-166. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2008-3-page-149.htm>

• Dubois O., Van Crielingen M. La « ville durable » contre les inégalités sociales ? Compacité urbaine et gentrification à Bruxelles. *Urbia – Les Cahiers du développement urbain durable*, 2006, n° 2 : p. 9-18. En ligne : www.unil.ch/webdav/site/ouvdd/shared/URBIA/urbia_02/urbia_02_complet.pdf



© Thierry Arduin / Fondation Fieue

• **Donzelot J. La ville à trois vitesses : relégation, périurbanisation, gentrification.** *Espirit*, mars-avril 2004, n° 403 : p. 14-39.

• **Dossier Urbanisme.** *Environnement, Risques & Santé*, juillet-août 2015, vol. 14, n° 4 : p. 272-362.

• **Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques.** *Rhizome*, juillet 2015, n° 57 : p. 1-19. *En ligne* : http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Rhizome_57.pdf

• **Territoires, incubateurs de santé ?** *Les Cahiers de l'IAU ÎdF*, septembre 2014, n° 170-171 : 196 p. *En ligne* : <http://www.ors-idf.org/index.php/component/content/article/755>

OUTILS ET GUIDES PRATIQUES

• **Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM).** *L'Urbanisme participatif : aménager la ville avec et pour ses citoyens.* Montréal : CEUM, 2015 : 56 p. *En ligne* : http://ecologieurbaine.net/documents/boutique/CEUM_guide_urbanisme_participatif_2015.pdf

• **Conseil des communes et régions d'Europe (CCRE).** *Cadre de référence de la ville durable européenne ou Reference Framework for European Sustainable Cities (RFSC), 2013 [outil web].* *En ligne* : <http://www.ccre.org/fr/activites/view/25>

• **Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.-L., Cuzin Y.** *Agir pour un urbanisme favorable à la santé : concepts & outils [Guide].* Rennes : EHESP, 2014 : 191 p. *En ligne* : <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>

• **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : intérêts d'une approche locale et transversale** [document de plaidoyer destiné aux élus des communes et des groupements de communes]. Saint-Denis : Inpes/ESPT/RFVS, 2013 : 12 p. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>

• **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.** *Pour un habitat favorable à la santé : les contributions des villes.* Rennes : Presses de l'EHESP, 2011 : 112 p. *En ligne* : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_habitat_sante1.pdf

• **Plateforme suisse sur l'évaluation d'impact sur la santé.** *Guide d'introduction à l'évaluation d'impact sur la santé en Suisse.* Lausanne, Plateforme EIS, Promotion Santé Suisse, 2010 : 60 p. *En ligne* : http://www.impactsante.ch/pdf/Guide_eis_francais_2010.pdf

• **Association S2D, Agence régionale de santé Bretagne.** *Les Évaluations d'impact sur la santé (EIS) : une méthode simple et des outils pratiques.* Rennes : Association S2D, 2011 : 12 p. *En ligne* : <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/05/evaluations-impact-sante.pdf>

• **Barton H., Tsourou C.** *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

ORGANISMES

• **Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe)**

L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie est un établissement public à caractère industriel et commercial (Épic) créé en 1991, sous tutelle des ministères chargés de la Recherche, de l'Écologie et de l'Énergie. Ses missions sont la protection de l'environnement et la maîtrise de l'énergie, à travers l'animation, la réalisation et la coordination d'opérations sur les thématiques environnementales : déchets, pollution, qualité de l'air, qualité environnementale, transport, bruit. L'agence a également pour objectif la participation à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines précités. Elle réalise aussi des études et des guides à destination de plusieurs publics : chercheurs et aussi particuliers ou collectivités locales ; ces publications sont accessibles sous la rubrique « médiathèque » du site web : <http://www.ademe.fr/mediatheque>

En ligne : <http://www.ademe.fr>

• **Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema)**

Le Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement est un établissement public à caractère administratif (ÉPA), placé sous la tutelle conjointe du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie et du ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité. Né de la fusion, en janvier 2014, de plusieurs services du ministère de l'Écologie, le Cerema a pour mission d'apporter un appui aux collectivités territoriales et aux services déconcentrés de l'État sur les questions d'aménagement et de développement durable. La direction Territoire et villes s'intéresse en particulier aux questions d'urbanisme, de mobilités, d'environnement ; elle produit des études sur ces sujets. Un centre de documentation est également accessible sur rendez-vous (service-documentation.DtecTV@cerema.fr). Ce centre de ressources réalise notamment une note de veille hebdomadaire « Regards sur la ville durable », accessible gratuitement depuis le site web : <http://www.territoires-ville.cerema.fr/regards-sur-la-ville-durable-r343.html>

En ligne : <http://www.cerema.fr/>

• **Commissariat général à l'égalité des territoires (Cget)**

Le Commissariat général à l'égalité des territoires a été créé le 2 avril 2014. Placé sous l'autorité du Premier ministre, il réunit les missions et les agents de la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), du Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV) et de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). **L'Observatoire des territoires**, organisation membre du Cget, a pour mission de

fournir un ensemble d'indicateurs mis à jour régulièrement. Ceux-ci sont téléchargeables et présentés sous forme de cartographie interactive sur le site web de l'Observatoire. Ils sont en général accompagnés de courtes analyses. En outre, l'Observatoire réalise, tous les trois ans, un rapport sur les dynamiques territoriales à l'attention des parlementaires et de l'ensemble des acteurs territoriaux. Les différents éléments constituant le rapport (analyses, données des figures et ressources bibliographiques par chapitres) sont mis à disposition sur le site. [Source : site web de l'Observatoire des territoires]

En ligne : <http://cget.gouv.fr>

Site web de l'Observatoire des territoires : <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/node>

• Élus, Santé Publique & Territoires

Élus, Santé Publique & Territoires est une association nationale des villes pour le développement de la santé publique. Créée, en 2005, à l'initiative d'élus locaux, l'association regroupe les élus désireux de développer des programmes de santé publique dans leur territoire. Elle est un lieu d'échanges autour des problématiques de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de santé. Le site propose une veille documentaire et juridique et de nombreuses publications (études, articles) téléchargeables.

En ligne : <http://www.espt.asso.fr/>

• Le centre de ressources du développement territorial (ETD)

ETD est une association ayant pour objectif d'être un centre de ressources pour les collectivités locales, régionales et nationales. ETD met à disposition son expertise *via* la diffusion d'études dans le champ du développement territorial, réalisées par différents acteurs : collectivités et partenaires spécialisés (ministères, centres de ressources). Très riche, le site web d'ETD met à disposition plusieurs types de documents : enquêtes, études, guides, et se veut également le relais d'initiatives locales. Concernant le champ de la santé, une page est dédiée sur le site sous la rubrique « nos thématiques » ; on pourra notamment y consulter des recommandations ainsi que des résultats d'enquêtes, des témoignages.

En ligne : <http://www.projetdeterritoire.com/index.php>

• Le Filin

Le Filin est un site web d'informations en santé environnementale, qui a vu le jour en 2011 dans le cadre du plan régional santé environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur 2009-2013. Il a été créé et est aujourd'hui alimenté conjointement par les documentalistes du comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca) et du Centre d'information pour la prévention des risques majeurs (Cyprés). Le site propose un ensemble actualisé de ressources (articles, recommandations, rapports, dossiers documentaires, etc.), sélectionnées et classées par catégories : promotion de la santé, habitat, transports, pollution, etc. D'autres services sont disponibles sur le site : *Le Fil-à-Fil*, la lettre thématique trimestrielle, *Les Profils du Filin*, un répertoire des acteurs-clés du domaine, mais aussi le Filin, moteur de recherche commun aux centres de ressources du Cres Paca et du Cyprés.

En ligne : <http://www.lefilin.org/>

• Réseau français des Villes-Santé (RFVS) de l'OMS

Le Réseau français des Villes-Santé est une association créée en 1990, qui fait partie d'un programme de l'OMS Europe. Ses objectifs sont d'améliorer les conditions de vie, de travail, la qualité de l'environnement, les relations sociales et la culture au sein des villes. En France, le réseau est composé de quatre-vingt-une villes et de cinq inter-communautés. Le site du réseau met à disposition une base des données qui recense l'ensemble des actions menées sous la rubrique « les villes du réseau et leurs actions ».

En ligne : <http://www.villes-sante.com/>

• Réseau Bretagne urbanisme et santé (RBUS)

Le Réseau Bretagne urbanisme et santé constitue un groupe d'échanges, de réflexions et d'expérimentations autour de la santé, de l'urbanisme et des évaluations d'impact sur la santé (EIS). Le RBUS a été initié en 2010 dans le cadre du programme régional Santé Environnement à l'occasion d'un séminaire « Urbanisme, environnement et santé » destiné aux collectivités et aux aménageurs. Il regroupe à ce jour des représentants de cinq structures : la ville de Rennes, Rennes Métropole, l'agence régionale de santé de Bretagne, l'École des hautes études en santé publique et S2D – centre collaborateur des Villes-Santé francophones de l'OMS.

En ligne : <http://rbus-eis.org/>

• Association internationale pour la promotion de la santé et le développement durable (S2D)

S2D est une association internationale, qui héberge un centre collaborateur de l'OMS dans le cadre du Réseau Villes-Santé. Elle propose d'apporter un soutien technique et méthodologique aux collectivités locales – et notamment celles engagées dans le Réseau Villes-Santé – dans le cadre de leurs actions. Le site propose de nombreuses ressources disponibles en ligne.

En ligne : <http://www.s2d-ccvs.fr/>

• Union nationale des acteurs et structures du développement local (Unadel)

L'Unadel est un réseau associatif des acteurs et des structures du développement local. Sa mission est de mettre à disposition l'information pour les adhérents et les particuliers ; lieu d'échanges et de débat (organisation de journées d'études, partenariats pour des colloques), elle produit également des études. À noter : un répertoire régulièrement mis à jour de sites web proposant des ressources sur la thématique.

En ligne : <http://www.unadel.org>

• Urbamet

Urbamet est une association loi 1901, créée en 2000, par le ministère de l'Équipement et la région Île-de-France. Constituée d'un réseau de documentalistes provenant d'agences d'urbanisme, d'écoles d'architecture, d'universités, du Cerema et d'autres professionnels du secteur, l'association a pour mission l'alimentation et la valorisation d'une base de données bibliographiques, spécialisée en urbanisme, aménagement du territoire, villes, habitat, transport, etc. La base Urbamet est accessible en ligne gratuitement pour les deux dernières années.

En ligne : <http://www.urbamet.com/>

Accès à la base de données Urbamet : <http://urbamet.documentation.developpement-durable.gouv.fr/index.jsp?lang=fr>

Enquête sur la santé des personnes sourdes et malentendantes

Audrey Sitbon,
chargée d'études
et de recherches,
direction des Affaires
scientifiques, Inpes.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) publie, fin 2015, les résultats de la première enquête d'envergure réalisée en France sur les comportements et l'état de santé des personnes concernées par une surdité ou des troubles de l'audition. La synthèse présentée ici est centrée sur les thèmes de la santé mentale, de la situation au regard de l'emploi, du recours et de l'accès aux soins, et de la vie sexuelle. Cet état des lieux permet de formuler des recommandations pour l'action.

Le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) est une enquête menée par l'Inpes en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le BSSM s'est intéressé aux personnes concernées par



la surdité et les troubles de l'audition, tels que les acouphènes (sifflements ou bourdonnements) ou l'hyperacousie – amplification de l'audition au point, parfois, de devenir douloureuse. L'enquête a été réalisée sur Internet en 2011/2012 auprès de 2 994 personnes de 15 ans et plus, atteintes de surdité ou présentant des troubles de l'audition. L'enquête n'est pas représentative de la population sourde et malentendante ou ayant des troubles de l'audition, qui est estimée à environ sept millions de personnes par l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM).

Santé mentale
La perception de la santé, en particulier psychique, semble particulièrement dégradée parmi les personnes interrogées dans le BSSM. En comparaison avec la population générale interrogée dans le Baromètre santé 2010 :

Santé mentale

– deux fois plus de répondants du BSSM déclarent une santé mauvaise ou médiocre ;

- presque trois fois plus sont concernés par une détresse psychologique ;
- les répondants du BSSM déclarent cinq fois plus de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et près de trois fois plus de tentatives de suicide au cours de la vie.

Ce mal-être apparaît plus fréquemment quand les personnes témoignent souffrir :

- d'une fatigue liée à la communication au quotidien ;
- de troubles de l'audition (acouphènes et/ou hyperacousie) très gênants dans la vie de tous les jours ;
- d'autres incapacités physiques (liées à des problèmes moteurs, cardiorespiratoires, visuels et/ou des douleurs) ;

– de violences psychologiques subies durant les douze derniers mois et, pour les hommes, de violences sexuelles au cours de la vie.

Il est à noter que les agressions physiques ou psychologiques déclarées au cours de l'année et les violences sexuelles subies au cours de la vie sont deux à trois fois plus fréquentes que celles subies par la population générale.

Santé et travail

Souffrance au travail

Pour ces populations, les symptômes de mal-être sont, par ailleurs, fortement attribués aux situations de travail :

- 34 % de la population active est en situation de détresse psychologique attribuée au travail (vs 5,4 % de la population générale) ;
- 10,3 % des actifs ont pensé à se suicider au cours des douze derniers mois en raison de leur situation professionnelle (vs 1,4 % de la population générale) ;
- 3,5 % des actifs déclarent une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de la vie pour raisons professionnelles (vs 0,6 % de la population générale).

Un tiers (33,9 %) des actifs occupés exprime des difficultés à se faire comprendre des collègues (à l'écrit ou à l'oral) et plus des deux tiers (69,9 %) ont des difficultés à comprendre leurs collègues quand ces derniers leur parlent ou leur écrivent.

Reconnaissance du handicap

Plus de six actifs occupés sur dix (63,1 %) bénéficient d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ; ils sont 93,6 % parmi

L'ESSENTIEL

➤ L'Inpes a mené l'enquête auprès des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition.

➤ Ces personnes déclarent un état de santé globalement moins favorable par rapport à la population générale, dans l'ensemble des champs investigués : santé mentale, situation au regard de l'emploi, recours et accès aux soins, attentes vis-à-vis de l'information sur la santé, vie sexuelle, etc.

➤ Le Baromètre santé formule un certain nombre de préconisations en partant de cet état des lieux.

les personnes qui n'entendent pas du tout ou sont locutrices de la langue des signes française (LSF). Près d'un salarié sur dix (8,9 %) bénéficie d'un temps de travail aménagé, une situation étroitement associée au fait de bénéficier d'une RQTH.

Accès et recours aux soins

Consultation de professionnels de santé

Depuis une dizaine d'années, le dispositif d'aides et de recours aux soins des personnes sourdes a considérablement évolué, notamment par la reconnaissance de la LSF, la création de consultations adaptées ou encore la formation des professionnels de santé. Pour autant, en cas de surdité, la communication avec les professionnels de santé demeure difficile et peut, en particulier pour ceux dont la situation économique est défavorable, peser sur l'accès aux soins et sur la qualité des prises en charge.

Difficultés rencontrées dans le recours aux soins

Deux profils de personnes ont, au cours des douze derniers mois, rencontré des difficultés particulières concernant le recours aux soins :

- les personnes souffrant de maladies chroniques et/ou de troubles de l'audition. Elles se trouvent fortement représentées parmi les enquêtés déclarant avoir d  renoncer à des soins pour raison financière. Il se pourrait que ces populations ne puissent faire face à un besoin très important en matière de consultations spécialisées

et qu'elles soient confrontées à une absence de réponse satisfaisante, en particulier concernant leurs troubles de l'audition ;

- les locuteurs de la LSF et/ou ayant des difficultés d'expression orale. Ils se retrouvent plus fréquemment parmi ceux indiquant n'avoir jamais consulté de spécialiste dans l'année ou parmi ceux évoquant des difficultés dans leurs prises de rendez-vous avec un médecin généraliste (41,3 % de ceux qui ont consulté sont dans cette situation).

Sexualité et prises de risques

Les questions relatives à la sexualité, peu abordées en France comme à l'étranger, ont été posées aux personnes âgées de 15 à 54 ans.

L'entrée dans la sexualité

Parmi les personnes âgées de 15 à 29 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 16 % déclarent ne pas avoir vraiment souhaité leur première expérience sexuelle et 2,5 % déclarent avoir été forc es. Les femmes rapportent plus que les hommes ne pas avoir souhaité ce premier rapport (24,8 %), et elles sont deux fois plus nombreuses que les femmes de la population générale.

Multipartenariat, nouveau partenaire et préservatif

Les personnes interrogées dans le BSSM déclarent plus fréquemment que la population générale avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. En outre, une proportion plus importante d'entre elles affirment avoir eu un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois (51,4 %).

L'utilisation du préservatif avec le ou les nouveaux partenaires est significativement moins fréquente que par la population générale. Près d'un tiers déclarent ne l'avoir « jamais » utilisé quand seulement un autre tiers déclare l'avoir « toujours » utilisé.

Contraception et IVG

Les femmes interrogées sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer utiliser la pilule comme principale méthode de contraception (43,3 %) qu'en population générale ; en revanche, elles utilisent plus le préservatif (18,2 %) ou une méthode locale ou naturelle (8,9 %).

Plus d'un tiers des femmes ayant déjà été enceintes déclarent avoir eu une interruption volontaire de grossesse au cours de la vie, soit 23,9 % de l'ensemble des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives. Cette proportion est supérieure à celle observée pour la population générale (18,5 %).

Perspectives

Une attention particulière doit être portée à l'accès aux soins et à l'information sur la santé – en particulier pour les publics accédant difficilement à la lecture – et au renforcement de l'information sur les pratiques préventives en matière de sexualité.

Enfin et surtout, afin de prévenir et de prendre en charge les  tats de souffrance psychologique particulièrement saillants dans l'échantillon du BSSM, il semble prioritaire de réfléchir :

-   l'accès au travail et à l'amélioration des conditions de travail, fortement associés aux  tats de souffrances psychologiques ;

-   la mise à disposition de prises en charge adaptées des troubles psychiques et du risque suicidaire ;

-   la façon de lutter contre les violences subies et, plus généralement, contre la stigmatisation des populations sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, mise en évidence dans cette enquête et dans plusieurs autres études. ■

Pour en savoir plus

● Sitbon A. dir. *Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 296 p.

« Accompagner les sourds vers l'autonomie personnelle »

Entretien avec Jean-François Labes, président de l'association Mieux vivre.

La Santé en action :
Le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM), publié par l'Inpes, révèle un niveau

de souffrance psychologique important chez ces personnes. Comment expliquez-vous ce constat ?

Jean-François Labes : Cette souffrance tient au fait qu'elles se sentent coupées du reste de la société. Mais toutes ne ressentent pas l'isolement et l'exclusion de la même façon. Il existe une différence entre les sourds de naissance, nés éventuellement de parents sourds, et ceux qui ont perdu l'ouïe au cours de leur vie, par maladie ou par accident. Les premiers s'adaptent plus facilement à leur environnement et se construisent une identité. Les seconds sont exclus subitement du monde de la communication ; c'est un choc, et ils éprouvent des difficultés à faire leur deuil, ce qui peut nourrir des pensées suicidaires.

L'une des causes profondes du mal-être de certaines personnes sourdes est l'illettrisme qui est source d'incompréhension, de difficultés pour trouver un emploi, engendrant une forme de stress permanent. L'intégration des jeunes sourds dans un établissement scolaire classique¹ n'a fait que renforcer ce fléau. Faute d'enseignants spécifiquement formés, les cours ressemblent à une chaîne de télévision cryptée pour ceux qui sont plus ou moins doués pour lire sur les lèvres. Cette scolarisation présente de bons côtés, en privilégiant l'oralisation et donc la verbalisation pour une meilleure intégration sociale ; mais l'enfant découvre également dans ce contexte qu'il ne communique pas comme les autres et il peut alors se

sentir incompris. Nous retrouvons les mêmes difficultés de communication dans le monde du travail : un salarié sourd risque de se sentir seul au moment de la pause, et ressentir un isolement, faute d'un partage avec ses collègues entendants.

S. A. : Les sourds subissent davantage de violences, comme s'ils étaient privés de certains droits et particulièrement du droit de choisir. Partagez-vous ce constat ?

J-F. L. : C'est un handicap qui place les personnes en état de vulnérabilité. La moquerie ou le rejet de la part des autres provoque la souffrance et, donc, une certaine fragilité. Au sein de la Maison des femmes de Paris, une chargée de mission pratiquant la langue des signes accueille des femmes sourdes ; le constat est dressé des multiples violences qu'elles subissent : agressions physiques, sexuelles, psychologiques, verbales, etc. Pour changer la donne, il est nécessaire de les informer de leurs droits et de les accompagner vers une autonomie personnelle et financière, afin qu'elles deviennent non plus spectatrices mais actrices de leur propre vie. C'est une condition essentielle pour leur permettre de s'affirmer et de s'épanouir.

Il importe aussi que les sourds décident eux-mêmes de ce qui les concerne. Avec les progrès de la médecine, le risque est que les instances médicales décident d'interventions sans suffisamment prendre en compte le désir des patients ; cela concerne aussi les sourds. En d'autres termes, la surdité est parfois considérée comme un problème qu'il faut soigner. Ainsi, dans certains cas, on incite les familles à autoriser

L'ESSENTIEL

■ **✘ Jean-François Labes, sourd et président d'association, explique qu'il n'y a pas de fatalité à ce que les sourds soient stigmatisés et maltraités par la société.**

■ **✘ C'est à la société de les accompagner dans leur cheminement éducatif, social et l'emploi et de veiller éthiquement à ce qu'ils décident eux-mêmes de ce qui les concerne.**

la pose d'implants cochléaires sur les enfants sourds. Parce que leur utilisation nécessite un long apprentissage, certains professionnels recommandent de le faire tôt. Or, c'est une opération lourde et sans garantie de résultats. Nous attendons toujours que le comité d'éthique *ad hoc* lance une enquête sur ces implants. Cette chirurgie devrait être proposée quand la personne est adulte et qu'elle est en mesure de choisir, de décider seule. Les sourds développent des stratégies pour compenser leur handicap et s'adapter. Ils peuvent vivre bien dans leur peau... à condition de vivre dans un monde qui leur soit accessible.

S. A. : La société et les pouvoirs publics prennent-ils suffisamment d'initiatives pour la santé globale de ces populations ?

J-F. L. : En Suède, toutes les émissions télévisées sont sous-titrées, alors que c'est le cas de seulement 18 % des programmes en France ! Le CSA devrait imposer ce sous-titrage à toutes les chaînes. Autre exemple : nous ne recensons aujourd'hui qu'environ trois cents interprètes diplômés en langue des signes ; c'est très insuffisant en

regard des besoins, même si seulement un cinquième des personnes sourdes sait effectivement communiquer en langue des signes. À ce sujet, une prise en charge financière des cours en langue des signes marquerait une évolution notable. L'une des avancées majeures se joue avec les nouveaux moyens de communication – Internet, les chats, les SMS, qui révolutionnent la vie des sourds et facilitent leur accès à l'information. De même que les aveugles peuvent bénéficier gratuitement d'un chien-guide, les sourds devraient disposer gratuitement d'un ordinateur. Par ailleurs, un effort important doit être réalisé dans le cadre de la scolarisation : les professeurs des écoles et de l'enseignement secondaire doivent être formés à une méthode d'enseignement appropriée. De plus, un codeur de langage parlé complété (LPC), une traduction en vélotypie, un ordinateur en mode reconnaissance vocale ou encore un interprète LSF amélioreraient grandement la compréhension du cours par les élèves sourds.

Enfin, un plan de sensibilisation auprès du personnel d'accueil des établissements recevant du public est nécessaire : mairies, préfectures, commissariats de police, hôpitaux, transports en commun, banques, grands magasins, etc. La sensibilisation consiste à montrer comment se comporter face aux sourds et aux malentendants ; bien articuler et apprendre quelques signes de base permet une bien meilleure communication.

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.



ENFANTS SOURDS : UNE APPLICATION POUR DÉCOUVRIR LES MUSÉES

L'association Signes de sens a développé une application sur tablette intitulée Muséo+ qui aide les enfants sourds à découvrir les œuvres des musées. Elle s'adresse principalement aux enfants âgés de 8 à 12 ans et est utilisée au musée du Quai Branly à Paris, depuis 2010, et au Palais des Beaux-Arts de Lille depuis 2013. L'application vise aussi les enfants en difficulté de communication, avec autisme ou déficience intellectuelle. Dans la réalité, elle est aussi utile aux enfants sans handicap. L'application propose une histoire aux enfants pour les amener à s'intéresser aux œuvres avec notamment des mini-jeux et trente minutes de vidéo pédagogique. Ainsi, au Palais des Beaux-Arts de Lille, sept œuvres sont présentées par Karine, comédienne sourde qui s'exprime en langue des signes ; ses interventions sont soutenues par un sous-titrage et une voix off, l'enfant utilise la modalité qui convient à sa propre situation. « Notre équipe de production est bilingue, du coup la scénarisation a naturellement intégré les contraintes de la LSF (langue des signes) et les échanges avec le comédien sourd se faisaient directement en LSF au moment du tournage, il n'y avait pas de rupture de compréhension, ce qui se ressent dans le contenu de l'application qui est clair et cohérent », explique Julie Houriez, pour l'association. À Lille, les œuvres sont des tableaux, des sculptures (de Rodin par exemple) et des objets. Au Quai Branly, les continents sont présentés par Laurent, comédien sourd, qui joue l'ethnologue et propose aux enfants la découverte des peuples. « J'avais l'impression

d'être Indiana Jones », témoigne un enfant sourd à l'issue de la visite. L'application est utilisable sur place dans les musées qui proposent des tablettes équipées aux visiteurs, en individuel ou par groupes.

Une évaluation a été réalisée auprès des enfants mais aussi de leurs accompagnants adultes, avec trois laboratoires universitaires dont l'un de sciences cognitives. « Avec l'application, les enfants reprennent confiance en eux, ils se sentent capables quand ils ont les bons outils. Les parents sont surpris par les capacités de leurs enfants, ils ne pensaient pas que ces derniers pourraient suivre assidument un tel parcours de quarante-cinq minutes », témoigne Julie Houriez. Surtout, l'outil permet à l'enfant d'être davantage autonome car il peut l'utiliser seul au musée, l'adulte n'a pas à « faire à sa place » ou à le guider. L'outil a reçu plusieurs prix (« Trophée de l'accessibilité 2014 », « Sésame Innovation 2014 de l'accessibilité positive », et « le Label de l'Observateur du design 2015 ») mais son coût reste un obstacle. Une troisième application a été réalisée pour la ville de Lille, pour le Beffroi de l'Hôtel de ville, intitulé « 360°+ », l'application est un support pour les visiteurs qui montent dans cette tour emblématique sur la métropole et alentours. En conclusion, Muséo+ démontre que les enfants sourds et plus largement les enfants handicapés peuvent accéder à la culture... à condition de disposer d'outils adaptés.

Yves Géry

Rédacteur en chef

Enquête

Alerte sur la santé des personnes sourdes et malentendantes

1. Pour les enfants sourds, il existe soit des écoles spécialisées, soit des établissements scolaires classiques au sein desquels ils doivent faire face à un processus d'intégration.

L'État de santé de la population en France - Rapport 2015

Coordonné par Thierry Prost et Sylvie Rey



Déterminants de l'état de santé, santé populationnelle (périnatalité, enfants, personnes âgées), pathologies de l'adulte... L'état de santé de la population en France est scruté à la loupe dans ce nouveau rapport annuel, qui a mobilisé l'expertise de l'ensemble des producteurs de données dans le champ de la santé publique, dont l'Inpes, l'InVS et beaucoup d'autres. L'ouvrage rassemble un corpus important d'informations – sur des thèmes aussi différents que la consommation de tabac, l'exposition au bruit en milieu de travail, la drépanocytose chez l'enfant ou encore l'insécurité routière –, présentées au travers de cartes, graphiques, tableaux, synthèses. Cette sixième édition (la première a été publiée en 2006) a fait l'objet d'une profonde refonte, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la direction générale de la Santé (DGS) ; elle met l'accent sur les comparaisons infra-nationales et sur la quantification des inégalités de santé.

Olivier Delmer

Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), coll. *Études et statistiques*, 2015, 502 pages.

En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html>

L'Intervention sociale d'intérêt collectif – De la personne au territoire

Christina de Robertis,
Marcelle Orsoni, Henri Pascal,
Micheline Romagnan



L'intervention sociale d'intérêt collectif (Isic) se définit comme complémentaire de l'intervention sociale d'aide à la personne. Cet ouvrage a pour objectif de promouvoir ce concept, actuellement insuffisamment développé en France ; il définit les enjeux, les spécificités et les stratégies de mise en œuvre. Rédigé par des professionnels du travail social, auteurs de nombreuses études sur la méthodologie du travail social, ce document a pour ambition d'être un outil méthodologique d'aide à l'intervention. Il retrace l'histoire du travail social, propose des définitions-clés et fournit des pistes stratégiques sur le positionnement du professionnel. La deuxième partie est axée sur la pratique et présente des processus méthodologiques pour la construction d'une Isic : démarche diagnostique, définition du programme et des activités. Le document aborde enfin la question de l'évaluation : à quels moments et comment évaluer ? Quel est l'intérêt des outils d'aide à l'évaluation ?

Laetitia Haroutunian

Rennes : Presses de l'EHESP, coll. *Politiques et Interventions sociales*, 2014, 304 pages, 27 €.

Santé sexuelle et droits humains. Un enjeu pour l'humanité

Dirigé par Joëlle Mignot
et Thierry Troussier



La notion de santé sexuelle, définie en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé, prône une approche positive de la sexualité

et introduit les questions de droit et d'éthique. L'ouvrage analyse ce concept et actualise l'état des connaissances, présente les enjeux liés à la sexualité, à la santé et l'éducation et aux droits humains, puis passe en revue les stratégies de prévention et d'éducation novatrices. Édité sous l'égide des fondateurs de la Chaire Unesco Santé sexuelle et Droits humains, il a été rédigé par un groupe d'experts : sexologues, gynécologues, psychologues et de spécialistes des questions de droit et d'éthique : avocats, professeurs de droit public, philosophes. L'ouvrage aborde dans une première partie les sujets liés aux enjeux de la santé sexuelle et reproductive et interroge notamment le rôle de l'État dans les stratégies de prévention, la place de la santé sexuelle dans la sphère privée individuelle. Organisée de façon pratique, cette première partie inclut de nombreuses définitions, ainsi qu'un encart « *Que faut-il retenir ?* » à la fin de chaque chapitre. La deuxième partie est consacrée à la communication et à l'éducation sur la santé sexuelle : comment les opérateurs publics peuvent-ils s'adresser à différentes populations et ce tout au long de leur vie ? Sont également présentés les outils de la communication sur la santé sexuelle, et les différents champs d'application. Enfin, l'ouvrage traite les sujets d'éthique : liberté sexuelle, égalité femmes-hommes, droits sexuels ; dans chaque chapitre une introduction retrace la genèse de ce qui a forgé le droit à la sexualité : courants de pensée, contexte politique. En guise de conclusion, le document présente les missions et les objectifs de la Chaire Unesco Santé sexuelle et Droits humains.

L. H.

Paris : de Boeck-Solal, coll. *Psychologie*, 2015, 442 pages, 39 €.

Inégalités d'accès aux soins : acteurs de santé et de territoires

Joy Raynaud



Joy Raynaud, docteur en géographie et en aménagement du territoire, analyse dans cet ouvrage les inégalités d'accès aux soins. Dans un premier temps, il dresse un état des lieux des atouts et des faiblesses du système de santé français ainsi que des attentes des patients et des difficultés que les médecins rencontrent dans leur pratique quotidienne. Il aborde également l'enjeu de l'éloignement pour l'accès aux soins et étudie le cas du Languedoc-Roussillon. Ensuite, il expose les différents concepts et modèles utilisés en sciences sociales pour définir l'accès aux soins et présente différents indicateurs quantitatifs, qui permettent de mesurer et de cartographier l'accès aux soins. Enfin, l'auteur répertorie de nouvelles organisations de soins qui contribuent à lutter contre la baisse de la démographie médicale, comme le regroupement des professionnels de santé ou encore la télémédecine.

Manon Jeuland

Paris : Economica/Anthropos, 2015, 192 pages, 19 €.

Sexualités – Contraception – IVG : 0800 08 11 11

Nouveau numéro vert national porté par le Planning familial

Ce numéro national **unique, anonyme et gratuit**, est dédié aux questions relatives à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Sa mise en place répond à la volonté d'instaurer l'accès égal de toutes et tous à une information claire, exacte et sans jugement, sur les questions liées à la sexualité.

Ce dispositif, financé par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, est assuré par le Planning familial qui s'appuie sur son réseau de plateformes régionales financées par les ARS et/ou les collectivités territoriales, pour garantir un bon maillage territorial et un service de proximité, au plus près des réalités locales des appelant(es).



En articulation avec SIS Association, l'accueil téléphonique est assuré **le lundi de 9 h à 22 h et du mardi au samedi de 9 h à 20 h** par des écoutants(es) formés(es) par le Planning familial sur les questions de droits et de santé sexuelle.

Tous les dispositifs et outils de santé sexuelle de l'Inpes renverront dorénavant vers ce numéro unique.

équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.

- ➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr



**Alcool, cannabis, cocaïne,
ecstasy, jeux vidéo, tabac...**

Il existe un endroit pour en parler et faire le point



**Consultations
Jeunes
Consommateurs**

Pour plus d'information :

☎ 0 800 23 13 13

DROGUES INFO SERVICE.FR

(7j/7, de 8h à 2h, appel gratuit
depuis un poste fixe.

Appel depuis un portable au
coût d'une communication
ordinaire au 01 70 23 13 13)



www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

Consultations gratuites et anonymes