

CONCOURS EXTERNE / INTERNE D'INGÉNIEUR EN CHEF TERRITORIAL

SESSION 2023

**Note de synthèse et de propositions visant à faire l'analyse
du dossier remis au candidat portant sur un sujet technique
Option : Aménagement des territoires, déplacements et urbanisme**

EPREUVES N° 3 & 8

**Durée : 5 h
Coefficient : 5**

SUJET :

Les dernières crises sanitaire, sociale, géopolitique, économique et environnementales ont eu des impacts négatifs sur la qualité de vie des habitants et des usagers. Face à ces crises et à ces impacts, plusieurs collectivités territoriales ont commencé à revoir leurs modèles de développement urbain à la recherche de modes de vies plus sains soucieux du bien-être et de la santé de leurs habitants. Dans ce cadre, la Communauté d'agglomération de « Agglo Santé » (200 000 habitants) a décidé de revoir sa stratégie urbaine en se lançant dans une démarche d'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) : l'objectif étant de faire de la santé un sujet majeure dans la planification et dans l'aménagement de son territoire.

La communauté d'agglomération de « Agglo Santé » couvre un territoire mixte, à la fois urbain, périurbain et rural composé de 15 communes de tailles disparates (de 5000 à 45 000 habitants). Le territoire se lance dans l'élaboration de son premier PLUI (plan local d'urbanisme intercommunal) avec quelques réticences des petites villes soucieuses de préserver leur cadre et leur qualité de vie. Aussi, l'agglomération pilote 10 opérations d'aménagement urbain (5 ZAC et 5 PUP) situées dans les communes les plus denses.

Dans le cadre de l'élaboration de leur nouvelle stratégie « urbanisme favorable à la santé », les élus souhaitent profiter du lancement de leur PLUI pour fixer un nouveau cap et réorienter la trajectoire des projets urbains jusqu'alors développés de façon isolée.

Dans une première partie, et en en vous basant sur l'analyse du dossier documentaire ci-joint, vous devez préparer une note de synthèse à l'attention de la Présidente de la communauté d'agglomération de « Agglo Santé » dans laquelle vous donnez des éléments de synthèse sur le développement d'une démarche d'Urbanisme Favorable à la Santé.

Dans une deuxième partie, et en tant que directeur (trice) général(e) de la stratégie de l'agglomération, votre directrice générale des services vous demande de piloter cette stratégie urbaine favorable à la santé dans toutes ses dimensions politiques, techniques, juridiques et administratives. Vous disposez d'une quinzaine de collaborateurs, répartis en trois directions, la stratégie urbaine, l'aménagement urbain et la pédagogie urbaine.

- Vous devez proposer dans un premier temps les grandes orientations du projet stratégique et définir ses modalités de pilotage entre l'agglomération et les communes. Il s'agit de révéler les actions pouvant être mises en place et leurs bénéfices pour la santé des populations et de convaincre les petites communes d'adhérer aux nouvelles orientations.
- Vous devez proposer ensuite une démarche de participation citoyenne approfondie.

Barème de notation :

Synthèse : 10 points

Propositions : 10 points

DOCUMENTS JOINTS

Document n° 1	EXTRAIT – Faire de la santé un enjeu transversal de la programmation urbaine, Yann MOISAN, <i>Revue Traits Urbains n°132, décembre2022, janvier 2023</i>	Page 3
Document n° 2	EXTRAIT - La ville paisible. Des clés de réflexion et d'analyse pour réussir la transition territoriale, <i>Territorial, Éditions, coll. « Les essentiels », 2021, J.SALAMON</i>	Page 5
Document n° 3	EXTRAIT – Dossier. L'urbanisme au service de la santé, <i>Revue La Santé en action, Santé Publique France, n°459, Mars 2022</i>	Page 9
Document n° 4	EXTRAIT- Urbanisme favorable à la santé. Bien vivre en ville, <i>Revue Regards Environnement, n°113, mai 2022</i>	Page 15
Document n° 5	EXTRAIT – Nature en ville et santé. Illustrations par des éco-quartiers. <i>CEREMA, Fiche n° 03 - septembre 2018</i>	Page 23
Document n° 6	EXTRAIT – Dossier. Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ? <i>Revue La Santé en action, Santé Publique France, n°428, Juin 2014</i>	Page 27
Document n° 7	EXTRAIT – Urbanisme et santé. Désormais indissociables ! <i>Agence d'urbanisme et d'aménagement Toulouse aire métropolitaine, Janvier 2021</i>	Page 31
Document n° 8	EXTRAIT – Loi 3DS <i>Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales2022</i>	Page 35
Document n° 9	EXTRAIT- ZFE : les restrictions de circulation ont des bénéfices avérés pour la santé, <i>Le Monde, 11/10/2022</i>	Page 40

NOTA :

- 2 points seront retirés au total de la note sur 20 si la copie contient plus de 10 fautes d'orthographe ou de syntaxe.
- **Les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif sur les copies :** pas de signature ou nom, grade, même fictifs.
- Les épreuves sont d'une durée limitée. Aucun brouillon ne sera accepté, la gestion du temps faisant partie intégrante des épreuves.
- Lorsque les renvois et annotations en bas d'une page ou à la fin d'un document ne sont pas joints au sujet, c'est qu'ils ne sont pas indispensables.

YANN MOISAN : « FAIRE DE LA SANTÉ UN ENJEU TRANSVERSAL DE LA PROGRAMMATION URBAINE »



Pour relier le champ de l'urbanisme à celui du sanitaire et social, Ingrid Meunier, Lionel Rabilloud et Yann Moisan fondent en 2015 NovaScopia. Les deux premiers ont suivi des cursus universitaires urbanistiques classiques et œuvraient précédemment au sein du bureau d'études Acadie. Leur associé apporte une approche sanitaire et sociale avec un Master 2 en gestion des administrations sanitaires et sociales et un parcours dans ce domaine.

Depuis la pandémie de covid nous avons vu de façon tangible l'impact d'une crise sanitaire sur les villes et nous connaissons l'impact de celles-ci sur notre santé. Pour autant la santé apparaît-elle de façon explicite et d'une manière prépondérante dans les projets urbains et les documents d'urbanisme ?

C'est encore loin d'être le cas, même après la pandémie, même si les pouvoirs publics savent depuis longtemps qu'un ensemble de paramètres liés à l'environnement et au mode de vie impactent la santé des habitants. C'est flagrant pour le logement avec les effets néfastes de l'insalubrité, du bruit et de la promiscuité. De même dans un quartier, l'accès à des services publics, la qualité de l'air, la présence d'espaces verts et d'ombre, la possibilité de faire du sport, de marcher ou de s'asseoir en toute quiétude agissent sur le bien-être des habitants. Si on veut penser une politique de santé à l'échelle d'un quartier ou d'une ville, il faut donc intégrer l'aménagement urbain, mais en y associant pleinement les habitants. C'est un enjeu crucial pour lutter contre les inégalités de santé. Pourtant, bien que la santé fasse partie des politiques publiques, les acteurs du sanitaire et du social et ceux de l'aménagement urbain échangent rarement. En créant NovaScopia nous avons voulu établir ce lien. Pour le faire efficacement, j'ai complété en 2015 mon cursus universitaire et mon expérience dans le sanitaire et social par une formation à l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) s'appuyant sur les travaux de l'Institut national de santé Publique du Québec. Depuis 2020, il existe d'autres références, notamment le guide Isadora, un outil précieux pour mieux intégrer la santé dans les opérations d'aménagement urbain. Ce guide élaboré par l'École des hautes études en santé publique, l'Arba et la Fnau permet de passer à l'opérationnel

Qui fait appel à votre expertise ?

Principalement des collectivités comme Nantes, Angers, Poitiers ou Niort qui nous ont commandé dès 2016 une Évaluation d'Impact sur la Santé. Ce type d'étude permet d'estimer en amont la portée d'un projet urbain sur la santé des habitants. L'objectif étant de maximiser les effets positifs d'un projet urbain et vice versa. Il s'agit de prospective, mais cela n'empêche pas d'aller chercher des références dans des quartiers existants. Depuis 2016 nous avons entrepris entre quinze et vingt études sur des quartiers de petites communes comme de métropoles : les deux tiers pour des projets de rénovation urbaine car les populations des quartiers prioritaires sont souvent celles qui subissent le plus de nuisances. Il faut aussi signaler que les Agences régionales de santé de Nouvelle Aquitaine, d'Île-de-France et des Pays de la Loire ont été pionnières pour soutenir financièrement les collectivités commanditaires d'EIS et l'intègrent dans leur plan régional de santé environnement. En 2019 à Pierrefitte-sur-Seine, en Seine-Saint-Denis, nous avons entrepris une démarche plus globale d'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS).

Il s'agissait, en amont du projet urbain, de co-construire avec les habitants et acteurs du quartier des scénarios d'aménagement en questionnant les interactions sur l'environnement et les habitudes de vie des populations les plus fragiles¹.

Qu'en est-il des aménageurs, promoteurs et bailleurs ?

Nous avons mené des EIS pour le bailleur social Domofrance sur la résidence Crespy et le quartier Thouars à Talence, en Gironde. C'est encore très rare, mais des promoteurs font appel à nous comme Bouygues Immobilier, associé à I3F et Agencycity pour la réponse à l'AMI « Habiter autrement 2 » lancé par Epamarne en 2018 pour le quartier du Sycomore à Bussy-Saint-Georges (Seine-et-Marne). Enfin Espaces Ferroviaires nous a demandé une EIS pour le projet des Messageries (Paris 12^e) puis une autre pour le projet Hébert (Paris 18^e).

Rien n'oblige à intégrer les questions de santé dans un projet urbain, sauf dans le cadre des évaluations environnementales. En conséquence quelle est la portée de vos diagnostics et conseils ?

L'EIS permet de regrouper les informations relevant de la santé sur un territoire et de transmettre des recommandations pour éviter les effets négatifs d'un projet urbain. Mais les décisions restent politiques, les commanditaires peuvent poursuivre la construction dans un quartier, même si les habitants subissent déjà des nuisances engendrées par la proximité d'une voie routière par exemple. A titre d'exemple, pour un projet urbain nous avons préconisé d'augmenter la distance entre un axe routier et les futurs logements, mais nous n'avons pas été suivis. Le sacrifice de foncier qui en découlait occasionnait une perte de profit trop importante par l'aménageur. Par ailleurs les EIS restent optionnelles, rien ne force les élus ou les aménageurs à les mener. Ils peuvent se limiter aux études d'impact ou évaluations environnementales obligatoires, souvent très limitées et peu précises en termes de recommandations sur la santé.

Si rien ne contraint à tenir compte de la santé dans un projet urbain, certaines collectivités semblent pourtant s'en préoccuper pour leurs documents d'urbanisme. C'est le cas de Garges-lès-Gonesse (Val-d'Oise) qui recourt à notre expertise pour l'élaboration d'un Plan local d'urbanisme favorable à la santé. L'ARS Île-de-France y participe d'ailleurs. A terme, il faudra quand même se poser la question suivante : si certains territoires peuvent être considérés comme des espaces fragilisés voire « malades », ne faudrait-il pas faire de la santé un enjeu transversal de la programmation urbaine ?

Propos recueillis par Nora Hachache

1. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/eis-et-ufs-en-idf-retours-dexperiences>

2. Une nature fonctionnelle et ancrée dans la vie locale

Une ville paisible est une ville qui considère la nature comme quelque chose d'utile et de fonctionnel, ancré dans la vie locale de ses habitants et de ses usagers. La nature n'est plus considérée uniquement comme secondaire, ou à vocation esthétique et paysagère unique, et devient centrale dans la vie quotidienne apportant plusieurs bénéfiques et plusieurs intérêts : intérêts des services rendus par la nature, de l'arbre en ville, de l'eau en ville, bénéfiques de la gestion forestière...

a) *Intérêt des services rendus par la nature aux citoyens*

La ville n'est pas composée seulement de bâtiments et de routes. Elle est aussi (à des niveaux variables) un écosystème assez diversifié de faune et de flore. Avec ses activités nombreuses, sa densité humaine et l'importante imperméabilité de ses espaces urbains, elle impacte négativement son environnement naturel. Cela participe au réchauffement climatique (notamment les phénomènes d'îlots de chaleur urbains) ainsi qu'au départ et à la disparition d'une grande partie des espèces animales qui la fréquentait.

Une ville paisible est une ville qui reconnaît l'intérêt et l'importance de la nature sur la qualité de vie de ses habitants : intérêt écologique (rafraîchissement, régulation et confort thermiques et lutte contre les îlots de chaleur urbains, régulation de la pollution de l'air et de l'eau, réduction des pollutions notamment de l'air et de l'eau, réintroduction des espèces animales et végétales, gestion des eaux pluviales et infiltration...) ; intérêt paysager et urbanistique (amélioration de l'ambiance et de l'acceptabilité de la densité, intérêt de l'arbre en ville, intérêt des plantes et des paysages naturels sur la qualité et l'image d'une ville...) ; intérêt social (amélioration de la qualité de vie, de la santé et du bien-être psychologique et physique, développement du jardinage en ville, des rencontres entre les habitants, création du lien social et d'identités partagées, meilleure harmonie sociale, motivation à la pratique d'activités sportives, impacts positifs sur le bien-être des individus) ; intérêt alimentaire (agriculture locale, circuits courts alimentaires, nourriture saine...) ; intérêt économique (attractivité de la ville, vente des produits agricoles, gestion forestière, augmentation des capacités cognitives et de l'efficacité professionnelle, valorisation du prix de l'immobilier, tourisme et attractivité...).

Les services rendus par la nature aux citoyens sont assez nombreux ! La dernière crise sanitaire a poussé les habitants des grandes villes à prendre une décision radicale (pour ceux qui avaient la possibilité), celle de quitter la ville dense à la recherche de la nature et de ses bénéfiques. Quelques-uns sont partis dans les premières et deuxième couronnes périphériques souvent moins denses, et d'autres ont franchi un pas plus radical, celui de partir loin, assez loin, profitant de la généralisation du télétravail pour habiter dans des villages ou dans des petites villes ancrées dans la nature.

Les villes n'ont plus le choix que de remettre la nature au cœur de leurs stratégies et de renouer des liens forts avec leur faune et leur flore. La nature n'est plus considérée comme un luxe ou comme un accessoire, encore moins une question de villes riches, et devient l'enjeu principal pour maintenir la population d'une ville et attirer des nouveaux habitants. Le travail (devenu possible à distance à fortes proportions) devient secondaire par rapport à la qualité de vie !

b) Intérêt de l'arbre en ville

Une ville paisible est une ville qui reconnaît les bénéfices et l'intérêt de l'arbre en ville en lui consacrant une place centrale dans ses différents espaces, qu'ils soient dédiés à l'habitation, au travail, au déplacement ou aux loisirs.

Il est ainsi important de bien sensibiliser les habitants et les acteurs du développement territorial sur la place de l'arbre et de les informer des principales méthodes d'installation, de gestion et de respect pour profiter pleinement de ses qualités paysagères, environnementales, sociales. En effet, les bienfaits de l'arbre en ville sont assez nombreux et permettent à l'arbre d'assurer plusieurs fonctions qui contribuent de façon directe à améliorer le cadre de vie des habitants ainsi que l'image et la valeur patrimoniale d'une ville.

L'arbre en ville assure dans un premier temps des fonctions climatiques avec des services de régulation et d'amélioration du climat urbain, des fonctions très recherchées avec la montée du réchauffement climatique et la recherche d'une meilleure qualité de vie par les habitants depuis la dernière crise sanitaire : rôle considérable dans le confort thermique (réduction du phénomène d'îlots de chaleur urbains, outil de rafraîchissement et de diminution de la température...); amélioration de la qualité de l'air (purification de l'air, réduction de la pollution atmosphérique et captation de certains polluants); amélioration de la gestion des eaux pluviales (interception et infiltration des eaux pluviales); production de biomatériaux et d'énergies propres (bois-énergie, source locale d'énergie renouvelable).

L'arbre en ville assure aussi des fonctions économiques et contribue positivement sur les valeurs des biens immobiliers. Une ville paysagée est une ville désirable qui attire plus les habitants qu'une ville complètement bétonnée. Dans ce sens, l'arbre crée de la valeur économique et contribue à augmenter les valeurs foncières des propriétés. Nous l'avons bien vu avec la dernière crise sanitaire qui a montré l'intérêt des habitants à avoir une meilleure qualité de vie, allant pour quelques-uns à changer de ville à la recherche de plus de verdure et de qualité de vie. Cela a eu un impact économique direct par la hausse des prix du foncier et de l'immobilier dans les villes « plus vertes » offrant une meilleure qualité paysagère à leurs habitants.

L'arbre en ville assure aussi des fonctions socioculturelles en lien avec l'amélioration de la qualité de vie des habitants. L'arbre contribue au bien-être des habitants en apportant des perceptions et des représentations positives dans la mémoire collective et dans l'identité urbaine d'une ville. Il améliore directement la qualité de vie et contribue, selon plusieurs recherches, à apaiser les tensions et à réduire l'agressivité à la fois au niveau individuel et collectif : nous sommes plus détendus dans nos relations sociales quand nous habitons un cadre de vie agréable qui stimule les relations sociales et le vivre ensemble et qui apaise notre santé mentale. L'impact est aussi positif pour travailler encore plus avec la généralisation du télétravail où les habitants (notamment ceux qui n'ont pas de jardin privé) sont amenés à passer plus de temps dans leurs villes et donc à fréquenter leurs espaces verts. Le temps gagné par le télétravail et la qualité paysagère d'une ville vont inciter les habitants à développer leurs activités sportives et culturelles.

L'arbre en ville assure naturellement un rôle esthétique et patrimonial. L'arbre joue un rôle d'ornement qui contribue à l'embellissement physique d'une ville et qui structure son paysage urbain. Une ville avec des grandes allées, des grands parcs et des arbres partout

n'a pas le même aspect paysager qu'une ville totalement bétonnée. L'arbre possède une valeur propre en lien avec son espèce, sa grandeur, sa valeur esthétique, sa force symbolique, sa rareté, son histoire et son âge (cèdre, tilleul, hêtre, platane, érable sycomore, érable champêtre, chêne, saule...). Plusieurs villes n'hésitent plus à les considérer comme de vrais éléments de patrimoine local, au même titre que les bâtiments remarquables, en les protégeant dans leurs documents d'urbanisme comme éléments de paysage identifiés, qu'ils soient à titre individuel ou regroupés comme un ensemble paysagé.

L'arbre en ville assure aussi des fonctions écologiques en support à la biodiversité. Il contribue à la protection de la biodiversité par différentes manières (corridors écologiques, lieu d'accueil de nombreuses espèces animales, impact positif sur le sol...). Il offre ainsi plusieurs strates d'accueil de la biodiversité, et enrichit significativement son milieu.

Il assure ainsi une fonction de refuge et d'accueil pour plusieurs espèces de plantes mais aussi d'animaux (oiseaux, insectes...).

Il assure aussi des fonctions nourricières et participe à la nutrition des humains et des espèces animales qui le fréquentent. Nous pensons essentiellement aux arbres fruitiers traditionnels qui se développent de plus en plus dans les grandes villes qui prennent le choix de les planter dans l'espace public au service des habitants (cerisiers, pommiers...).

Enfin, l'arbre en ville est utilisé dans plusieurs cas pour des questions sécuritaires pour stabiliser des talus de façon écologique.

c) La gestion forestière au service des territoires

Une nature paisible est une nature qui protège et qui favorise le développement et le renouvellement de ses espaces forestiers. Cela se construit à travers trois échelles, stratégique, opérationnelle et de suivi.

Au niveau stratégique, l'objectif est de définir des orientations de développement à court, moyen et long terme des forêts et des bois de l'agglomération en intégrant les enjeux d'entretien, d'accueil du public, de préservation des milieux, de qualité paysagère, de débouché économique (vente de bois...). Un objectif qui doit répondre à plusieurs enjeux : valoriser la fonction écologique et environnementale (biodiversité des espèces animales et végétales, protection des risques naturels et des milieux, épuration, lutte contre la chaleur) ; valoriser la fonction économique (filière bois, emplois...) ; développer et/ou organiser les fonctions sociales (loisirs, éducation, sport). Cela nécessite d'élaborer un diagnostic sur l'ensemble des espaces forestiers d'une ville ou d'un territoire (publics et privés) et de proposer une stratégie de développement des espaces forestiers.

Au niveau opérationnel, l'objectif est de définir un plan d'action à court, moyen et long terme pour assurer la mise en œuvre des stratégies de développement (coupes, plantations, phasages, priorisation). Cela doit répondre à plusieurs enjeux : sécuriser les espaces forestiers en assurant des travaux de coupes ; protéger les milieux et la biodiversité en proposant des modes de gestion et des coupages de plantations ; aménager des espaces adaptés aux usages ; construire un réseau d'acteurs locaux (développer les partenariats public-privé, favoriser la participation citoyenne). Cela nécessite de lancer des actions de coupes, de plantations et d'entretien dans le respect des plans de gestion tout en intégrant les enjeux de développement durable et de respect de la biodiversité.

Au niveau du suivi, l'objectif est de définir une méthode d'évaluation avec des critères et des indicateurs pour suivre et évaluer les stratégies et les projets de développement forestier et de communiquer avec les différents acteurs. Un objectif qui répond à plusieurs enjeux : assurer le suivi et l'évaluation des stratégies et des études mises en œuvre en particulier en termes de rapport, des délais, enjeux, objectifs et développement durable ; valoriser les expériences en échangeant avec d'autres acteurs. Cela nécessite de former les acteurs locaux aux enjeux et aux techniques de développement forestier et de lancer plusieurs ateliers pédagogiques ouverts à l'ensemble des citoyens.

d) Sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs

La prise de conscience de l'importance de la nature en ville passe avant tout par l'information et par la sensibilisation de l'ensemble des habitants et des acteurs locaux. En effet, chacun impacte directement la nature et la biodiversité dans ses pratiques et dans ses activités quotidiennes. L'enjeu est de sensibiliser tout le monde via une formation sur les rôles des écosystèmes et d'orienter les actions de chacun en faveur de la biodiversité.

Ainsi, il est nécessaire de mettre en place un plan de communication sur trois niveaux :

- comprendre la place de la nature et les enjeux de la biodiversité aux différentes échelles d'une ville ou d'un territoire et les outils réglementaires pour la préserver ;
- intégrer dans les projets, des aménagements techniques en faveur de la biodiversité ;
- mettre en œuvre une gestion écologique des espaces verts ;
- favoriser des actions citoyennes en faveur de la nature et de la biodiversité.

Cela passe aussi par un programme de formation à l'intention des professionnels de l'aménagement et du développement territorial pour intégrer un aménagement et une gestion écologiques dans les projets, de la conception à la réalisation. Cela concernera aussi, pour certains postes, l'acquisition de connaissances en matière de biodiversité et de fonctionnement écosystémique des territoires.

Cela se réalise également par un travail global et approfondi d'information et de sensibilisation du grand public : mettre en œuvre des actions de sensibilisation, de découverte de la notion de biodiversité, et ce que chacun peut contribuer à faire en faveur de celle-ci, par l'incitation par exemple à participer à des actions nationales ou internationales ; engager une démarche participative à travers l'organisation d'ateliers professionnels et d'ateliers citoyens ; engager une campagne de communication.

Communauté urbaine de Dunkerque : l'urbanisme favorable à la santé, une exigence à intégrer dans les projets d'aménagement

Entretien avec

Anne-Cécile Gautier,

directrice aménagement des milieux
et valorisation territoriale,

Delphine Capet,

cheffe de service urbanisme et environnement,
directrice adjointe, communauté urbaine de Dunkerque.

La Santé en action : Depuis quand la communauté urbaine de Dunkerque s'intéresse-t-elle au concept d'urbanisme favorable à la santé ?

Anne-Cécile Gautier et Delphine Capet : La ville de Grande-Synthe – l'une des communes de la communauté – a été une des premières à participer au réseau Villes-Santé de l'OMS, en 1991. Dunkerque l'a rejointe en 2004, puis la communauté urbaine de Dunkerque (CUD), en 2009 et progressivement d'autres communes de l'agglomération. Nous sommes sur un territoire industriel qui a laissé des traces profondes sur l'environnement et sur la santé des habitants. Leur état général demeure préoccupant, même si nous observons aujourd'hui un recul de la mortalité liée aux cancers. C'est pourquoi nous travaillons depuis longtemps avec des partenaires comme l'observatoire régional de l'air Atmo Hauts-de-France, l'Association agréée de surveillance de la qualité de l'air (AASQA), le Secrétariat permanent pour la prévention des pollutions et des risques industriels (S3P) et d'autres structures associatives. Cette démarche a pris un nouvel essor à partir de 2013, au moment où a été lancée la réflexion sur le nouveau plan local d'urbanisme intercommunal, habitat et déplacements (PLUi-HD), dans lequel il a été décidé d'intégrer ces notions d'urbanisme favorable à la santé. En effet, nous sommes convaincus que la santé des populations ne dépend pas que de facteurs individuels : d'autres déterminants, comme la situation socio-économique, les transports, les espaces de nature en ville, la qualité de l'air, l'accès aux soins jouent un rôle capital. Et l'action publique peut les transformer.

S. A. : Comment ce plan local d'urbanisme intègre-t-il une approche globale de la santé ?

A.-C. G. et D. C. : Ce projet de territoire a été élaboré autour de trois enjeux majeurs : le premier est de favoriser les comportements de vie sains. La réflexion porte sur les aménagements qui encouragent l'activité physique (pistes cyclables, chemins piétonniers), mais aussi une alimentation de qualité : pour ce faire, la collectivité dédie du foncier communal et/ou communautaire à la production de cultures bio ou raisonnées, via un appel à projet auprès des agriculteurs, avec l'idée de favoriser un circuit court pour approvisionner les cantines scolaires. Le deuxième enjeu est d'améliorer les facteurs environnementaux de santé ; c'est-à-dire travailler sur la qualité de l'air, les nuisances sonores, le cadre de vie. Par exemple, le réaménagement d'un quartier de Grande-Synthe a bénéficié d'un outil de modélisation de la concentration en polluants, qui sera une aide à la décision. Sur le volet mobilité, l'idée est de renverser le paradigme : il ne s'agit pas d'accroître les moyens de transports dans les quartiers, mais de concevoir les quartiers en fonction des transports existants ; donc les nouveaux aménagements se feront près de zones bien desservies par le réseau de transports en commun – gratuit au sein de la CUD¹ – et non là où il y a des espaces vacants. Enfin, le troisième enjeu du plan local d'urbanisme consistera à faciliter l'accès aux soins. Cela nécessite de renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé. En témoigne le projet de bâtir une résidence moderne, en cœur de ville, pour la soixantaine d'internes en médecine qui, chaque année, passent six mois au centre hospitalier de Dunkerque. Leur offrir de bonnes conditions d'accueil pourrait inciter certains à rester ou à revenir pour exercer sur le territoire. Les lieux de soins doivent également être accessibles. Le maillage des lignes de bus (réformé en 2018) a ainsi fait passer une ligne à haut niveau de service² pour desservir l'hôpital, ligne connectée aux quartiers où les habitants possèdent le moins de voitures.

L'ESSENTIEL

▣ La communauté urbaine de Dunkerque (CUD) a inscrit dans son plan local d'urbanisme (PLU) la prise en compte de la santé pour tout projet d'urbanisme. Elle s'est ainsi fixé trois priorités : favoriser les comportements de vie sains ; améliorer les facteurs environnementaux de santé ; faciliter l'accès aux soins.

S. A. : Pouvez-vous présenter une des actions les plus emblématiques de ce plan ?

A.-C. G. et D. C. : À Dunkerque, dans le cadre de la rénovation urbaine du quartier du Banc Vert, un nouvel équipement va réunir l'école maternelle et l'école primaire, auparavant dans deux bâtiments distincts, une cantine – les élèves rejoignaient l'ancienne en bus – et la maison de quartier (centre social). C'est un partage des lieux tournés vers l'éducation populaire. La cantine est dimensionnée pour cuisiner plus de repas qu'il n'y a d'élèves et elle pourra ainsi approvisionner d'autres écoles et des maisons de retraite alentour. Cette école du futur est conçue avec un objectif « Zéro perturbateur endocrinien » ; cela implique un choix précis des matériaux de construction, mais aussi du mobilier. Le bâtiment est plus compact pour réduire l'artificialisation des sols ; tous les mètres carrés servent. En outre, un parc d'un hectare est prévu sur le site d'une des deux écoles qui seront démolies. C'est un projet transversal qui a mobilisé quasiment toutes les directions : bâtiments ; espaces publics ; mobilité pour prévoir l'arrêt de bus ; valorisation des déchets, ceux de la cantine et ceux des écoles ; démocratie locale, car il y a une maison de quartier qui est un lieu d'expression et d'échange pour les habitants ; assainissement et eau, etc. Ce projet bénéficie d'un financement de l'Agence nationale de rénovation urbaine, de la région Hauts-de-France. La caisse d'allocations familiales et le département du Nord sont également parties prenantes. Le permis de construire a été délivré et l'appel d'offre a été tout récemment lancé.



© CUD - AlphaStudio

S. A. : Comment la population a-t-elle été associée à la construction du plan local d'urbanisme ?

A.-C. G. et D. C. : Il y a eu une large concertation qui a duré un an et demi, à partir de 2018, nommée « PLUi hd'idées sur le Dunkerquois ». Elle a pris des formes multiples, afin que tous les habitants et notamment les jeunes puissent s'exprimer. Lors d'une première phase, une exposition itinérante a présenté l'état des lieux du territoire, avec des chiffres, des photos, des graphiques. Neuf réunions publiques ont été organisées, rassemblant au total 350 personnes. Une dizaine de rencontres ont eu lieu sur les marchés ou dans les galeries commerciales, pour aller au plus près de la population sur ses lieux de vie. Cette concertation s'est aussi appuyée sur le numérique avec la création d'un site Internet. Les internautes pouvaient y déposer des contributions libres sur un thème précis ou plus général ; nous en avons reçu une cinquantaine. Un questionnaire y était proposé, permettant aux habitants d'exprimer leur ressenti sur les forces et les faiblesses du territoire, mais aussi leurs priorités pour eux et pour l'agglomération. Un outil de participation géolocalisé permettait également de déposer une idée sur une carte, concernant la mobilité, l'habitat, le paysage, la santé, la formation, etc. Avec la possibilité pour les internautes de voter et de commenter. Cette page a été consultée 30 000 fois, elle a recueilli 555 idées qui ont donné lieu à plus de 2 000 votes. Enfin, des élus de la communauté urbaine ont répondu en direct aux questions de la population lors de quatre *t'chats*³. Si la concertation génère bien évidemment des effets positifs, elle présente aussi des limites sur le plan notamment de la représentativité, que nous avons pointées dans le bilan. Même

en diversifiant les modalités « d'aller-vers » le public, les personnes âgées sont davantage représentées que les autres parmi ceux qui se sont exprimés. Il est à souligner également que, cette phase s'étant déroulée pendant une période de travaux importants, les sujets liés à la mobilité ont été prépondérants dans les débats. Sur le plan du calendrier, le PLUi-HD va être définitivement adopté par le conseil de communauté à l'automne 2022, après la tenue d'une enquête publique pour recueillir les observations de la population à l'été 2022.

S. A. : Quels freins voyez-vous à la mise en œuvre de l'urbanisme favorable à la santé incarné dans le PLUi-HD ?

A.-C. G. et D. C. : L'enjeu est maintenant de décliner cette approche, concrètement, dans le quotidien. Ceci demande une acculturation des services et des directions de la CUD, et de créer des outils pour amener les aménageurs, les promoteurs et les bailleurs sur ce terrain. La sobriété foncière et la préservation des ressources comme piliers de la ville durable et inclusive, ce n'est pas forcément le « modèle » des opérateurs, ni celui des habitants qui aspirent encore à la maison individuelle avec jardin. Autre frein : il peut y avoir des doutes, y compris parfois chez les décideurs, voire parmi les élus, sur l'équilibre économique de toutes ces opérations d'aménagement, intégrant aussi fortement santé et qualité du cadre de vie. Il va falloir convaincre que ce n'est pas forcément plus coûteux ou plus complexe à mettre en œuvre.

S. A. : Prévoyez-vous d'évaluer les futurs projets d'aménagement ?

A.-C. G. et D. C. : La CUD a la chance d'avoir été retenue comme « Territoire d'innovation⁴ » dans le plan de financement de l'État sur

l'industrie décarbonée du XXI^e siècle⁵ [1]. Dans ce cadre, un volet qualité de l'air a été intégré au PLUi-HD. Cela permettra d'augmenter les capacités d'expertise de l'Observatoire local de la santé, créé en 2018 sur le Dunkerquois, et de structurer une équipe portée par l'Espace santé du littoral. Celle-ci, dotée d'un conseil scientifique, est pluridisciplinaire, avec des épidémiologistes, des experts de la qualité de l'air, etc. Elle aura pour mission d'évaluer les actions qui seront mises en place, autour de quatre grands thèmes : l'état de santé de la population, les réseaux de professionnels de la santé, la production de nouvelles données sur le lien entre qualité de l'air et santé, l'accessibilité de ces informations à tous. Cette évaluation, qui sera coordonnée par l'agence d'urbanisme et de développement Flandre-Dunkerque, nous permettra de disposer d'indicateurs à suivre sur le long terme. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Depuis le 1^{er} septembre 2018, le réseau de transport urbain est totalement gratuit 7 jours sur 7. Dunkerque est ainsi devenue la plus grande ville d'Europe à offrir les transports gratuits pour tous, sans condition : le passager monte dans le bus sans présenter de titre de transport ni de justificatif de domiciliation dans la CUD.

2. À Dunkerque, cinq lignes Chronos existent, pour lesquelles la fréquence de passage des bus est toutes les 10 min. Dans certaines parties de la ville, des voies leur sont dédiées pour permettre une meilleure fluidité.

3. Dialogues en ligne.

4. Action du Grand Plan d'investissement, adossée à la troisième vague du Programme d'investissements d'avenir (PIA). Le programme soutient financièrement des projets d'innovation associant décideurs et citoyens, et qui incarnent une stratégie ambitieuse de transformation des territoires sur dix ans. Le projet de Dunkerque s'ancre sur la mise en place d'une symbiose territoriale pour incarner l'industrie et la ville du futur. Il a pour ambition le mieux-vivre de ses habitants en associant préservation de l'environnement, développement économique et cohésion sociale. En ligne : <https://www.banquedesterritoires.fr/territoires-dinnovation>

5. Voir article de Patrice Vergriete, président de la CUD et maire de Dunkerque. En ligne : <https://www.eco121.fr/patrice-vergriete-a-dunkerque-la-relance-sous-le-signes-de-lindustrie-decarbonnee-du-xxie-siecle/>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Secrétariat général pour l'investissement. *Le Programme d'investissements d'avenir (PIA)*. Gouvernement, 6 septembre 2018, m.-à-j. le 24 décembre 2021.

À Miramas : « Rénover un quartier en prenant en compte l'impact sur la santé des habitants »

Entretien avec
Jérôme Marciliac,

chef de service Rénovation urbaine,
pôle Dynamiques urbaines et Développement durable
du territoire Istres-Ouest-Provence,
métropole Aix-Marseille Provence.

La Santé en action : Depuis quand la ville de Miramas soutient-elle un urbanisme favorable à la santé ?

Jérôme Marciliac : L'initiative d'urbanisme favorable à la santé a démarré en 2016, à l'occasion de la réflexion sur la rénovation d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), La Maille-Le Mercure, où habitent près de 2 700 personnes et qui compte 86 % de logements sociaux. C'est un quartier enclavé, avec un bâti vieillissant, dont le réaménagement nécessite des opérations lourdes de démolition et de reconstruction. Cependant, il est assez bien couvert par les professionnels de santé. Ce projet qui se déroule sur dix ans est doté d'un budget de 170 millions d'euros, financé à hauteur de 34 millions d'euros par l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (Anru). L'idée était au départ de mesurer l'impact d'une telle rénovation sur la santé des habitants avec l'objectif à plus long terme de rénover ce quartier en prenant en compte cet impact. Nous avons constitué une équipe pluridisciplinaire pour cette démarche de réflexion qui a duré deux ans. Étaient impliqués dans ce groupe de travail : le service politique de la ville de Miramas via la coordinatrice de l'atelier santé-ville ; l'équipe projet de la rénovation urbaine qui montre un grand intérêt pour les mesures d'impact des aménagements et des travaux réalisés sur le bien-être des habitants ; et le sociologue urbain, mandataire de l'équipe d'assistance à maîtrise d'ouvrage en charge du suivi et de la coordination de l'opération. Le pilotage a été confié au comité régional d'éducation pour la santé de la région (Cres-Paca), en collaboration avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes. Et un cabinet spécialisé en sociologie urbaine est venu en appui. L'objectif était de penser, d'imaginer la rénovation de ce quartier en prenant davantage

L'ESSENTIEL

■ **La ville de Miramas rénove un quartier majoritairement constitué de logements sociaux. Avant de démolir, rénover, reconstruire, elle a intégré la thématique de l'impact de l'urbanisme sur la santé via quatre critères qui sont des déterminants de la santé : qualité de l'air, accès aux soins et aux services sociaux, cohésion sociale, activité physique et alimentation. Les habitants ont été consultés.**

en considération la thématique de la santé telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*¹. » C'est en cela que l'urbanisme favorable à la santé (UFS) s'attache à améliorer à la fois la qualité de l'environnement construit et aussi, dans une appréhension plus large, la qualité et le cadre de vie des habitants.

S. A : Quels outils sont issus de cette démarche ?

J. M. : Dans un premier temps, le groupe de travail a identifié quatre grands déterminants de santé propres au quartier, qui devront guider les scénarios d'aménagement et qui seront au cœur des enjeux de la réhabilitation : activité physique et alimentation ; qualité de l'air intérieur comme extérieur ; accès aux soins et aux services sociaux et cohésion sociale. Dans un deuxième temps, il s'agissait de sensibiliser l'ensemble des acteurs à la santé et de leur montrer qu'elle ne relève pas uniquement de la responsabilité des professionnels de santé. Une charte *Agir pour un urbanisme, des aménagements, des bâtiments et des équipements favorables à la santé* a été élaborée et annexée à la convention Anru. Ensuite, des fiches pratiques très détaillées d'actions concrètes d'aménagement et argumentées du point de vue de la santé ont été rédigées. Elles sont destinées aux différents acteurs du projet : les promoteurs, les bailleurs, les copropriétaires, les professionnels de santé, les



© Ville de Miramas

services de la ville et de la métropole. Celles-ci contiennent des informations adaptées à leur spécificité pour qu'ils prennent conscience de leur capacité à agir sur les facteurs de santé. Par exemple, pour les bailleurs publics ou privés, l'aménagement d'un parking à vélos dans les immeubles est de nature à favoriser la pratique de la bicyclette pour les déplacements professionnels ou pour les loisirs, ce qui contribue à développer l'activité physique. Travailler sur la densité, l'organisation des espaces permet de créer un environnement moins stressant, notamment en limitant le bruit, dont on reconnaît aujourd'hui les effets délétères sur la santé. Du côté des promoteurs immobiliers, la fiche incite à veiller par exemple à la conception des pieds d'immeuble, halls et cages d'escalier afin de créer un cadre de vie agréable grâce à la végétalisation, et pour inciter les habitants à ne pas prendre systématiquement l'ascenseur. Ce sont des outils pédagogiques indispensables pour convaincre les différents acteurs concernés de s'engager dans cette démarche.

S. A : Quels points d'amélioration ont émergé de cette réflexion ?

J. M. : Ce projet urbain est complexe, associant trois approches intrinsèquement mêlées : l'urbanisme favorable à la santé, le renouvellement urbain et la démarche éco-quartier. Il prévoit de détruire 220 logements, essentiellement sociaux, pour en reconstruire 250 en accession libre afin de favoriser la mixité sociale : la part des habitations à loyer modéré (HLM) passera ainsi de 83 % à 63 %. Environ 80 % de la

voirie sera transformée, avec une diminution des voies circulables en voiture et une augmentation des rues piétonnes, dont des rues-jardins qui seront végétalisées. Ceci va jouer à la fois sur l'amélioration de la qualité de l'air et sur le développement de l'activité physique. Il est acté de réintégrer l'eau dans le quartier grâce à une rivière urbaine, afin d'irriguer les plantations plus abondantes. C'est aussi un moyen de lutter contre le phénomène d'îlot de chaleur urbain et d'améliorer le confort de tous. Le cadre de vie va également bénéficier de la construction d'une école ouverte sur un lac et de la création d'un pôle médical dans des locaux accessibles et adaptés. Si le quartier n'est pas un désert médical, il s'agit ici d'offrir aux professionnels de santé un cadre de travail agréable et fonctionnel. Un bureau d'études, missionné comme assistant à maîtrise d'ouvrage, est financé pour nous accompagner pendant dix ans afin de veiller à ce que cette dimension « santé » soit bien intégrée et de s'assurer de l'adhésion des acteurs.

S. A : Les habitants ont-ils participé à la démarche de réflexion ?

J. M. : Les habitants ont été une composante importante de l'élaboration du projet. Plusieurs dispositifs de concertation ont été mis en place avec les élus, les techniciens et surtout les habitants. Ces derniers ont pu participer à des « diagnostics en marchant » et à des ateliers de prospective sur une série de sujets allant des

espaces publics aux commerces, en passant par les transports, le stationnement, l'emploi, le vivre-ensemble, etc. Les habitants ont eu leur mot à dire sur la façon dont ils imaginaient leur futur environnement. Ensuite, la phase de programmation a tranché sur ce qu'il fallait garder ou enlever. Encore aujourd'hui, nous organisons des réunions environ tous les deux mois pour valoriser les citoyens qui se sont investis dans la co-construction de ce projet. Nous avons fait beaucoup pour qu'ils puissent s'y impliquer – communication dans les boîtes aux lettres, ateliers en soirée à des jours différents, y compris en prévoyant du personnel municipal pour garder les enfants. Entre 60 et 80 personnes y assistaient. Aujourd'hui, il reste un noyau dur d'une vingtaine de personnes qui suit l'avancement du projet et constitue le relais auprès des autres habitants.

S. A : Y-a-t-il des freins à la promotion de l'urbanisme favorable à la santé ?

J. M. : C'est une démarche qui vient bousculer les habitudes de travail des parties prenantes. Cela ajoute une dimension nouvelle à leur métier, notamment pour les bailleurs, les promoteurs, les maîtres d'œuvre. Ces derniers ne le voient pas toujours d'un bon œil : soit ils estiment déjà intégrer cette préoccupation, soit ils pensent que cela va générer des coûts supplémentaires. Il faut un soutien et une volonté politique forte de mettre la santé et le bien-être des habitants au cœur de la

décision. Il faut avoir la volonté de porter un projet répondant aux besoins et aux attentes des habitants, et qu'une fois la rénovation effective, à court ou moyen terme, les médecins, les personnels de santé constatent des effets positifs sur la santé : moins de stress, moins d'asthme, moins de problèmes d'obésité, etc. L'aménagement prend du temps tout comme l'observation des effets directs sur la santé des choix d'aménagement assez difficiles à appréhender. Si la question de l'évaluation des résultats reste complexe, plusieurs dispositifs sont prévus. Par exemple, des capteurs d'air sont installés dans différents endroits du quartier ; des mesures seront effectuées avant le réaménagement et après, ce qui permettra de voir l'impact sur la qualité de l'air des choix réalisés en termes de voirie, d'isolation des bâtiments, etc. Même chose concernant la cohésion sociale : nous sommes en train de constituer une cohorte d'habitants qui vont être interrogés sur leur vécu dans le quartier, avant et après sa rénovation. Nous verrons ce qui a changé et si nous avons véritablement amélioré les choses. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Organisation mondiale de la santé. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. OMS, 22 juillet 1946. En ligne : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

DOUAISSIS : UN SCHÉMA DE COHÉRENCE TERRITORIALE QUI PREND EN COMPTE LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Faire la ville ne se résume pas à construire des logements, créer des zones économiques ou aménager des infrastructures. Il s'agit de faire du sur-mesure, de répondre aux besoins du territoire, de s'inscrire dans un modèle durable, d'offrir un cadre de vie de qualité... Depuis vingt ans, le territoire du Grand Douaisis développe sa culture de « l'urbanisme planificateur » à travers son schéma de cohérence territoriale (SCoT) en fixant les grands principes d'aménagement du territoire avec lesquels les documents d'urbanisme locaux et les projets urbains doivent être compatibles. Il ne s'agit pas de rompre avec une logique d'urbanisme négocié, co-construit entre les porteurs de projet et les acteurs publics, mais de fixer les règles intangibles auxquelles les projets ne peuvent pas déroger.

Face à un déficit d'attractivité et à des indicateurs de santé défavorables, le SCoT Grand Douaisis a mené une démarche unique en France : élaborer un schéma de santé (associant des acteurs de la santé, des élus et des urbanistes) concomitamment à la révision du SCoT et à l'élaboration du plan climat-air-énergie territorial (Pcaet). Au-delà des questions d'amélioration de la prise en charge des malades et du parcours de soin, il s'agissait de mener une réflexion globale sur les déterminants de la santé (comportements individuels, sociaux, cadre de vie, environnement) permettant d'atteindre l'état complet de bien-être à la fois physique et mental. Ces travaux ont permis d'inscrire dans le SCoT révisé, approuvé le 17 décembre 2019, et le Pcaet, approuvé le 15 décembre 2020, des orientations d'aménagement en faveur d'un

urbanisme favorable à la santé. Aujourd'hui, le SCoT Grand Douaisis œuvre à leur traduction dans les plans locaux d'urbanisme et à leur mise en œuvre opérationnelle dans les projets d'aménagement.

Adeline Perotin,
responsable du pôle urbanisme,
syndicat mixte de cohérence
territoriale Grand Douaisis.

Pour en savoir plus

- Schéma de cohérence territoriale traitant de l'urbanisme favorable à la santé : <https://grand-douaisis.com/scot-mixte-presentation/>
- Syndicat mixte du SCoT Grand Douaisis. *Schéma de santé du Grand Douaisis 2018-2028*. Décembre 2018 : 111 p. En ligne : <https://grand-douaisis.com/wp-content/uploads/2020/01/rapport-schema-de-sante-du-grand-douaisis-vf-pp-1.pdf>

Urbanisme et santé à Grenoble : « Améliorer les conditions de vie des habitants »

Entretien avec
Françoise Berthet,
directrice de l'urbanisme et de l'aménagement,
ville de Grenoble.

La Santé en action : De quel projet d'urbanisme et d'environnement favorables à la santé Grenoble peut-elle s'enorgueillir ?

F. B. : Grenoble, en reconnaissance de ses politiques sur le long terme, a été reconnue Capitale verte européenne en 2022, notamment avec l'aménagement du premier ÉcoQuartier labellisé étape IV, celui de Bonne – démarré en 2007 et terminé en 2012 –, qui a intégré ce prisme. C'était un projet assez avant-gardiste, qui proposait un vrai saut qualitatif pour les conditions de vie des habitants, avec la construction de bâtiments basse consommation (BBC), passifs, et une réhabilitation de bâtiments militaires qui, dans le ratio espaces publics (espaces verts et de circulation) / bâti, donnait une place importante aux premiers. Un grand parc a été réalisé par un paysagiste ; le centre commercial, relié au réseau de chaleur urbain et doté d'une ventilation naturelle, ne propose que de peu de places de parking, car il est accessible en transports en commun.

S. A. : Et aujourd'hui ?

F. B. : Nous essayons d'être pragmatiques. Des initiatives sont testées dans les projets d'aménagement, inscrites dans les cahiers des charges destinés aux promoteurs. Elles ont pour but d'améliorer la qualité de l'air ou le confort acoustique (qui est un point important pour la santé mentale), de favoriser l'activité physique, le lien social, une alimentation saine et de qualité, une offre médicale, etc. Par exemple, dans l'Éco-Quartier Flaubert, un appel à projet vise à développer la culture de fruits et de légumes sur 2 000 m² de toiture ; une association rassemblant des spécialistes de l'agriculture urbaine, un restaurateur et un brasseur en font un lieu de sensibilisation et de socialisation pour les habitants. Les actions qui sont jugées positives et diffusables sont reprises

dans le premier plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi), dont la dernière mouture applicable depuis 2020 pose des objectifs ambitieux dans les nouveaux projets : amélioration de 20 % par rapport aux performances énergétiques de la réglementation thermique (RT) 2012 pour les nouvelles constructions ; sur certains secteurs dont les zones d'activité commerciale (ZAC), 60 % de surfaces végétalisées (toitures, façades, dalles de parkings souterrains, terrasses...) dont 30 % de surfaces de pleine terre – où il est possible de planter des arbres. Déjà active dans le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, la ville et ses outils ont aussi cherché à monter en compétence sur l'urbanisme favorable à la santé afin de mieux faire le lien entre différentes actions menées qui, même si elles ne sont pas présentées sous cet angle, ont un rapport avec cette notion. C'est une volonté politique clairement affichée, puisque nous avons un adjoint délégué à la fois à l'urbanisme et à la santé.

S. A. : Comment cette approche plus centrée sur l'urbanisme favorable à la santé s'est-elle concrétisée ?

F. B. : La première étape de cette démarche a été d'établir courant 2021 un diagnostic santé afin de retenir des déterminants de santé à l'échelle de la ville et par secteurs. Ainsi, un premier volet, plus technique, a cartographié l'offre des professionnels de soin sur le territoire et a proposé un état des lieux socio-sanitaire. Un autre volet s'est appuyé sur une concertation menée auprès de la population, au printemps 2021. Elle a pris plusieurs formes : un diagnostic sensible sous forme d'enquête en ligne, relayée par le site de la ville et ses réseaux sociaux, et complétée sur le terrain par des sollicitations directes avec trois jours de porte-à-porte ; un atelier avec le conseil des aînés, qui a réuni une dizaine de participants ; une journée d'« aller-vers », avec un dispositif de places de parking automobile investies et détournées de leur fonction originale pour se transformer au choix en espace détente, en potager, en une dizaine de places de stationnement pour vélos, etc.¹.

L'ESSENTIEL

■ **La ville de Grenoble s'est lancée dès 2007 dans l'urbanisme favorable à la santé avec l'aménagement de son premier ÉcoQuartier, Bonne. Quinze ans plus tard, après un diagnostic santé et une concertation avec les habitants, le plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi) de cette métropole intègre la santé comme critère à prendre en compte par les promoteurs, constructeurs et urbanistes. Ceci vaut tout particulièrement pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).**

S. A. : Quelles sont les préoccupations prioritaires des habitants ?

F. B. : Lorsqu'on les interroge sur les liens entre ville, urbanisme et santé, ce sont les thèmes de la pollution et de la végétalisation qui sont le plus souvent cités spontanément par les 600 répondants à l'enquête. Viennent ensuite la propreté, le bruit, la marche, le vélo, la sécurité, l'accès aux soins, les transports en commun et enfin, la densité urbaine. Et quand on leur demande de choisir deux thèmes prioritaires pour les améliorations qu'ils souhaitent dans leur quartier, la sécurité, la propreté, la présence de nature et le bruit arrivent en tête des préoccupations. L'ensemble des résultats obtenus, tant techniques que sensibles, ont fait l'objet d'une analyse détaillée par déterminants de santé ; par exemple tout ce qui a trait à la qualité de l'air. Ces déterminants sont intégrés dans les actions à mettre en œuvre sur deux secteurs prioritaires : l'institut national supérieur du professorat et de l'éducation (Inspe) sur Flaubert, et Cambridge sud sur Presqu'Île, qui font l'objet d'opérations d'aménagement.

S. A. : Comment travaillez-vous avec les différentes parties prenantes ?

F. B. : La ville est aussi en train d'élaborer une charte de l'habitat, de la construction et de la santé afin de favoriser notamment l'utilisation de matériaux bio-sourcés. Cette réflexion est



© Ville de Grenoble

menée grâce à des ateliers participatifs qui rassemblent les bailleurs, la fédération des promoteurs, des associations représentant les habitants, des professionnels de la filière bois, etc. Nous voulons soutenir un habitat en bois ou en terre, car celui-ci est non seulement efficient d'un point de vue climatique, mais il apporte aussi un confort de vie et c'est un vecteur de bien-être pour ses occupants. Cette charte – à finaliser pour fin 2022 – sera signée par les partenaires volontaires, puis annexée au PLU pour servir de *vade-mecum*, aussi bien dans le cadre des projets privés que des opérations d'aménagement de la ville. L'octroi des permis de construire est déjà l'occasion d'intervenir en amont sur le bâti futur : logements traversants, parties communes de nature à encourager le lien social, cages d'escalier spacieuses et éclairées par des fenêtres qui incitent à emprunter les marches plutôt que de prendre l'ascenseur, nature des matériaux, etc. D'une manière générale, nous co-construisons avec les habitants, comme c'est le cas par exemple pour la réhabilitation d'un ensemble d'habitations à loyer modéré (HLM) des années 1930 en logements sociaux et privés, dans le quartier prioritaire de L'Abbaye. En attendant les réhabilitations définitives, un dispositif d'urbanisme transitoire, Les Volets verts, a vu le jour. Il est porté par l'association La Boussole, avec comme partenaires la ville, d'autres associations et les habitants du secteur impliqués... L'objectif est d'accompagner

la transformation de l'ensemble immobilier à présent vidé de ses habitants – relogés dans le parc du bailleur – en préfigurant les futurs espaces publics ; en amorçant une vie culturelle et sociale ; en accueillant certains services de la ville, comme la Direction de l'action territoriale, et une antenne du centre communal d'action sociale ; en proposant de l'hébergement d'urgence... C'est une façon de redonner, en amont, de l'attractivité à ce site qui souffrait d'une image dégradée du fait de son état antérieur.

S. A. : Quels sont les freins inhérents à cette démarche ?

F. B. : Nous pouvons rencontrer certaines difficultés lors du déroulement des chantiers. Nous devons veiller à ce que tous les objectifs du cahier des charges soient tenus, ce qui n'est pas toujours le cas. Nous avons ainsi une grande vigilance afin de prévenir les malfaçons en accompagnant le projet pendant toutes les phases de la construction et en renforçant les contrôles. Les opérations d'aménagement vertueuses pour la santé et pour l'environnement sont perçues comme plus onéreuses. Or ces nouvelles conceptions du bâti n'engendrent pas systématiquement de surcoûts globaux. Certes, l'intégration de ventilation à double flux ou de matériaux bio-sourcés renchérisse l'investissement. Cependant, en vendant le foncier à un prix adapté, la ville donne des marges de manœuvre aux promoteurs pour prendre en compte ces contraintes.

S. A. : Les différents programmes que vous mettez en œuvre sont-ils évalués ?

F. B. : Dans le cadre du dossier de labellisation de la dernière étape de l'ÉcoQuartier de Bonne en 2019, un retour d'expérience a été finalisé en s'adossant à un sociologue urbain, deux ans après les interviews quantitatives. Il soulignait des éléments positifs, dont une bonne mixité sociale, la qualité et la fréquentation des espaces verts, les cinémas, et en relevait d'autres susceptibles d'être améliorés notamment du côté des commerces. Au-delà du bilan technique d'un aménagement réalisé de longue date, il nous paraît intéressant d'effectuer ce type d'évaluation sociologique pour recueillir le ressenti des habitants dans leur nouvel environnement et pour mettre en évidence les points de progrès dans les aménités (services et éléments naturels de l'espace représentant un attrait pour les habitants, *NDLR*). Enfin, la démarche d'urbanisme favorable à la santé mettra en place des indicateurs au regard des déterminants et des actions validées. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. <https://www.placegrenet.fr/2013/09/21/parking-day-international/524444>



REGARDS

ENVIRONNEMENT
MAI 2022 | N°113

Document n° 4 : **EXTRAIT- Urbanisme favorable à la santé. Bien vivre en ville,**
Revue Regards Environnement, n°113, mai 2022

URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

Bien vivre en ville

Agissant comme un révélateur, la crise sanitaire de la Covid 19 (re)place la santé au cœur des préoccupations de la population et des acteurs publics. Les défis à relever sont nombreux avec, en premier lieu, la réduction de la pollution de l'air et des nuisances sonores, les deux principales causes environnementales de mortalité dans les villes selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Réduire l'exposition de la population à ces facteurs de risques est essentiel et doit se penser en lien avec l'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS). La mise en œuvre d'un UFS implique de considérer la santé de manière plus globale, sous l'angle du bien-être de la population. L'accès à la nature en ville, à une alimentation de qualité, à la pratique stimulée de l'activité physique comptent parmi les nombreux déterminants environnementaux, économiques et sociaux de la santé. Transversale et intégrée, cette approche incite à renouveler les pratiques de la fabrique des espaces urbains. À l'heure de leur nécessaire densification, l'UFS est aussi une opportunité pour la qualité de vie et l'attractivité des villes.

Avec ce *Regards* réalisé en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Agam propose une approche synthétique de ce sujet complexe qui replace l'individu au centre des politiques publiques.



ÉDITORIAL



Le sujet de la santé comme question politique est ancien. Dès 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé donnait une vision positive et globale de la santé.

S'il est aujourd'hui largement reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations, la santé publique reste encore trop souvent envisagée sous l'angle du soin et de la prise en charge médicale. Or, l'aménagement urbain a un rôle à jouer en matière de prévention, notamment par la façon de « faire projet », de concevoir les espaces, de construire les rapports entre les lieux, la manière de « prendre soin ». C'est aujourd'hui indiscutable ; nous sommes en train de rentrer dans une nouvelle ère de la fabrique de la ville. Une fabrique plus soucieuse de l'habitant et de son bien-être.

L'intégration de ces enjeux de santé publique dans l'aménagement du territoire passe de fait, par une amélioration des collaborations entre les différents acteurs de la santé publique, de l'environnement et de l'urbanisme. C'est en ce sens que l'ARS Paca et l'Agam ont engagé une collaboration féconde pour que le bien vivre en ville devienne l'axe majeur et constant de l'ensemble des politiques publiques de développement et d'aménagement de notre territoire.

LAURE-AGNÈS CARADEC
Présidente de l'Agam

UN NOUVEAU REGARD SUR LA SANTÉ

QUATRE GRANDS FACTEURS DÉTERMINENT LA SANTÉ

Trop longtemps, la santé a été assimilée à l'absence de maladie. Pourtant, elle peut s'entendre de manière beaucoup plus globale et positive, comme en témoigne la définition donnée par l'OMS depuis 1946 : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition met notamment en évidence le fait que la santé comporte, au-delà d'une dimension physique, des implications psychologiques très importantes dans nos sociétés urbaines d'aujourd'hui.

Notre santé est conditionnée par plusieurs facteurs. Les progrès de la médecine au cours de ces dernières décennies et le développement de l'offre de soins y contribuent logiquement. La biologie humaine, c'est-à-dire les caractéristiques individuelles (sexe, âge...) et héréditaires, agissent aussi sur la santé. Toutefois, selon plusieurs études, ces deux facteurs auraient une influence relativement limitée puisqu'ils ne détermineraient respectivement que 15 % et 5 % de notre santé. Les plus importants seraient les facteurs environnementaux (25 %) et comportementaux (55 %) sur lesquels l'urbanisme a des impacts majeurs. En effet, les politiques d'aménagement et d'urbanisme

influencent notre environnement au sens large, c'est-à-dire l'état des milieux dans lesquels nous évoluons (qualité de l'air, de l'eau, des sols...), notre cadre de vie (type d'habitat, offre de transports, équipements...) et notre environnement social (interactions humaines, emplois...). Elles influencent également nos comportements individuels et nos habitudes de vie par rapport à notre alimentation, nos activités professionnelles, sportives ou culturelles, nos addictions et nos prises de risque dans le quotidien.

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social

Ainsi, l'urbanisme est favorable à la santé s'il minimise l'exposition des populations aux facteurs de risques (pollutions et nuisances, isolement social...) et s'il maximise l'exposition aux facteurs dits « de protection » (accès à des espaces verts, aménagements facilitant la pratique d'activités physiques...), c'est-à-dire s'il favorise le « bien-être », le tout en veillant à ne pas aggraver les situations d'inégalités de santé.

DE L'URBANISME HYGIÉNISTE À L'URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ

La prise en compte des enjeux de santé publique dans les politiques d'urbanisme n'est pas nouvelle. Elle a même toujours plus ou moins existé, comme peut en attester un regard rapide sur les villes de l'Antiquité (préoccupation pour l'accès à l'eau et développement des égouts...) ou du Moyen-Âge (certaines activités polluantes comme les tanneries sont repoussées en périphérie des villes).

Au XIX^e siècle, en réponse à l'insalubrité des villes et aux épidémies, ce lien étroit entre urbanisme et santé est davantage théorisé et donne corps au courant de l'urbanisme hygiéniste. À Paris, pour faire face au choléra, Haussmann conduit de grands travaux qui conduisent à percer des rues et à aménager des parcs pour aérer et oxygéner la ville, et à développer les réseaux d'eau et les égouts. Durant la même période, Barcelone engage sa métamorphose sous l'impulsion de l'urbaniste hygiéniste progressiste Cerdà.

Dans la première moitié du XX^e siècle, l'urbanisme fonctionnaliste s'impose

comme un nouveau courant. Ses principes, définis dans la Charte d'Athènes, reposent sur la séparation des fonctions urbaines (l'habitat d'un côté, les industries de l'autre) et, toujours dans un souci d'hygiène, sur la nécessité de faire entrer l'air, le soleil et la lumière dans la ville et dans les constructions. Avec du recul, il est convenu que ces courants successifs de l'urbanisme n'ont apporté que des réponses partielles aux enjeux de santé. Dans certains cas, ils ont même accentué certains problèmes (pollution de l'air liée à l'essor de la voiture dans une ville fonctionnaliste) ou en ont généré de nouveaux. Pour offrir un nouveau regard et changer les pratiques, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé en 1986 le programme des Villes-santé afin de favoriser l'application locale des principes de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Aubagne a été la première ville de la Métropole d'Aix-Marseille-Provence à adhérer à ce réseau (1991), suivie plus tard par Marseille (1998) et Salon-de-Provence (2008). C'est dans le cadre de ce programme qu'est né le concept de l'urbanisme favorable à la santé.



LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

© Graine Occitanie, Agam, 2022

REPÈRES



37 000

personnes exposées à des dépassements de polluants réglementés dans les Bouches-du-Rhône en 2018

Source : Atmo Paca



58%

des habitants d'AMP sont à moins de 10 min à pieds d'un parc, jardin ou square public

Source : Agam, 2021



30^{MIN} = ↘ 24%

30 minutes de marche ou de vélo correspond à une baisse de 24% du risque de maladie cardiovasculaire

Source : CGEDD 2013 / PDU AMP



28%

de la population d'AMP considérée comme sensible à une chaleur excessive

Source : Atlas métropolitain Agam



20%

des grands parcs métropolitains (de + 1 ha) sont pourvus d'un équipement dédié aux sports collectifs



MINIMISER L'EXPOSITION DES POPULATIONS AUX RISQUES SANITAIRES

UNE MULTITUDE DE FACTEURS DE RISQUES SANITAIRES

Une partie des risques sanitaires est d'origine anthropique (pollutions diverses, nuisances sonores, îlots de chaleur urbains, ondes...) et d'autres, d'origine plutôt naturelle (risques majeurs, espèces nuisibles comme les moustiques tigres, espèces végétales ou animales allergisantes...). D'autres renvoient enfin à des facteurs socio-économiques (isolement géographique, familial ou social, déclassement scolaire ou professionnel, faiblesse des revenus...). Aussi, leurs impacts sur la santé humaine sont aussi nombreux que leurs sources. Ils dépendent :

- ▶ d'une part du degré d'intensité, de la variété et de la proximité avec les risques en présence ;
- ▶ d'autre part de la vulnérabilité physiologique et psychologique des personnes affectées. Ainsi, les enfants par exemple, du fait de la vulnérabilité des premières années de croissance, sont considérés comme des publics vulnérables particulièrement sensibles.

Certaines activités humaines comme l'industrie, l'agriculture intensive ou les transports thermiques ont des impacts majeurs sur la santé physiologique et mentale. Dans les territoires très urbanisés, la concentration d'établissements et d'infrastructures sources de nuisances,

associée à une plus grande densité de population, en augmente l'exposition. C'est pourquoi l'organisation des activités humaines sur le territoire nécessite une réflexion sanitaire globale : comment minimiser à la fois les facteurs de risque et notre exposition à ces risques ?

QUALITÉ DE L'AIR ET BRUIT, DEUX ENJEUX MAJEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Un adulte inhale quotidiennement entre 10 000 et 20 000 litres d'air, en fonction de sa morphologie et de ses activités. La pénétration de polluants dans l'organisme peut avoir des conséquences majeures sur la santé : maladies pulmonaires, cardiovasculaires, cancers... La pollution dite sanitaire doit être différenciée de la pollution atmosphérique (CO₂ et Gaz à effets de serre). Elle est principalement composée de trois polluants : dioxyde d'azote (NO₂), ozone (O³) et particules fines et très fines (PM₁₀, PM_{2,5}), dont les plus fines atterrissent très profondément dans nos poumons (alvéoles) et entrent directement dans le sang. Selon Santé Publique France, la pollution de l'air est responsable en France d'une perte de 8 mois d'espérance de vie. 40 000 décès sont attribuables aux particules fines chaque année. Le territoire d'Aix-Marseille-Provence est particulièrement exposé, en lien avec l'activité industrielle et les transports, notamment maritimes

La pollution de l'air en France :
8 mois d'espérance de vie en moins

et logistiques, qui restent les principaux contributeurs. Près d'1,3 million de personnes sont exposées en permanence à des dépassements des valeurs limites guides, définies par l'OMS. Fondées sur des données scientifiques, ces valeurs sont des recommandations sanitaires adressées aux autorités publiques, ciblées sur les polluants considérés comme les plus dangereux. Leur dépassement est associé à des risques importants pour la santé publique.

Souvent considéré comme une simple gêne, le bruit impacte pourtant sensiblement la santé. Au-delà des effets directs sur l'audition, il a des conséquences sur les systèmes endocrinien, immunitaire et cardiovasculaire. Il peut également altérer le sommeil, la capacité à se concentrer, la santé mentale... Ainsi, 9% des habitants de Marseille-Provence, du Pays d'Aix et d'Aubagne, soit environ 140 000 habitants, sont exposés à un bruit routier supérieur aux seuils réglementaires, principalement du fait des infrastructures terrestres (routes et voies ferrées). Réduire l'exposition des populations aux nuisances sonores est donc un enjeu majeur de santé publique.

MOINS DE PERSONNES EXPOSÉES : C'EST POSSIBLE !

Plusieurs échelles d'intervention peuvent être combinées afin de réduire l'exposition de la population aux risques. À travers le SCoT et les PLUi, la planification du territoire est un levier d'actions efficace pour ne pas accroître la population dans les zones particulièrement exposées à une mauvaise qualité de l'air et/ou à de trop fortes nuisances sonores. Cette stratégie de protection peut, dans un premier temps, être ciblée sur les personnes les plus sensibles, en particulier les personnes âgées et les enfants. Des réflexions s'engagent dans ce sens sur les PLUi métropolitains.

À l'échelle d'une opération de renouvellement urbain, la mise en œuvre d'une démarche d'urbanisme favorable à la santé peut permettre de réduire l'exposition aux risques. Par exemple, les bâtiments les moins occupés (stockage, logistique, data-centers, parking-relais...) peuvent être implantés préférentiellement en premier plan d'exposition, de

manière à en éloigner les logements et les établissements sensibles.

Les solutions à l'échelle du bâti doivent également être mobilisées, de manière à favoriser une bonne qualité de l'air intérieur dans ces espaces clos où nous passons 17 h à 22 h par jour. Il s'agira notamment de travailler sur l'exposition du bâti, de manière à faire entrer la lumière et la chaleur du soleil, de favoriser la ventilation des pièces et de privilégier des matériaux peu émissifs en composés organiques volatiles (COV).



AGIR SUR LES ÉMISSIONS À LA SOURCE

L'action publique dispose de marges de manœuvre considérables pour réduire les émissions à la source provenant du logement, des activités économiques de l'agriculture et surtout des transports. L'objectif est de s'attaquer aux causes structurelles de la pollution de l'air, alors que le PLUi en traite les effets. À ce titre, le déploiement de transports en commun et le développement des modes actifs sont fondamentaux et complémentaires aux actions de protection des personnes. L'un des nouveaux outils à disposition de la Métropole Aix-Marseille-Provence est la mise en œuvre en 2022 d'une Zone de Faibles Émissions (ZFE). Elle vise à réduire la pollution de l'air chronique sur le « Grand centre-ville » de Marseille, vaste territoire de 20 km² qui accueillent plus de 300 000 habitants, en limitant progressivement la circulation des véhicules les plus polluants. L'objectif recherché est aussi, à long terme, d'inciter les utilisateurs et les entreprises à changer leurs habitudes de déplacement et/ou de remplacer leurs véhicules polluants.



LE PARC SUPERKILEN À COPENHAGUE, UN MODÈLE DE DESIGN ACTIF

MAXIMISER LE BIEN-ÊTRE EN VILLE

L'aménagement des espaces urbains porte en lui des réponses aux enjeux contemporains de santé publique. En effet, disposer d'un environnement urbain de qualité renforce le bien-être physique mais aussi psychologique de la population. Développer les mobilités actives, l'activité physique et la nature en ville font partie des principaux leviers d'actions.

BOUGER DANS L'ESPACE PUBLIC

Nos modes de vie contemporains favorisent la sédentarité. Près d'un français sur deux est en situation de surpoids et les maladies chroniques gagnent du terrain. D'après l'OMS, 30 minutes quotidiennes d'activité physique modérée sont nécessaires pour rester en bonne santé. Dans ce contexte, la marche à pied et le vélo doivent être encouragés et perçus comme une alternative sérieuse à la voiture pour les trajets de courte et moyenne distance. Les itinéraires doivent être confortables, pratiques, sécurisés et continus. Le Plan de mobilité d'Aix-Marseille-Provence (2021), qui vise une part modale de 7% pour le vélo et de 33% pour la marche à pied, s'inscrit dans

cette perspective. En plus des actions structurelles d'apaisement et de développement de la marchabilité, la mise en œuvre du design actif dans l'espace public est une approche intéressante. Il incite à l'activité physique, de manière ludique et libre sur un espace pratiqué régulièrement. Il peut prendre diverses formes, du détournement du mobilier urbain (bancs, escaliers...) à l'implantation d'aménagements légers (marquage au sol, fresque murale...). La mixité des usages y est la règle et tous les publics y sont conviés, en particulier ceux habituellement éloignés de ce type de pratiques : personnes âgées, à mobilité réduite, enfants... Des trames actives, plus ambitieuses, peuvent être tracées dans la ville, à l'image des parcours sportifs : parcours Peps à Antibes, parcours forme à Toulouse, Vitaboucles à Strasbourg... Ils peuvent être balisés physiquement ou virtuellement, comme à Istres via un réseau de QR Codes ou à Aix-en-Provence via une application dédiée.

Le design actif peut aussi se décliner à l'échelle du bâtiment, par exemple en rendant les cages d'escaliers plus agréables et en les positionnant au premier plan, devant les ascenseurs.

LA NATURE EN VILLE AU SERVICE DE LA SANTÉ

Par sa multifonctionnalité, la nature en ville accroît les facteurs de protection sanitaire. Elle permet simultanément d'améliorer le confort thermique, d'épurer l'air, les sols et les eaux, mais aussi de développer l'immunité et de favoriser le sentiment de bien-être. Sa présence dans l'espace public offre de nombreux supports d'activité physique, sociale et récréative : grands parcs pour le calme, les

rencontres, les sports collectifs et la pratique libre, coulées vertes pour les déplacements et parcours de santé, esplanades pour les manifestations et événements, massifs naturels pour les sports de nature (VTT, escalade, randonnée)...

Le développement de l'agriculture urbaine est également intéressant d'un point de vue sanitaire à plus d'un titre, même si un principe de précaution doit être appliqué sur les espaces particulièrement pollués. Elle conjugue des dimen-

sions sociales (espace de rencontres, de partage), et d'apprentissage (bien manger et acheter ses produits, connaître les plantes et leurs besoins, cultiver et savoir utiliser des outils...), efficaces pour réduire l'isolement social. Enfin, elle favorise la prise de conscience environnementale (agriculture biologique). Une enquête réalisée en 2018 auprès d'utilisatrices de jardins partagés dans les quartiers d'habitat social de Marseille est venue confirmer l'ensemble de ces bénéfices.

PAROLES D'ACTEUR

« L'URBANISME EST
UN FORMIDABLE OUTIL DE
PROMOTION DE LA SANTÉ »



David HUMBERT

Responsable du pôle Urbanisme à la délégation des Bouches-du-Rhône de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Si la prise en compte de l'environnement et du développement durable tend à devenir un automatisme, le « réflexe santé » est encore loin d'être acquis par les techniciens et les décisionnaires en charge de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire. Certes, des co-bénéfices sanitaires découlent de certaines actions participant à l'amélioration du cadre de vie de nos concitoyens mais leur santé est rarement identifiée comme une priorité ou une finalité, et encore trop

de projets conduisent à exposer de nouvelles populations à des risques avérés, en particulier concernant la pollution de l'air ou les nuisances sonores.

Il faut aujourd'hui prendre conscience que l'urbanisme constitue un formidable outil de promotion de la santé : les données scientifiques disponibles, par exemple, en matière de nature ou d'activité physique, montrent des bénéfices sanitaires exceptionnels, avec des baisses de mortalité ou de morbidité auxquels aucun médicament, aucune thérapie ne peuvent prétendre ! Espaces verts urbains, mobilités actives, mixité sociale ou intergénérationnelle, accès aux soins, à la culture, aux équipements... nombreux sont les leviers sur lesquels les politiques d'urbanisme peuvent agir pour organiser notre cadre de vie, composer notre entourage social ou influencer nos comportements de façon à, *in fine*, nous apporter du bien-être et améliorer notre santé.

Par ailleurs, l'habitant, en tant que premier usager de la ville et destinataire final des aménagements, doit être plus étroitement associé aux choix et aux décisions, de la conception à la réalisation des projets. Laissant la part belle à la concertation, les Évaluations d'Impact sur la Santé (EIS), véritables outils d'aide à la décision publique, sont encore trop rares et doivent se développer pour enrichir nos réflexions.

Parmi les missions de son service Santé Environnement, l'ARS travaille activement à l'intégration de la santé dans les projets d'aménagement et de planification territoriale, d'une part, par ses avis sanitaires (à la portée réglementaire limitée) mais aussi par des actions de sensibilisation et d'acculturation.

L'objectif premier est de replacer la santé au cœur des préoccupations, d'en faire un enjeu explicite et un critère à part entière. En cela, par leurs missions de conseil et d'étude, les agences d'urbanisme ont un rôle important à jouer, en relayant notre plaidoyer et en orientant les projets. Dans les Bouches-du-Rhône, les travaux d'élaboration des PLUi de la Métropole Aix-Marseille-Provence ont permis d'initier ce partenariat, et à l'échelle régionale les idées de collaboration foisonnent ! D'autres opérations, portées par les collectivités avec l'aide de bureaux d'études spécialisés, promettent de belles avancées. L'UFS gagne petit à petit en maturité, même s'il doit encore se structurer, une bonne articulation entre les nombreux acteurs impliqués étant ici primordiale.

Pour accompagner ces démarches, le Plan Régional Santé Environnement Paca piloté par l'ARS, la DREAL et la Région Sud permet via son appel à projets annuel de soutenir des études, des animations ou des projets vertueux en matière de qualité de l'air, de mobilités actives ou visant plus généralement à développer un urbanisme favorable à la santé. D'autres thématiques sont également fléchées, comme l'habitat, la qualité de l'eau, la lutte contre le moustique tigre, les allergies, les perturbateurs endocriniens...

Courant 2022, le Plan Régional Santé Environnement 4 va être décliné au niveau régional. Par son action 17, il s'attachera à « renforcer la sensibilisation des urbanistes et aménageurs des territoires pour mieux prendre en compte la santé environnement ». Nous serons donc appelés à travailler tous ensemble à l'avenir, pour la santé de chacun.

LES DÉFIS À RELEVER

VERS DES PLANS ET PROGRAMMES PLUS DYNAMIQUES

La Métropole Aix-Marseille-Provence a récemment adopté plusieurs plans et programmes thématiques qui font de la santé un objectif majeur. Il s'agit notamment du Plan de mobilité et du Plan Alimentaire Territorial. Le premier fixe des objectifs ambitieux en termes de réduction des pollutions, par le déploiement des réseaux de transports collectifs, et d'augmentation des usages des modes actifs (vélos et marche à pied). Le second vise à faciliter l'accès pour tous à une alimentation saine, équilibrée, de qualité et locale. Par ailleurs, des réflexions sont en cours pour mieux prendre en compte la santé dans les PLUi en cours d'élaboration (Pays d'Aix, Pays d'Aubagne et de l'Étoile) ou d'évolution (Marseille-Provence).

Aujourd'hui, la santé est donc davantage présente dans les documents d'urbanisme, avec des chapitres et des orientations dédiés ou, mieux encore, avec des approches plus intégrées. L'urbanisme favorable à la santé offre la possibilité de poser ce nouveau regard et de modifier nos pratiques, à condition d'en faire un nouveau fondement des politiques d'aménagement. Et pour cela, la prise en compte de la santé en amont de tout projet semble essentielle.

L'ENJEU DU PARTENARIAT

Mettre en œuvre un urbanisme favorable à la santé requiert donc d'apporter des réponses globales et, par conséquent, de décloisonner davantage les politiques publiques. Renforcer la transversalité au sein des collectivités ou dans le cadre d'un projet est un préalable mais il s'agit également d'améliorer le dialogue entre tous les acteurs concernés (collectivités, urbanistes, professionnels de santé...).

C'est dans cet objectif d'intelligence collective que l'Agam et l'ARS Paca développent aujourd'hui leur partenariat. Ensemble, elles s'engagent à promouvoir un urbanisme favorable à la santé et, surtout, à appliquer ses principes dans le cadre des démarches, réflexions et projets qu'elles conduisent auprès des collectivités.

Mais, pour que l'urbanisme favorable à la santé soit une réussite, il convient de ne pas oublier ses acteurs principaux que sont les usagers et habitants, dans leur diversité (hommes ou femmes, enfants ou seniors, valides ou invalides...). Comme cela a été démontré plus haut, leur cadre de vie et leurs comportements, sur lesquels l'urbanisme peut influencer, constituent le déterminant majeur de leur santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

ÉTUDES AGAM

- ▶ **Ville végétale, ville désirable : quand la nature prend racine,** *Regards n°99, Agam, décembre 2020*
- ▶ **Qualité de vie et urbanisme,** *Regards n°97, juillet 2020*
- ▶ **Les pratiques sportives urbaines,** *Regards n°95, juin 2020*
- ▶ **Ville perméable, ville désirable : quand l'eau refait surface,** *Regards n°91, mars 2020*
- ▶ **Améliorer la qualité de l'air, un enjeu d'échelle métropolitaine,** *Regards de l'Agam n°39, octobre 2015*
- ▶ **Le Plan de Mobilité Métropolitain 2020-2030, AMP, décembre 2021**

PUBLICATIONS

- ▶ **Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils,** *EHESP, 2014*
- ▶ **Guide ISadOrA : une démarche d'accompagnement à l'intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain,** *EHESP / A-urba, mars 2020*
- ▶ **Guide du design actif,** *Agence nationale de la cohésion des territoires, décembre 2021*
- ▶ **Intégrer la santé et les usages dans les projets urbains communaux,** *AUDIAR, mars 2017*

SITES WEB

- ▶ **Agence régionale de santé :** *paca.ars.sante.fr*
- ▶ **Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur :** *orspaca.org*
- ▶ **Fil d'information en santé environnementale :** *lefilin.org*
- ▶ **Agence française de développement :** *www.afd.com*
- ▶ **GIP Politique de la Ville :** *www.gtdzuio.fr*

agam
AGENCE D'URBANISME DE
L'AGGLOMÉRATION MARSEILLAISE

Louvre & Paix - La Canebière
CS 41858 - 13221 Marseille cedex 01
☎ 04 88 91 92 90 ✉ agam@agam.org

Toutes nos ressources @ portée de clic sur www.agam.org
Pour recevoir nos publications dès leur sortie, inscrivez-vous à notre newsletter

Directeur de la publication : Frédéric Bossard
Rédaction : Agathe Miton, Damien Rouquier, Thomas Vermot - Conception / Réalisation : Pôle graphique Agam
Photographie Laure-Agnès Caradec : Camille Moirenc
Marseille - Mai 2022 - Numéro ISSN : 2266-6257 / © Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise

2. Apaisante, la nature en ville participe à la santé mentale

La densité urbaine, si elle génère de l'activité économique et du lien social est également source de nuisance. Le rythme de vie, la concentration de population, les embouteillages, le bruit de certains quartiers, peuvent conduire à un mal-être voire à toute une série de pathologies mentales à des degrés divers : anxiété, stress, dépression, schizophrénie...

L'exposition au stress de manière récurrente peut menacer la santé mentale et physique des personnes et entraîne une « fatigue mentale ». En France, le taux de dépression est 1,33 fois supérieurs dans les zones avec peu d'espaces naturels et en Allemagne, le nombre de personnes dépressives est 40 % plus élevé en ville qu'en milieu rural [16]. S'il est difficile de pondérer scientifiquement l'ensemble des facteurs qui impliqueraient la plus grande prévalence des troubles mentaux en milieu urbain, il est clairement prouvé que **le contact avec la nature a une action positive sur le bien-être et les pathologies mentales** [6].

2.1 Un bien-être ressenti corrélé à la présence de nature

L'état de santé auto-déclaré est un indicateur qui reflète des aspects de la santé des individus. Une corrélation existe entre un état de santé auto-déclaré « bon » ou « excellent » et une mortalité moindre [17].

Or plusieurs études locales démontrent que plus la proximité et la densité d'espaces verts dans un rayon de 1 à 3 km est grande, plus le sentiment de bien-être et l'état de santé auto-déclaré par les citoyens sont élevés [18]. Une augmentation de 10 % de la surface des espaces verts engendre une amélioration de l'état de santé auto-déclaré [18].

Dans les ÉcoQuartiers, la grande diversité des espaces de nature, la présence de parcs mais aussi d'espaces végétalisés très proches des habitations dans les îlots, les cheminements voire-même les bâtiments devraient donc participer à un meilleur bien-être et probablement à une meilleure santé auto-déclarée. La présence de nature en ville permet notamment de contrebalancer le niveau de densité de certaines opérations (voir engagement 6 « Travailler en priorité sur la ville existante et proposer des formes urbaines adaptées pour lutter contre l'étalement urbain » [1]).



© Cerema



ÉcoQuartier Le Trapèze, Boulogne-Billancourt

À Boulogne-Billancourt, dans un contexte très dense, le projet a su ménager des espaces pour la nature qui favorisent le bien-être des habitants. Le choix a été fait de rendre la nature accessible au quotidien : pour des moments de détente dans le parc, pour des espaces publics plus agréables dans les rues ou même à l'école pour les enfants.

2.2 L'importance de la perception des espaces de nature

Les bénéfices pour la santé humaine et notamment les bénéfices psychologiques, sont corrélés à la perception qu'ont les habitants de la qualité de ces espaces. Les avantages psychologiques des espaces verts augmentent notamment avec la présence d'une plus grande biodiversité [19].

Encore faut-il que la richesse de la biodiversité puisse être perçue par les habitants. Des zones laissées en friche pour les besoins de la biodiversité par exemple peuvent être assimilées à des espaces laissés à l'abandon sans entretien et potentiellement source d'insécurité ou utilisées comme dépotoir.



ÉcoQuartier Le Trapèze, Boulogne-Billancourt

Une gestion différenciée des espaces verts couplée à l'installation de supports pédagogiques pour une meilleure compréhension va permettre aux habitants de mieux s'appropriier ces espaces et de les observer différemment.

Plusieurs ÉcoQuartiers mettent en œuvre une gestion au cas par cas de leurs espaces de nature et développent un effort de communication adapté en matière de biodiversité. Les enfants notamment sont concernés à travers les activités dans les espaces de nature mais aussi dans les activités pédagogiques et de sensibilisation et très souvent développées par les collectivités.



ÉcoQuartier des Docks, Saint-Ouen

Dans le parc de l'ÉcoQuartier des Docks de Saint-Ouen, les habitants et les associations locales peuvent être accueillis au sein de la serre pédagogique et organiser des activités autour de la faune et de la flore. Un rucher et une miellerie permettent également de découvrir cette pratique associative en milieu urbain. Cela participe à la valorisation du lieu et à une perception positive de la nature.



ÉcoQuartier des Docks, Saint-Ouen

2.3 La nature a un impact positif sur la « fatigue mentale » [15] et les troubles comportementaux

Au-delà du bien-être, les actions du végétal sur la régulation de la fatigue mentale et la récupération au stress ont fait l'objet de recherches [16]. Des expériences ont montré que l'observation de la végétation pendant quelques minutes pouvait favoriser le rétablissement du corps face à un stress en ayant un impact sur la tension artérielle, l'activité du cœur, la tension des muscles et l'activité électrique cérébrale. Ainsi, des personnes ayant accès à un environnement plus naturel sont moins en proie à la peur et la colère et ont plus de sentiments positifs. Une étude britannique étalée sur une période de 5 ans, avec 1 000 participants, a démontré que les personnes vivant à proximité de nombreux espaces verts avaient une santé mentale nettement supérieure aux personnes vivant dans des zones urbaines avec moins d'espaces verts [20].

La présence de végétation a également un impact sur l'accélération du rétablissement des individus hospitalisés et la baisse de l'usage des tranquillisants médicamenteux. Cette présence du végétal fait partie intégrante du concept de « paysages thérapeutiques » développé par W. Gessler, qui associe processus de guérison et bien-être.



ÉcoQuartier Wolf Wagner, Mulhouse

De même, des travaux tendent à démontrer l'effet bénéfique du végétal sur l'hyperactivité et le déficit d'attention chez les enfants. Le simple fait de rapprocher le bureau, près d'une fenêtre, avec vue sur de la végétation peut canaliser l'hyperactivité des enfants [20].

La présence de la nature dans les ÉcoQuartiers va donc contribuer également à une réduction de fatigue pour les habitants, mais aussi pour ceux qui y travaillent et pour les enfants scolarisés. Par ailleurs, beaucoup d'ÉcoQuartiers intègrent des établissements destinés aux personnes vulnérables ou en difficultés (structures d'hébergement social, hôpitaux etc..). Ils trouveront dans les espaces de nature des lieux d'apaisement et de bien-être.



ÉcoQuartier de Bonne, Grenoble

2.4 La nature en ville a un impact positif sur la perception du bruit

L'exposition au bruit de manière chronique a des effets sur le développement de troubles du sommeil, le stress, l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires [22]. Deux tiers des personnes interrogées citent le bruit à leur domicile comme première source de nuisance (Enquête TNS SOFRES, 2010).

De même 67 % des actifs jugent leur milieu de travail bruyant (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2005). Il apparaît donc indispensable de proposer des mesures pour réduire l'exposition au bruit ambiant et sa perception. Plusieurs types de dispositifs anti-bruit existent tels que les écrans ou les buttes végétalisées.



ÉcoQuartier Le Trapèze, Boulogne-Billancourt

Par exemple, à Laguiole, dans l'ÉcoQuartier, l'éco-lotissement du Frêne, les haies séparatives (essences rurales variées et locales) et les buttes de terre permettent de préserver l'intimité et de minimiser les impacts sonores du terrain de football. Le plus souvent, les mesures préconisées pour réduire l'exposition au bruit lors de la conception des ÉcoQuartiers demeurent toutefois l'éloignement ou la présence de façades qui font écran au bruit.

Le Cerema a fait état, dans des publications précédentes [23] et [24], de la faible efficacité de la végétation comme protection contre le bruit (au regard notamment de celui des écrans). Par contre, il a également mis en évidence que l'impact psychologique peut être important. Des expériences in situ ont mis en évidence que l'évaluation de l'ambiance générale d'un espace public dépend de l'ambiance sonore, elle-même tributaire de l'ambiance visuelle, et en particulier de la place du végétal dans l'espace [25]. C'est donc sur la perception du bruit que l'aménagement d'espace de nature doit se concentrer. En effet, si la seule présence de végétation concourt à l'atténuation de la perception du bruit, la présence de sons naturels comme les chants d'oiseaux, ou le son de l'eau émis par une fontaine ou une cascade participent également à réduire la sonorité perçue du trafic routier.

Dans les ÉcoQuartiers, la gestion des nuisances sonores fait partie des questions à se poser très en amont en lien notamment avec l'engagement 8 sur la création d'un cadre de vie sain [1].

Si la configuration urbaine et la promotion des mobilités actives est souvent mise en avant comme ayant effet direct sur l'exposition au bruit, la nature en ville joue son rôle en proposant des zones de calme et des ambiances sonores permettant d'atténuer l'impact psychologique du bruit urbain ambiant.



ÉcoQuartier Ginko, Bordeaux

Point de vigilance : des sons « naturels » pas toujours appréciés...

Certaines espèces animales peuvent elles aussi être génératrices de sons « naturels » considérés par certains habitants comme des nuisances. C'est le cas des grenouilles et des crapauds mais aussi de certaines espèces d'oiseaux qui peuvent se retrouver en forte concentration lors de la nidification pour le corbeau freux, et en période d'hivernage pour l'étourneau. Ces deux espèces trouvent en milieu urbain les conditions idéales pour nicher ou passer l'hiver : disponibilité alimentaire, présence d'arbres pour la construction des nids et/ou le perchage nocturne. Pour gérer ces nuisances, il faut rendre le milieu urbain le moins accueillant possible pour ces espèces. Il faut donc rendre les arbres impropres à l'installation de nids pour les corbeaux ou perméables au vent et aux intempéries pour éviter le perchage des étourneaux. Pour cela, un élagage dit « doux » est préconisé en favorisant les branches principales tout en évitant la formation de petites branches qui augmentent l'imperméabilité des arbres et les possibilités d'installation du nid ou de perchage. Cela n'empêchera pas ces espèces de venir en ville pour se nourrir. Ce mode de gestion du parc arboré d'une ville doit s'accompagner de la mise en place et/ou de la préservation de sites potentiels de nidification ou de repos en périphérie des villes pour maintenir ces populations en dehors du milieu urbain.

Zoom | Du calme en ville : aménager en faveur du bien-être

Cet ouvrage s'appuie sur des retours d'expériences issues des collectivités pionnières dans leur prise en compte de l'enjeu que représentent l'identification, la préservation et, au-delà, la promotion du calme en milieu urbain (Bordeaux, Lille, Lyon Métropole, Rennes, Bilbao, Rotterdam...). Il met en exergue divers enseignements au bénéfice, plus spécifiquement, des décideurs et des aménageurs.



Les « Contrats locaux de santé », créés récemment par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », font figure de modèle pour décliner sur un territoire une stratégie de santé publique sur mesure.

Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Nadine Haschar-Noé,
maître de conférences,
laboratoire Prissmh-Soi
(EA 4561),
Institut fédératif d'études
et de recherches
interdisciplinaires
santé-société (Iféris),
université de Toulouse,
Émilie Salaméro,
maître de conférences,
laboratoire Cerege
(EA 1722), université
de Poitiers.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif majeur affirmé par toutes les instances sanitaires. Si de nombreux travaux ont mis à jour les déterminants sociaux et territoriaux de ces inégalités [1, 2], les modes d'action permettant leur réduction restent encore en chantier [3, 4]. Comment un territoire peut-il lutter contre les inégalités sociales de santé et quelles conditions faut-il réunir ? À partir d'enquêtes socio-ethnographiques menées

en Midi-Pyrénées sur les Contrats locaux de santé (CLS)¹, nous apportons des éléments de réponse à ces questions.

L'acte de naissance des Contrats locaux de santé

Un Contrat local de santé est un contrat d'action publique réunissant généralement trois caractéristiques :

- un temps de discussion explicite sur les objectifs recherchés et les moyens correspondants ;
- des engagements réciproques sur un calendrier d'action et de réalisation à moyen terme ;
- des clés de contributions (financières ou autres) conjointes à la réalisation des objectifs [5].

Les CLS se situent dans une relative continuité vis-à-vis des Contrats locaux de santé publique annoncés dans le Plan Espoir banlieues en juin 2008 [6], prolongements contractuels des Ateliers santé ville avec lesquels ils cohabitent sur certains territoires (cf. article *Didier Febvrel dans ce même numéro*). La circulaire ministérielle du 20 janvier 2009 annonce la mise en place de CLS visant à soutenir et amplifier les initiatives locales conduites en matière de santé au sein des Contrats urbains de cohésion sociale. Ce que confirme la loi « Hôpital patients santé et territoires – HPST » du 21 juillet 2009, qui prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par « l'agence (régionale de santé), notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »².

Cependant, la loi n'a pas davantage encadré la définition des CLS, lesquels peuvent recouvrir tout ou partie des compétences des Agences régionales de santé³. Sans pouvoir relater ici les différentes évolutions des dernières années, le caractère « flou » et peu cadré *a priori* par la loi HPST de ce type de contrat laisse une importante marge de manœuvre aux acteurs qui s'y engagent, malgré les préconisations d'une note remise au ministère en 2011 et d'un « kit méthodologique » [7, 8] proposant un cadre de référence pour un pilotage « unifié » plutôt de type « préfectoral » [9].

Focus sur deux Contrats locaux de santé

Dans une perspective de sociologie de l'action publique sanitaire, l'analyse de la construction de cette nouvelle procédure contractuelle négociée entre l'ARS et ses « partenaires » s'appuie ici sur deux études de cas approfondies et anonymées, menées de 2011 à 2014⁴ en Midi-Pyrénées.

L'objectif est de dégager les conditions favorables et les freins qui président à la construction des accords et la signature d'un CLS entre ARS et collectivités territoriales. Analysés comme des instruments d'action publique [10] censés favoriser une « nouvelle » gouvernance sanitaire des territoires et la réduction des inégalités de santé, ces deux CLS ont été choisis pour leur « exemplarité » contrastée. Ce parti pris méthodologique permet de rendre compte des dynamiques spatiales, temporelles, partenariales et politiques très différenciées qui rythment, « chemin faisant », les négociations entre collectivités, Agence régionale de santé et ses délégations territoriales. Pour ces instances sanitaires, le premier cas (A) s'apparente à un « *cauchemar* » et le second (B) à une « *belle réussite* ».

Le cas A., situé en milieu rural, est éloigné de la métropole régionale. Il couvre un périmètre de 56 communes, 3 intercommunalités et 2 cantons rassemblés dans un Pays, pour 26 204 habitants au total (Insee, 2009). La mise en place d'un CLS est justifiée par le double constat d'une situation

épidémiologique relativement défavorable, un taux important de personnes âgées, une restructuration conflictuelle de l'offre hospitalière, et des indicateurs de précarité alarmants suite à une forte déprise industrielle.

Le cas B. correspond à une commune périurbaine, proche de Toulouse et dynamique sur le plan socio-économique. La population de 34 306 habitants (Insee, 2009) est d'un niveau socio-économique relativement élevé, les indicateurs de santé sont pour la plupart meilleurs que ceux du département et de la région et l'offre sanitaire et médico-sociale est jugée satisfaisante. Cependant, de fortes inégalités de santé et des indicateurs de précarisation persistent dans certains quartiers de la commune qui compte 30 % de logements sociaux.

Cas A : pléthore d'acteurs et négociations sous tension pour un CLS « expérimental »

Entre le lancement du CLS et sa signature, il s'écoule 33 mois (octobre 2010/juillet 2013) : une élaboration au long cours ponctuée par des conflits entre ARS, collectivités territoriales et acteurs locaux, des périodes d'arrêt des négociations et d'importants retards dans le calendrier prévu initialement.

La démarche contractuelle débute en 2010 dans un contexte de mise en place de l'ARS et d'élaboration de son Plan stratégique régional de santé

(PSRS). Considéré comme un CLS « *expérimental... il en paye un peu les pots cassés* »⁵ compte tenu du manque d'expérience et d'habitudes de négociation au sein d'une « *jeune agence* » peu coutumière d'une démarche de projet « *réellement concertée* ».

Par exemple, le diagnostic sanitaire du territoire, réalisé par l'Observatoire régional de santé et l'ARS à partir d'indicateurs quantitatifs disponibles, ne convainc pas totalement les élus et professionnels de santé locaux. Lors des premières réunions de travail, il donne lieu à de longs « *débats et négociations* » sur les aspects qualitatifs devant le compléter et l'affiner, ce qui retarde en partie le choix des axes d'action à privilégier dans le CLS.

Des signataires aux intérêts différents

Du fait du périmètre géographique étendu choisi par l'ARS, la signature nécessite aussi la construction d'accords entre un nombre important de signataires⁶ aux intérêts souvent différents, parfois en concurrence et, de plus, sans habitude de coordination intersectorielle ou interinstitutionnelle. Le tout se double d'une « *méfiance réciproque* » entre « *agence de l'État* » et élus locaux.

Au-delà de ces indicateurs factuels, les dynamiques partenariales et de projet s'ancrent dans des modes de « *gouvernance* » plus ou moins propices à la coordination des acteurs. En amont, l'ARS a dû mobiliser et

convaincre les collectivités de s'engager dans la démarche : leur accord s'est scellé au prix d'un compromis – longuement négocié avec les élus – de ne pas fermer l'activité chirurgie de l'hôpital local.

En charge d'animer « *à marche forcée* » la fabrication du CLS, les agents de la délégation territoriale de l'ARS ont alors mobilisé les acteurs locaux selon un « *engagement tous azimuts... mais c'est parti dans tous les sens...* ». La « *gouvernance* » de la démarche contractuelle s'est révélée très complexe, car organisée autour de trois instances aux prérogatives différenciées :

- un Comité de pilotage « *stratégique et politique* » composé en majorité d'élus locaux⁷ et chargé de valider les axes et contenus du CLS ;
- un Comité opérationnel « *plus technique* » pour rédiger les fiches-actions ;
- et un Comité de rédaction restreint aux représentants des principaux signataires (Conseil général, deux communes et ARS).

Animé par la délégation territoriale de l'ARS, le Comité opérationnel est « *composé officiellement* » de 32 membres mais ce sont 50 à 60 personnes différentes qui participent à ses travaux entre mars et mai 2011⁸.

L'on constate aussi des interrogations sur le sens et l'« *intérêt à s'engager dans ce contrat* », dans un contexte jugé « *incertain et qui bouge en permanence* »

DIAGNOSTIC PARTAGÉ : PRENDRE EN COMPTE LA VULNÉRABILITÉ DES TERRITOIRES

La démarche de construction du diagnostic initiant tout Contrat local de santé (CLS) apparaît comme un dispositif à la fois technique, social et politique, susceptible de favoriser, d'une part, son ajustement aux vulnérabilités du territoire et, d'autre part, la mobilisation fédérative des acteurs locaux. La réalisation d'un diagnostic fondé sur les caractéristiques sociodémographiques, économiques et épidémiologiques des populations du territoire, en regard des ratios départe-

mentaux et régionaux (état général et problèmes de santé des populations, comportements « *à risques* » et conséquences sanitaires, recours aux soins et à la prévention, offre de soins, etc.), constitue une première étape d'objectivation des vulnérabilités spécifiques au territoire d'action, et de justification de l'engagement dans un CLS.

Toutefois, une deuxième étape – plus qualitative – apparaît tout aussi essentielle. Établie sur la base de questionnaires et d'entretiens directs auprès de tous les acteurs locaux agissant en matière de santé, d'instances participatives ouvertes aux habitants et à leurs représentants, elle constitue un levier essentiel de communication et de mobilisation fédérative. Elle permet alors

d'ouvrir un véritable dialogue social territorial entre Agences régionales de santé (ARS) et collectivités, de construire un consensus sur des axes prioritaires, de mobiliser les ressources locales et d'ajuster les réponses du CLS au plus près des spécificités du territoire.

En Midi-Pyrénées, l'étude comparée des 8 CLS signés à ce jour permet d'avancer que, si ce diagnostic partagé n'est pas, à lui seul, une condition suffisante pour construire des accords pérennes, il constitue le soubassement d'une collaboration réussie entre l'ARS et les collectivités et l'amorce d'un mode de gouvernance propice à la coordination des acteurs.

N. H-N. et E. S.

et l'absence d'un PSRS validé... ainsi que des concurrences entre opérateurs publics et privés trouvant dans le CLS une opportunité pour faire reconnaître et financer leurs actions et pérenniser leurs activités. Tout cela a complexifié et ralenti les négociations. Les travaux de ce Comité opérationnel débouchent sur une « inflation » de fiches-actions, 31 au lieu des 12 prévues initialement par l'ARS : 20 seront sélectionnées par le Comité de pilotage en intégrant, malgré un certain nombre de protestations d'acteurs locaux, des fiches « venues d'en haut et imposées » par l'ARS ou le Conseil général.

Cas B : mobiliser des partenaires et ouvrir un dialogue social territorial

Pour le cas B, la même démarche ne prendra « seulement que 15 mois » (octobre 2012/février 2014), selon un rythme de travail tendu, mais continu et sans désaccords majeurs entre partenaires.

À l'inverse du cas A, c'est la commune et non l'ARS qui a initié la démarche : portée par un fort volontarisme politique du maire, elle est consolidée par la mobilisation préalable du directeur général des services, de quatre directions municipales⁹ ainsi que la création, à l'initiative de la municipalité, d'un Comité consultatif d'accès aux soins permettant d'intégrer les professionnels libéraux de santé aux négociations.

L'ESSENTIEL

-
- ▣ Deux équipes de chercheurs français ont passé au peigne fin deux Contrats locaux de santé dans la région Midi-Pyrénées.
- ▣ Ils ont ainsi identifié, très concrètement, les difficultés et les leviers d'action pour ce type de contrat.
- ▣ Si ces contrats peuvent effectivement permettre un ajustement au plus près des besoins, la convergence des différentes parties prenantes (Agence régionale de santé, communes, etc.) est un véritable défi à relever.

Si le diagnostic initial est réalisé de façon identique à celui du cas A, il est complété par un diagnostic « qualitatif et partagé », mené par l'ARS et construit sur la base d'entretiens et de questionnaires auprès des institutions et des professionnels locaux des secteurs médical, social et médicosocial.

Lors de l'unique réunion du Comité de pilotage, ce double diagnostic débouche rapidement sur un large consensus entre élus et ARS, quant aux axes du CLS à privilégier. De ce fait, des directives précises sont données au Comité opérationnel organisé en groupes de travail pour chaque axe. Cette rapidité est aussi facilitée par le fait que la commune est seule signataire

du CLS avec l'ARS et qu'elle a embauché une chargée de mission pour préparer, animer, orienter les débats des groupes de travail, en collaboration avec le directeur du Centre communal d'action sociale et le directeur général adjoint des services.

Ce portage « municipal », accepté par l'ARS, a facilité une rédaction « négociée » du contrat via une démarche de projet inscrite de longue date dans les « habitudes de travail en commun » entre services municipaux et partenaires locaux. Cette gouvernance « rapprochée » a permis de cadrer les négociations lors des groupes de travail, de sélectionner les « bons interlocuteurs » locaux et de rédiger, en moins de deux mois, le CLS et 10 fiches-actions. Cette « équipe-projet volontairement restreinte » a donc joué un rôle central dans la construction et l'acceptation rapide du CLS « en l'état » par l'ARS, appréciant la mise en relation des axes du CLS avec ceux du PSRS et la dynamique locale et partenariale engendrée autour de la réduction des inégalités sociales de santé.

In fine, dans les débats et controverses qui traversent les relations entre ARS et collectivités territoriales se joue une tension centrale entre, d'une part, un CLS conçu parfois *a priori* par l'ARS comme une « simple » déclinaison locale du PSRS (cas A) et, d'autre part, un CLS porteur de solutions ajustées au



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
- [2] Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 1, n° 38 : p. 41-53. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_038_0041
- [3] Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action* [rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>
- [4] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [5] Gaudin J.-P. *Gouverner par contrat. L'action publique en questions*. Paris : Presses de Sciences Po, 1999 : 233 p.
- [6] *Espoir Banlieues, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Comité interministériel des villes, juin 2008 : p. 42. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/espoir-banlieues-dossier-presentations_cle2e7117.pdf
- [7] Chambaud L. *Note aux ministres en charge de la Santé, de la Cohésion sociale, de l'Aménagement du territoire et de la ville et à la secrétaire générale chargée des Affaires sociales. Mission sur les Contrats locaux de santé. Analyse du dispositif au niveau national et propositions*, 2011.
- [8] Contrats locaux de santé. *Kit méthodologique*. Document de travail, Agence régionale de santé Île-de-France, avril 2011. En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html>
- [9] Pierru F. L'administration de la santé en fusion : la difficile naissance des Agences régionales de santé. *Pouvoirs Locaux*, 2011, vol. 3, n° 90 : p. 75-82.
- [10] Lascoumes P., Le Galès P. dir. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences-Po, coll. Académique, 2005 : 370 p.
- [11] Haschar-Noé N., dir., Basson J.-C., Honta M., Julhe S., Malric L., Merlaud F., et al. *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*, Rapport de recherche pour l'Institut de recherche en santé publique (AO Territoires et santé 2008), juillet 2012.
- [12] Di Méo G. *Géographie sociale et territoires*. Paris : Nathan université, coll. Fac. Géographie, 1998 : 320 p.

plus près des problématiques sanitaires du territoire et de ses populations, encastré dans des politiques transversales et conçu comme un instrument de « démocratie sanitaire » et de coordination entre acteurs locaux (cas B).

La prise en compte du territoire dans toutes ses dimensions

L'ajustement des CLS à la vulnérabilité des territoires est une condition essentielle à leur mise en œuvre. En effet, un Contrat local de santé bien négocié assure l'articulation entre politiques régionales et locales de santé, et lutte ainsi contre les cloisonnements intersectoriels et les inégalités sociales et territoriales de santé [11] (voir encadré p. 15).

Cette politique contractuelle « des petits pas » tient en partie au « flou » de la procédure, à un mode de pilotage ressenti par les élus locaux comme trop centralisé par le niveau régional, et aux incertitudes du financement des actions. Elle tient aussi aux effets propres des territoires, entendus non seulement dans leur dimension géographique, mais aussi sociale, historique, économique et politique [12].

Les conditions à réunir

En termes de recommandations, plusieurs conditions apparaissent favorables à la construction des accords : un portage politique par les élus locaux, la réalisation d'un double diagnostic partagé pour définir des objectifs stratégiques en amont des groupes de travail, un nombre restreint de signataires, mais aussi la mobilisation de ressources et de nombreux partenaires locaux (services publics municipaux, intercommunaux, départementaux, etc.), d'acteurs professionnels et associatifs intervenant dans différents secteurs sur le territoire (santé, social, médicosocial, etc.), la participation des habitants et des représentants d'usagers. Enfin, la maîtrise d'une ingénierie de projet négocié permet de concrétiser les objectifs en programmes d'actions à mettre en œuvre, et d'identifier précisément les contributions conjointes de chacun des partenaires.

En conclusion, soulignons que, pour les élus et les professionnels de santé, du social et du médico-social, le CLS apparaît alternativement comme une

opportunité de faire valoir une légitimité politique, des expertises et des réseaux professionnels, de pérenniser des emplois, et d'améliorer l'attractivité des structures hospitalières locales. Mais ce contrat apparaît aussi comme un risque de mise en concurrence accrue des opérateurs de proximité, au nom des principes d'efficacité, de réduction des coûts et de mutualisation des moyens. Loin d'être unifiées, les réponses des CLS à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé s'apparentent davantage à fabriquer du « sur mesure » répondant aux spécificités des territoires et de leurs populations. ■

1. Ce travail a été effectué grâce aux financements de l'Institut national du cancer (Programme Aapris, dirigé par Pascale Grosclaude, convention de recherche n° 2011-09), de l'Agence nationale de la recherche (Programme Evaliss, dirigé par Thierry Lang, décision d'aide n° ANR 11 INEG 003 01) et de l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées.
2. Art. L. 1434-17 du Code de la santé publique.
3. Le domaine de compétences de l'Agence Régionale de Santé recouvre l'organisation des soins, la prévention promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social.
4. Le recueil de données comprend une analyse documentaire, des observations participantes et 28 entretiens menés avec des élus locaux, techniciens territoriaux, directeurs de services, agents de l'Agence régionale de santé et des délégations territoriales, associations et entreprises.
5. Tous les passages « entre guillemets et en italiques » sont des extraits d'entretiens ou du carnet de terrain ethnographique.
6. Neufs signataires : la préfecture du département, le Conseil général, deux communes (bourgs-centre des deux cantons), la caisse d'Allocations familiales, la Mutualité sociale agricole, la caisse primaire d'Assurance Maladie, la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale et l'ARS.
7. Le Comité de pilotage est composé de 9 personnes : 5 élus locaux, le délégué territorial de l'ARS, le secrétaire général de la préfecture et 2 représentants de l'Assurance Maladie.
8. Professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, associations d'aide sociale et réseaux de soins ou de prévention, entreprises de services, associations de patients, représentants des directions régionales et des caisses d'Assurance Maladie, techniciens territoriaux, etc.
9. Cohésion sociale, Centre communal d'action sociale, Enfance-famille-éducation-sports, restauration collective.



AUAT

l'autre Demain ?
QUALITÉ DE VIE

© Ville de Toulouse

URBANISME ET SANTÉ, DÉSORMAIS INDISSOCIABLES !

janvier 2021

Document n° 7 : EXTRAIT – Urbanisme et santé. Désormais indissociables ! Agence d'urbanisme et d'aménagement Toulouse aire métropolitaine, Janvier 2021

La qualité du cadre de vie urbain à l'épreuve de la crise sanitaire

Il est aujourd'hui admis que c'est bien l'activité humaine qui est la principale cause des dégradations de notre environnement et de leurs impacts sur notre santé. Ainsi, l'environnement « recréé » que sont les villes participe à l'émergence et à la diffusion des maladies chroniques tel que le cancer, l'obésité... et de la Covid-19 aujourd'hui. La crise sanitaire actuelle agit alors comme un accélérateur des réflexions sur les formes urbaines, tout comme les épidémies de maladies infectieuses du XIXème siècle ont ouvert la voie à l'urbanisme hygiéniste. La ville est à nouveau interpellée dans sa responsabilité dans la propagation de l'épidémie et dans la moindre qualité de vie offerte aux urbains en périodes de confinement. C'est bien de ville « vivable » qu'il est question, une injonction renforcée par le changement climatique en cours.

Il s'agit donc d'interroger la qualité urbaine à toutes les échelles, de la ville au logement en passant par le quartier et l'îlot. Les périodes de confinement servent de catalyseur sur ce thème. Dans le rayon

d'1 km autour de chez soi, à l'échelle du quartier et de l'îlot, nous cherchons des commerces et services de proximité accessibles à pied et à vélo, des espaces de nature, de sport et de détente... A l'échelle du logement, l'importance des espaces extérieurs, de la luminosité, de l'aération, d'une pièce supplémentaire pour le télétravail... devient prégnante. L'ensemble de ces éléments favorisant la santé en ville sont désormais recherchés par tout un chacun. La ville dense est rapidement désignée comme mauvaise élève à l'inverse des zones pavillonnaires et des campagnes où il ferait bon-vivre en période de confinement. Un raccourci un peu rapide. Ainsi, dans son livre *Anachronismes urbains*, Jean-Marc Offner explique notamment que le problème ne vient pas tant de la densité mais du manque de qualité urbaine. Nous proposons ainsi ici d'explorer les questions de qualité des formes urbaines et des logements, d'hypertechnicité de la ville et du cadre bâti afin de réfléchir à de nouvelles formes favorables à la santé et au bien-être.

Forme urbaine et densité : pour une ville dense de qualité

Bien qu'érigée en modèle de ville durable, la ville dense est aujourd'hui remise en question par la crise sanitaire. Pour autant, ses bienfaits ne sont plus à démontrer, qu'il s'agisse d'optimisation des transports (en rationalisant notamment les déplacements domicile-travail), d'intensification de la vie sociale et économique, de sobriété foncière, de diversité des équipements et services...

Les griefs sont plutôt à chercher du côté de la surdensité, de la promiscuité et de formes urbaines standardisées dont la rentabilité financière décide parfois de la faible production d'espaces publics et de nature, pourtant propices à la santé et au bien-être des habitants.

Ainsi, le constat que l'on peut faire dans l'agglomération toulousaine depuis quelques années, notamment dans les communes de 1ère couronne, est celui d'une forte propension des promoteurs à la densification des parcelles (libres ou en renouvellement) dans les projets d'habitat selon le principe « d'optimisation des fonciers auprès des transports en commun ». Il en résulte parfois des îlots surdensifiés, à très faible qualité urbaine dans des parcelles exiguës sans aucun

espace de vie ou espace vert résiduel, et des rues qui donnent la part belle aux voitures et au stationnement. S'y ajoute la mauvaise qualité des logements. A l'échelle du quartier, les collectivités s'interrogent alors sur le confortement d'aménagements urbains et l'accompagnement de cette « densité subie » auprès des habitants afin de ne pas altérer leur santé et leur qualité de vie. Une alternative doit être trouvée face à ces projets et réalisations à densité non acceptable et aux formes dupliquées ou standardisées.

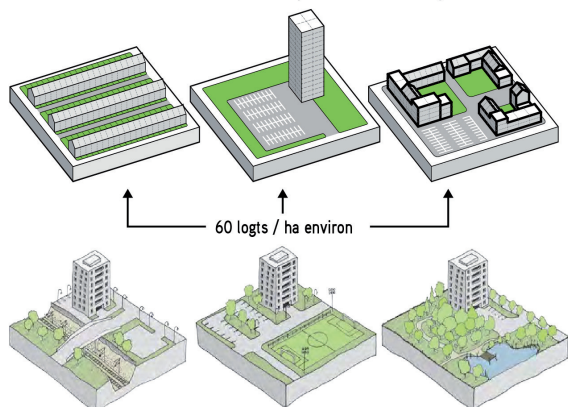
Comment alors mieux penser la ville dense pour qu'elle soit de qualité et qu'elle offre une meilleure « habitabilité » ? Quelles formes urbaines concevoir afin de limiter l'exposition des populations, notamment les plus fragiles, aux maladies et améliorer leur bien-être ?

La ville durable nous incite à la densification mais en privilégiant les formes d'habitat collectif, la mixité fonctionnelle, l'ouverture et la flexibilité des tissus urbains. N'y a-t-il pas, par exemple, matière à redonner un coup de pouce à un habitat dit intermédiaire (ou alternatif) qui permette de disposer d'espaces de vie extérieurs (terrasses, grands balcons, jardins en terrasse, jardins partagés...) et répondre aux aspirations de proximité et de partage ?

Densité et formes urbaines, extrait document d'étude de l'agence d'urbanisme d'agglomérations de Moselle, 2018

Les chiffres et la perception

Des formes urbaines différentes pour une densité comparable



Mais une perception différente de la densité en fonction du contexte dans lequel elle s'inscrit



Notre modèle de ville doit être repensé. La notion de densité urbaine va se nuancer de paramètres multiples, intégrant les espaces naturels, la biodiversité, l'agriculture, le climat. Quant aux espaces construits ils doivent pouvoir se redéployer, se mutualiser, se redéfinir en fonction des situations. Allons vers une densité vécue : hybride, adaptable et partagée. La densité quantitative doit laisser place à la densité sensible.

Jacques Ferrier, architecte urbaniste



En guise de premier élément de réponse, la densité doit être contextualisée et les formes urbaines s'inscrire dans les territoires avec une approche de proximité et en évitant « le standard » et l'approche macro. L'idée serait d'aller vers une approche qui mette en avant de nouveaux paramètres pour concevoir et aménager des quartiers ou des îlots. Ces paramètres peuvent être la réconciliation de l'échelle du piéton dans l'aménagement urbain ; un plus large accès aux espaces de nature, de détente ou de sport ; une attention à la lumière naturelle dans les logements ; un environnement sonore apaisé ; du design et des couleurs pour donner de l'émotion... tout un ensemble d'éléments contribuant à une meilleure santé physique et mentale. Il s'agit de concevoir des aménagements qui favorisent l'approche sensorielle et la réconciliation du corps humain dans l'espace urbain. On assiste ainsi aujourd'hui au grand retour de l'urbanisme sensoriel mais aussi du micro-urbanisme, que l'architecte-urbaniste Jacques Ferrier définit comme « un concept qui envisage le quartier que l'on peut parcourir à pied et que l'on sent comme étant autour de soi ». A ce titre, les logiques de circuits courts doivent également conduire à une réflexion sur les matériaux locaux et sur leur utilisation dans une architecture toulousaine réinventée, sans pastiche localiste, sans forme urbaine mondialisée.

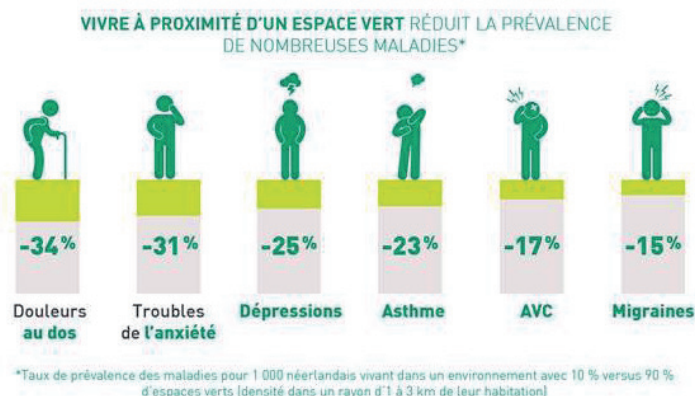
Hypertechnicité de l'habitat VS santé publique ?

Pour une « habitabilité » de qualité

Comme évoqué plus haut, les périodes de confinement mettent un coup de projecteur sur nos logements. Les situations de suroccupation, l'exiguïté de certains appartements, leur mono-orientation, l'absence d'espaces extérieurs, le besoin d'une pièce supplémentaire pour le télétravail... sont largement relayés dans les médias. Il n'y est pas uniquement question de logements anciens. La production neuve de logements y est aussi interrogée.

La morphologie des logements produits actuellement est en effet conditionnée par un ensemble de règles urbaines et architecturales, de normes et de labels qui définissent un niveau de confort minimal (mais pas nécessairement suffisant), une qualité d'habiter standard. La promotion immobilière apporte à ces exigences réglementaires une réponse quasi algorithmique sous forme de plans types de logements permettant une utilisation optimisée des droits à construire.

C'est là le résultat d'une vision fonctionnelle et ultra technique de la ville et de l'habitat guidée par une logique de globalisation et de rationalité. C'est aussi la conséquence du cloisonnement des compétences, l'habitat normalisé étant ainsi aujourd'hui moins le fait d'architectes (qui en travaillent l'enveloppe), que d'ingénieurs « systèmes et flux ». Ces derniers ont désormais un rôle essentiel dans le fonctionnement du logement : chauffage, climatisation, ventilation, contrôle du taux d'humidité, luminosité, domotique... Certains de ces systèmes sont progressivement devenus indispensables à la qualité d'habiter des nouvelles formes urbaines qui, sans eux, seraient largement inefficaces. Pour preuve, la production actuelle foisonne de logements mono-orientés aux pièces servantes aveugles qui ne sauraient apporter un confort minimal sans ventilation mécanique. La double orientation est ainsi devenue un luxe, une bonne aération et un apport convenable de lumière naturelle étant pourtant indispensables à l'organisme. De la même manière, le recours de plus en plus systématique à la climatisation en été au détriment de solutions passives, plus sobres et pérennes, continue de rendre ces logements technologiquement vivables.



Ces logements normalisés, dont le « fonctionnement » repose sur des systèmes, se révèlent alors parfois recroquevillés sur eux-mêmes. Cette dépendance peut faire naître une nouvelle forme d'insalubrité. La crise sanitaire actuelle et le changement climatique viennent renforcer ces interrogations sur nos usages en matière de logement et nos standards de confort. Les marges d'adaptation de ces logements normalisés sont néanmoins très faibles. Ce n'est que lorsque les systèmes dysfonctionnent que l'enjeu sanitaire apparaît. Dès lors, ne pouvant maîtriser leur

environnement technique, les occupants sont mis en position de stress et d'incompréhension au regard des technologies choisies et leurs conditions sanitaires se dégradent. L'usage immodéré du climatiseur, outre sa contribution à l'augmentation de la température extérieure, a ainsi par exemple pour effet d'entraîner des pics de consommation électrique estivale, faisant courir le risque d'un black-out. Les défaillances des systèmes CVC (chauffage/ventilation/climatisation), moins visibles, ont également un impact sanitaire de long terme.

Où placer le curseur face à l'enjeu de santé publique ?

La question de la qualité de vie offerte par la ville dense est ainsi de plus en plus prégnante. Cette qualité de vie est d'autant plus impactée par les technologies intégrées au cadre bâti et urbain, auxquelles nous sommes de plus en plus dépendants, mais dont les dysfonctionnements sont à même de fragiliser notre santé. Le modèle actuel de ville et ses effets sur la santé sont ainsi remis en débat.

Il s'agit aujourd'hui de concevoir une ville vivable et résiliente. Sans chercher à diminuer la technologie, l'enjeu est de rester vigilant à limiter notre dépendance à cette dernière, à s'en émanciper pour être en capacité de faire face et de réagir quelle que soit l'échelle : ville, forme urbaine, logement. Il s'agit ainsi de savoir où placer le curseur d'acceptabilité de la densité et de la technologie face à la santé (physique, mentale) et au bien-être des habitants et usagers qui ont également besoin de voir les espaces de nature et de production alimentaire préservés.

Document n° 8 : EXTRAIT – Loi 3DS Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales 2022



Conforter le rôle des collectivités dans la transition écologique

LES ENJEUX

L'urgence climatique et écologique suppose de relever un triple défi :

- **atteindre la neutralité carbone à l'horizon 2050.** La France s'est ainsi dotée d'une stratégie nationale bas-carbone ;
- préparer nos territoires à vivre dans un climat plus chaud, c'est l'objet du **plan national d'adaptation au changement climatique** ;
- **protéger et restaurer la biodiversité**, c'est l'objet de la stratégie nationale pour la biodiversité.

Les collectivités territoriales ont un rôle majeur à jouer pour relever ces défis, du fait de leurs compétences en matière d'eau, d'énergie, d'économie circulaire, de biodiversité et, plus largement, d'aménagement du territoire. Elles assurent également un lien essentiel avec les acteurs locaux qui leur permet de lancer ou d'entretenir des dynamiques fortes dans les territoires, en matière de transition écologique. Tous les niveaux de collectivités sont concernées, que ce soit à travers la planification de ces politiques publiques, leur mise en œuvre concrète sur le terrain ou leur financement.

CE QUE VA PERMETTRE LA LOI 3DS

Donner davantage de souplesse pour mieux exercer les compétences en matière de gestion de l'eau

Assurer la qualité et la protection de la ressource aux abords des captages d'eau potable.

Les collectivités peuvent préempter les terres agricoles aux abords des captages d'eau pour assurer la protection de la ressource. La loi 3DS leur permettra de transférer ce droit de préemption à des syndicats mixtes et des entreprises publiques locales. Des obligations réelles environnementales applicables à ces zones de captage permettront de maintenir un usage agricole tout en garantissant la préservation de la ressource à très long terme.

L'organisation des grands syndicats d'eau en matière de gestion des milieux aquatiques et de prévention des inondations (Gemapi) sera facilitée.

- Les grands syndicats d'eau pourront exercer les compétences des établissements publics d'aménagement et de gestion de l'eau (Epage) et des établissements publics territoriaux de bassin (EPTB) sur des portions distinctes de leur territoire tout en conservant leur personnalité juridique. Ces évolutions pourront se faire en transformant un établissement existant en deux établissements ou simplement en modifiant ses statuts.
- Une expérimentation permettra à un EPTB compétent en matière de prévention des inondations, que cette compétence soit issue d'un transfert ou d'une délégation de tout ou partie de la prévention des inondations par les intercommunalités, de mettre en place un prélèvement additionnel pour financer la prévention des inondations. À condition que les intercommunalités soient d'accord, cela permettra d'uniformiser les prélèvements entre tous les habitants d'un bassin. Aujourd'hui, les niveaux de prélèvements sont très différents et en moyenne plus élevés pour les territoires ruraux.

Favoriser le développement des énergies renouvelables et de l'économie circulaire

Les régions pourront se voir déléguer le fonds économie circulaire et le fonds chaleur par convention avec l'Ademe. Cela permettra aux régions de renforcer leurs compétences et de mobiliser des moyens en propre supplémentaires dans les secteurs de l'économie circulaire et de l'énergie, en gérant des projets en direct avec les autres niveaux de collectivités. Ce montant sera fixé librement par convention en fonction des demandes des régions. Cette convention précisera les conditions d'attribution du fonds. L'Ademe ne pourra refuser une délégation allant jusqu'à 75 % de la moyenne annuelle des sommes contractualisées les trois dernières années dans le contrat de plan État-région. Cela représente, à l'échelle nationale, l'équivalent de 20 % des fonds.

Les collectivités pourront davantage participer aux projets d'énergies renouvelables sur leurs territoires.

Elles pourront ainsi accorder des avances à des sociétés d'énergies renouvelables jusqu'à hauteur de 15 % de leurs recettes réelles de fonctionnement annuelles au total (contre 5 % précédemment). Cela permettra à plus de communes et EPCI, notamment ruraux, d'investir et d'être pleinement impliqués dans des projets solaires, éoliens et de méthanisation.

Le rôle des élus locaux dans les projets d'installation d'éoliennes sur leur territoire est réaffirmé. Depuis la loi Climat et résilience d'août 2021, les maires de la commune d'implantation et des communes limitrophes sont informés d'un projet d'éolienne avant le dépôt de la demande d'autorisation. Le conseil municipal de la commune d'implantation peut faire part de ses observations aux porteurs de projets qui lui doivent une réponse sous un mois. La loi 3DS prévoit que les élus locaux pourront inscrire dans leur plan local d'urbanisme des secteurs et règles encadrant l'implantation d'éoliennes, justifiés par la nécessité de tenir compte des espaces naturels et des paysages, de la qualité urbaine patrimoniale et paysagère et du voisinage des zones habitées.

Renforcer l'engagement des collectivités territoriales en matière de biodiversité

La gestion des zones Natura 2000 terrestres est décentralisée aux régions, en lieu et place des préfets de département.

- L'animation des sites, l'élaboration et la mise en œuvre des documents de gestion et d'objectif qui peut être confié à des associations ou collectivités locales, ne seront pas affectées par le transfert.
- Le transfert est cohérent avec celui réalisé des fonds européens (Feader) qui sont mobilisés au profit de la politique Natura 2000.
- Les régions, la collectivité de Corse et lorsque son périmètre comprend un espace naturel sensible, le département, contribueront au processus de désignation d'un site Natura 2000.

Favoriser les investissements des communes et des parcs naturels régionaux en matière de biodiversité

- Les préfets pourront autoriser des communes à déroger à l'obligation légale de financer au moins 20% des projets favorables à la biodiversité au sein d'un site Natura 2000 terrestre. Cette mesure est réservée aux communes de moins de 3 500 habitants ou aux groupements de moins de 40 000 habitants pour qui ces investissements peuvent être disproportionnés au regard de leur capacité de financement.
- Afin de faciliter le financement de leurs projets, les syndicats mixtes de parc naturel régional, les pôles métropolitains ou les pôles d'équilibre territorial et rural pourront comptabiliser les financements des projets issus de concours financiers versés par les collectivités qui en sont membres comme de l'autofinancement.

Le régime de protection des alignements et des allées d'arbres qui bordent les voies ouvertes à la circulation publique est clarifié et renforcé

Les principes de protection actuels sont maintenus et la procédure de dérogation est encadrée. Elle prendra la forme d'une déclaration préalable ou d'une autorisation suivant l'importance des opérations menées sur un alignement d'arbres. Cette dérogation sera accordée par le préfet de département et les communes en seront informées.

- Les atteintes aux alignements feront l'objet de mesures compensatoires à proximité et dans un délai raisonnable et le dossier présentera les mesures d'évitement éventuelles.
- Une étude phytosanitaire sera exigée pour tout abattage pour des raisons sanitaires.
- En cas de danger imminent pour la sécurité des personnes, justifiant de ne pas demander d'autorisation, le préfet sera informé sans délai des motifs justifiant le danger imminent.
- Un décret renforcera les sanctions applicables en cas de non-respect de ces dispositions.
- Cette clarification de la procédure facilitera la mise en œuvre des projets d'infrastructures, d'aménagement et d'entretien ainsi que le contrôle des justifications et des compensations nécessaires.



Renforcer le rôle des collectivités en matière sanitaire

LES ENJEUX

L'État et les collectivités territoriales ont fait face ensemble à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. La complémentarité des rôles entre les collectivités, les préfets et les ARS, en première ligne sur le front sanitaire, a permis une adaptation des réponses à des besoins évolutifs au fil des épisodes de cette crise. Les collectivités ont notamment contribué au déploiement des masques, des centres de dépistage, des centres de vaccination.

Dans ce contexte, de nombreux élus souhaitent que les collectivités soient, à l'avenir, davantage associées à la gouvernance des politiques sanitaires dans leur territoire, en temps de crise mais aussi en temps normal. Ils souhaitent pour cela être mieux représentés dans la gouvernance des ARS. Ils souhaitent aussi pouvoir contribuer plus directement à des projets qui répondent aux besoins de leur territoire, notamment au défi de la désertification médicale.

L'épidémie a également mis en évidence les enjeux majeurs de la santé animale, notamment la prévention des maladies transmissibles à l'humain (les zoonoses). Il est à cet égard nécessaire de sécuriser les interventions des départements en matière de sécurité sanitaire.

CE QUE VA PERMETTRE LA LOI 3DS

Association des élus à la gouvernance des ARS

Pour que les élus soient mieux associés à la gouvernance des politiques sanitaires, **les agences régionales de santé seront dotées d'un conseil d'administration présidé par le préfet de région et dont trois des quatre vice-présidents seront des représentants des collectivités.** Un député et un sénateur y siègeront également, avec voix consultative. **Le conseil d'administration se réunira au moins une fois par mois en période d'état d'urgence sanitaire** pour se tenir informé de l'évolution de la situation et des décisions prises par la direction de l'agence.

Il émettra un **avis sur le projet régional de santé, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence et, au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.** Il fixera les grandes orientations de la politique menée par l'agence en ce qui concerne la conclusion et l'exécution de conven-

tions avec les collectivités territoriales et leurs groupements.

Par ailleurs, afin de renforcer l'ancrage départemental des ARS, les missions de leurs délégations départementales seront prévues par décret, après consultation des associations représentatives d'élus locaux. **Chaque année, le directeur départemental présentera le bilan de l'action de l'agence dans le département au président du conseil départemental.**

Lutte contre la désertification médicale

Le conseil d'administration de l'ARS procèdera régulièrement, en lien avec les délégations départementales de l'agence et les élus locaux, à un **état des lieux de la désertification médicale dans la région.** Il formulera, le cas échéant, des **propositions** afin de lutter contre cette situation.

Les contrats locaux de santé, qui associent les ARS et les collectivités, seront conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Les collectivités et les intercommunalités pourront concourir volontairement au **financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.**

Les communes, les intercommunalités, les départements, ainsi que les régions par l'intermédiaire de groupements d'intérêt public (GIP), pourront **recruter du personnel soignant pour les centres de santé.**

Sécurité sanitaire et santé animale

La contribution des départements à la politique de sécurité sanitaire par les laboratoires départementaux d'analyse et les groupements de défense sanitaire dans le cadre de lutte contre les zoonoses sera désormais dotée d'une base légale claire.

Dans un objectif de simplification, les collectivités pourront déterminer sans condition de zonage les modalités de délivrance des aides qu'elles peuvent apporter aux vétérinaires.



Renforcer la cohésion sociale dans les territoires

LES ENJEUX

Les collectivités, et tout particulièrement les départements, jouent un rôle majeur en matière de politiques sociales, notamment de financement des allocations de solidarité, de prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie, de protection de l'enfance. Il convient de conforter ces politiques en renforçant la cohérence des dispositifs de financement, de coordination des différents acteurs, de pilotage des services.

Le financement du RSA est un enjeu important, compte tenu des volumes financiers en cause. Certains départements s'inquiètent en effet que l'évolution du nombre d'allocataires dans les années à venir soit plus rapide que celle de leurs recettes et qu'ils soient alors contraints de limiter le développement de leurs politiques d'accompagnement des allocataires pour faire face aux dépenses de la prestation.

CE QUE VA PERMETTRE LA LOI 3DS

L'expérimentation de la prise en charge du financement du RSA par l'État

À la demande de plusieurs départements, le projet de loi 3DS a mis en place une expérimentation de transfert du financement du RSA à l'État, afin que les départements puissent renforcer leur politique d'insertion et d'accompagnement des allocataires. Cette expérimentation nécessitait des dispositions relevant de la loi de finances, qui ont été introduites à l'article 43 de la loi de finances pour 2022.

Dans le cadre de cette expérimentation d'une durée de 5 ans, l'État prendra en charge le financement de la prestation, mais aussi l'instruction des demandes et la décision d'attribution. Ce transfert de charge s'accompagnera du transfert à l'État de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à l'exercice de la compétence par le département.

Pour entrer dans l'expérimentation dès 2022, les départements doivent avoir délibéré en ce sens avant le 15 janvier 2022. Pour entrer dans l'expérimentation en 2023, ils devront avoir délibéré avant le 30 juin 2022.

Un décret fixera la liste des départements participant à l'expérimentation, parmi ceux qui se seront portés candidats. Les départements retenus seront caractérisés par un reste à charge au titre du RSA et une proportion de bénéficiaires du RSA significativement plus importants que la moyenne nationale, ainsi que par un revenu moyen par habitant significativement plus faible que la moyenne nationale.

Cette expérimentation fera l'objet d'une convention signée entre le préfet et le président du conseil départemental, afin de préciser notamment les objectifs à atteindre en matière d'insertion. Le président du conseil départemental remettra chaque année au préfet un rapport de suivi de la mise en œuvre, s'agissant notamment des résultats obtenus en matière d'insertion et d'accès des bénéficiaires à l'emploi et à la formation.

Conforter l'habitat inclusif et confier au département la mission d'assurer son développement

Créé par la loi Elan du 23 novembre 2018, l'habitat inclusif est destiné aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées. Il s'agit d'un mode d'habitation regroupé, assorti d'un projet de vie sociale et partagée qui favorise le maintien à domicile et permet aux habitants d'être pleinement intégrés à la vie de la cité.

La loi 3DS confie au président du conseil de département la mission de coordonner le développement de l'habitat inclusif et l'adaptation des logements au vieillissement de la population. Cette compétence s'exercera notamment au sein des conférences des financeurs de l'habitat inclusif, présidées par le département.

La loi renforce la cohérence des politiques de développement de l'habitat inclusif menées dans les territoires, en inscrivant l'habitat inclusif dans les programmes locaux d'habitat déployés par les intercommunalités. Cette intégration permettra de faciliter la prise en compte de ces opérations dans les projets de territoire des collectivités.

Elle permet également le développement de l'habitat inclusif dans le parc social :

- en autorisant les organismes d'habitations à loyers modérés à louer les logements locatifs sociaux aux porteurs de projet d'habitat inclusif qui pourront les sous-louer à une ou plusieurs personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, le cas échéant dans le cadre d'une colocation. En plus des logements concernés, les locaux communs nécessaires pour mettre en œuvre le projet de vie sociale et partagée pourront également être loués au porteur de projet d'habitat inclusif;
- en permettant de réaliser de l'habitat inclusif dans des logements-foyers.

Elle étend de plus la possibilité de développer cette forme d'habitat, ainsi que les résidences autonomie, en outremer. Sur l'ensemble du territoire, la création de résidences autonomie sera simplifiée en les exonérant de procédure d'appel à projet jusqu'au 31 décembre 2025.

Elle permet de sécuriser le versement d'aides, notamment de l'aide à la vie partagée, aux personnes résidant dans un habitat inclusif en venant préciser les règles relatives au domicile de secours.

Elle ouvre enfin, l'accès à l'agrément d'entreprise solidaire d'utilité sociale (Esus), aux personnes portant un projet de vie sociale et partagée dans le cadre d'un habitat inclusif, afin notamment de permettre l'accueil de volontaires de services civiques.

Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées

La loi renforce la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées en assouplissant le régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux : report à 20 ans des limites d'âge existantes entre 16 et 20 ans, suppression de la notion de déficience associée et de gravité de handicap, ouverture de la possibilité pour les établissements de réaliser un accompagnement à domicile.

Le nombre d'apprentis en situation de handicap a augmenté de 80% depuis 2019 avec l'obligation pour les centres de formation de se mettre en capacité d'accueillir tout apprenti, en mettant en œuvre, pour ceux qui en ont besoin, les moyens matériels et humains pour compenser leur handicap. Pour bénéficier de cet aménagement, l'apprenti doit avoir préalablement obtenu sa reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) de la MDPH. Afin d'accélérer cette procédure, la loi pose le principe d'une délivrance automatique de la RQTH pour les jeunes de plus de 16 ans déjà accompagnés par la MDPH.

Par ailleurs le Gouvernement a élaboré durant 2021, avec les personnes et les professionnels, un plan de transformation des établissements et services d'aide par le travail (Esat). Parmi les mesures prioritaires, le renforcement des droits pour les personnes en Esat, mais aussi la garantie pour chacun de poursuivre une trajectoire professionnelle. Dans cette perspective, la loi crée des passerelles entre le milieu dit protégé (Esat) et le milieu ordinaire, c'est-à-dire les entreprises adaptées et les entreprises classiques. Les travailleurs d'Esat vont ainsi pouvoir cumuler un temps partiel dans un Esat et un temps partiel en entreprise adaptée ou classique, qui permettra une intégration progressive vers le milieu ordinaire. Afin de sécuriser les parcours, la loi garantit au travailleur un droit au retour en établissement en cas de rupture du nouveau de contrat de travail et un accompagnement en lien avec son nouvel employeur pour sécuriser durablement son emploi.

Rattacher les directeurs des centres d'aide sociale à l'enfance à la fonction publique territoriale

Les directeurs des centres d'aide sociale à l'enfance, établissements gérés par les départements, relèveront désormais de la fonction publique territoriale (FPT). Les agents relevant de la fonction publique hospitalière qui exercent cette mission seront détachés dans la FPT. Il s'agit d'une mesure de cohérence dans la mesure où les départements ont la charge de ces établissements. Elle facilitera le pilotage de ces établissements par les départements.

Document n° 9 : ZFE : les restrictions de circulation ont des bénéfices avérés pour la santé, *Le Monde*, 11 Octobre 2022

ZFE : les restrictions de circulation ont des bénéfices avérés pour la santé

Selon une étude, la mise en œuvre de zones à faibles émissions permet de diminuer les pathologies (asthme ou faible poids de naissance) chez les enfants, premières victimes de la pollution de l'air.

Par [Stéphane Mandard](#)

Publié le 11 octobre 2022 à 10h18, modifié le 11 octobre 2022 à 13h02

Temps de Lecture 1 min.



Sur le périphérique parisien, en 2018. GERARD JULIEN / AFP

Pierre angulaire de la politique antipollution de l'air du gouvernement, les zones à faibles émissions (ZFE) et leur déploiement contrarié illustrent l'inertie des pouvoirs publics face à une urgence de santé publique. Chaque année, l'exposition aux particules fines et au dioxyde

d'azote (NO₂) est à l'origine d'au moins 40 000 décès prématurés en France, et d'une litanie de pathologies (asthme, AVC, cancers du poumon...).

Lire aussi : Article réservé à nos abonnés [Les zones à faibles émissions, illustration de l'inertie dans la lutte contre la pollution](#)

Et l'exécutif est sous la menace d'une nouvelle amende record de 20 millions d'euros de la part du Conseil d'Etat pour des dépassements répétés des valeurs limites en NO₂ (émis principalement par le trafic routier) dans plusieurs agglomérations, dont Paris, Marseille et Lyon. Un article publié mardi 11 octobre dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, la revue scientifique de l'agence Santé publique France, rappelle les bénéfices sanitaires de la mise en œuvre d'une ZFE.

Des résultats liés au niveau de restriction

Menée par l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, cette étude prospective s'est intéressée à la catégorie de la population la plus sensible à la pollution, les enfants. Deux pathologies ont été étudiées : l'asthme et le faible poids à la naissance. Les résultats montrent qu'à l'échelle de l'agglomération parisienne, entre 50 et 170 naissances de faible poids pourraient être évitées chaque année (sur 3 850 nouveau-nés de faible poids par an), et entre 830 et 2 930 cas d'asthme (100 000 cas déclarés par an).

En outre, entre 190 et 700 recours aux urgences pour une crise d'asthme pourraient aussi être évités. Les bénéfices sont attendus quel que soit le scénario de ZFE mis en place, mais croissent selon le niveau de restriction de circulation et le périmètre d'extension : limitée à Paris et aux seuls diesels les plus anciens, ou élargie à l'autoroute A86 (près de 80 communes) et aux autres véhicules polluants. L'étude révèle par ailleurs que les populations résidant au-delà du périmètre de restriction bénéficieraient aussi d'une amélioration de leur santé.

Lire aussi : Article réservé à nos abonnés [A Marseille, une zone à faibles émissions qui prend son temps](#)

La métropole du Grand Paris a cependant repoussé deux fois une étape importante : l'interdiction des véhicules classés Crit'Air 3 (les diesels de plus de 11 ans et les essences d'avant 2006), représentant environ 1,4 million de véhicules immatriculés en Ile-de-France, soit le double du nombre de véhicules interdits aujourd'hui (Crit'Air 4 et 5). La mesure devait entrer en vigueur le 1^{er} juillet. Elle a été reportée d'un an, rendant très incertain l'objectif parisien de sortie du diesel pour les Jeux olympiques de 2024.

[Stéphane Mandard](#)